

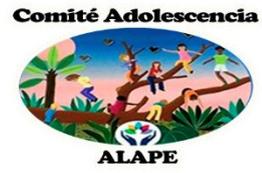


FUNIDES

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO SOCIAL

“JUNTANDO ADOLESCENCIAS Una mirada científica interdisciplinaria”





JUNTANDO ADOLESCENCIAS UNA MIRADA CIENTÍFICA INTERDISCIPLINARIA

Dr. Ronald Pérez Escobar
Presidente del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría
ALAPE

Ab. Stalin Bernal
Educación Continua
Universidad Católica de Cuenca

Dr. Ernesto Martínez Trujillo
Presidente de la Fundación para la Investigación y Desarrollo Social FUNIDES

Dr. Pascoal Moleiro
Presidente de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y el
Caribe CODAJIC

Juntando adolescencias
Una mirada científica interdisciplinaria

Compiladores
Martínez Trujillo Ernesto Bolívar
Álvarez Ochoa Robert Iván
Sacoto Encalada Carmita Adriana

ISBN: 978-9942-8715-2-7

1º Edición, agosto 2018

**Edición con fines académicos, no
lucrativos**

Diseño y tipografía: Andrea Sandoval

Impreso y realizado en Ecuador

La presente obra fue evaluada por pares académicos especialistas y experimentados en el área

Reservados todos los derechos.

Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquiera otro, sin la autorización previa por escrito a la Fundación para la Investigación y Desarrollo Social (FUNIDES)

Fundación para la Investigación y Desarrollo Social

Avda. 16 de abril y Gregorio Cordero. Azogues,
Ecuador

00593 7 2244363

funides.investigacion@gmail.com

<https://funidess.wixsite.com/fundacion>

INDICE

PRÓLOGO	10
---------------	----

CAPÍTULO I DISCAPACIDAD

El crecimiento del adolescente con deficiencia mental	12
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo	
Gustavo Iglesias de Azevedo	

CAPÍTULO II SEXUALIDAD

Actitudes de los adolescentes hacia la diversidad sexual	38
Holger Rivera Márquez	

CAPÍTULO III SALUD MENTAL

La personalidad, un factor de riesgo en la depresión adolescente	61
Cesibel Ochoa Pineda	
Cobos Cali, Martha	
Freire, Manuel	

CAPÍTULO IV ODONTOLOGÍA

Autopercepción de la estética dental y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes.....	76
Dra.Crespo Crespo Cristina Mercedes Mg.	
Msc. Domínguez Crespo Cristina Soledad	

Impacto de las condiciones orales en la calidad de vida de niños de 12 años.....	87
Od. Lesly Barahona Sacoto	
Dr. Mg Rodrigo Vallejo Aguirre	

CAPÍTULO V SALUD REPRODUCTIVA

Embarazo en adolescentes con enfoque de funcionamiento familiar, sociodemográfico y económico.....	101
Md. María Fernanda Rodríguez Zambrano	
Dr.Ernesto Bolivar Martínez Trujillo	
Lic. Adriana Sacoto Encalada	

Embarazo no planificado en adolescentes en un hospital básico	119
Dr. Ernesto Martínez Trujillo	
Lcda. Adriana Sacoto Encalada	
BQF..Robert Alvarez Ochoa	

Embarazo en adolescentes escolarizadas de los cantones Biblián y Déleg.....	132
Lcda. Ignacia Margarita Romero Galabay	
Srta. Est. Sandra Elizabeth Espinoza Rodriguez	
Srta. Est. Gloria Alejandrina Montero Aguayza	
Srta. Est. Jessenia Alexandra Lema Lema	

CAPÍTULO VI EMERGENCIAS

Perfil epidemiológico de los adolescentes, que acuden a emergencia hospitalaria.	145
Dr. Rubén Darío Rojas Chica	
Dr. Eduardo Villa Samaniego	
Md. Lorena Buri Guamán	

CAPÍTULO VII ONCOLOGÍA

Incidencia del cáncer en edad pediátrica en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca durante el periodo 2012 a 2016.....	156
Dr. Erick Franz Castillo Amaya	
Dra. Andrea Alexandra Martínez Sotomayor	

CAPÍTULO VIII ADICCIONES

Caracterización en el consumo de sustancias psicoactivas de los usuarios ingresados en la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues	177
Lcda. Gloria Luzmila Pogyo Morocho. Enf. Especialista	
Lcda. Victoria Marina Salinas Contreras	
Lcda. Elvia Narcisa Godoy Durán. Mgs.	

COMITÉ EDITORIAL

- 1. Dra. María Emilia Aquino Cardozo** Título de grado: Médico-Cirujano Paraguayo.
Especialista en Pediatría.
Especialista en Ginecología Infanto-Juvenil y Adolescencia.
Master en Gerencia y Administración Hospitalaria.
Docente del Post grado de Pediatría y Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional de Itauguá Paraguay, Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción sede regional Guaira.
Coordinadora del Comité de adolescencia de la sociedad paraguaya de Pediatría.
- 2. Dra. Mónica Elba Borile** Médica egresada de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires Argentina.
Pediatra acreditada en Medicina del Adolescente por la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y la Academia Nacional de Medicina.
Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP).
Miembro del Comité de Estudio Permanente del Adolescente (C.E.P.A).
Asesora de la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente.
Vicepresidenta de la Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente (SASIA).
Asesora del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE).
Directora del Diplomado del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría Adolescencia desde un abordaje integral - Universidad Nacional ISALUD.ARG / 2016 Universidad de Los Llanos. Colombia.
Presidenta Electa 2013-2015 de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y Caribe. CODAJIC.
Miembro y Delegada Regional de la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil.
Presidenta de REHUE Asociación Civil.
Miembro honorario de la Sociedad Italiana de Medicina del Adolescente SIMA <http://www.medicinadelladolescenza.com/> y del Gruppo di Studio di Adolescentologia de Emilia Romagna SGA - ER
Coordinadora del Programa Fortaleciendo Familias.
Autora de trabajos científicos y publicaciones de la especialidad.
- 3. Dra. Susana Guijarro** Doctora en Medicina y Cirugía. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central. Ecuador.
Médica especialista en adolescencia. Universidad Central del Ecuador.
Magíster en Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Pontificia Universidad Católica del Ecuador PUCE.
Diplomado en Educación Sexual en la Adolescencia. Programa MEDICHI. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
Postgrado en Ginecología de la Infancia y Adolescencia. Universidad de Buenos Aires.
Docente principal de Adolescencia. Pre-Grado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
Docente Principal el Modulo de Adolescencia. Postgrados de Gineco-Obstetricia y Pediatría. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Docente del Módulo de Adolescencia. Postgrado de Pediatría. Instituto Superior de Postgrado. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Central del Ecuador.
Profesora titular de la Maestría de Salud Integral en la Adolescencia. Departamento de Postgrado Universidad de Cuenca.
Docente curso de Postgrado en Adolescencia. Universidad Nacional del Comahue. Escuela de Medicina. Secretaría de postgrado. Argentina.
Consultora sobre Adolescencia del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría (ALAPE).
Consultora sobre Adolescencia OPS OMS.
Miembro de la Sociedad Americana de Medicina del Adolescente.

4. Dra. Ana María Piccone

Doctor en Medicina, Especialista en Pediatría por la Universidad de la República Oriental del Uruguay.
Especialista en Psicología Sistémica y Familia, Universidad Católica del Uruguay.
Docente Honoraria de la Facultad de Medicina.
Integrante de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Comité de Adolescentes.
Integrante de la Asociación Latinoamericana de Pediatría.
Miembro de CODAJIC.
Coordinadora de Congresos de Adolescentes y Primer Congreso Integrado de Adolescentes de ALAPE y CODAJIC en Uruguay.

5. Dr. Ronald Pérez Escobar

Doctor en Medicina en la Universidad de El Salvador.
Post-grado en Pediatría en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom y la Universidad de El Salvador.
Docente de Pediatría de la Universidad Evangélica de El Salvador. Hospital Nacional Zacamil.
Presidente del Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría.
Miembro de la Alianza Interinstitucional para la atención integral de Salud de Adolescentes de El Salvador.
Miembro de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica, Italia y el Caribe.

AUTORES

Adriana Sacoto Encalada

Alda E. Boehler Iglesias

Andrea Martínez Sotomayor

Cesibel Ochoa Pineda

Cristina Crespo Crespo

Cristina Domínguez Crespo

Eduardo Villa Samaniego

Erick Castillo Amaya

Ernesto Martínez Trujillo

Gloria Pogyo Morocho

Gloria Montero Aguayza

Gustavo Iglesias de Azevedo

Holger Rivera Márquez

Jessenia Lema Lema

Lesly Barahona Sacoto

Lorena Buri Guamán

Margarita Romero Galabay

María F. Rodríguez Zambrano

Martha Cobos Cali

Manuel Freire

Narcisa Godoy Durán

Robert Alvarez Ochoa

Rodrigo Vallejo Aguirre

Rubén Rojas Chica

Sandra Espinoza Rodríguez

Victoria Salinas Contreras

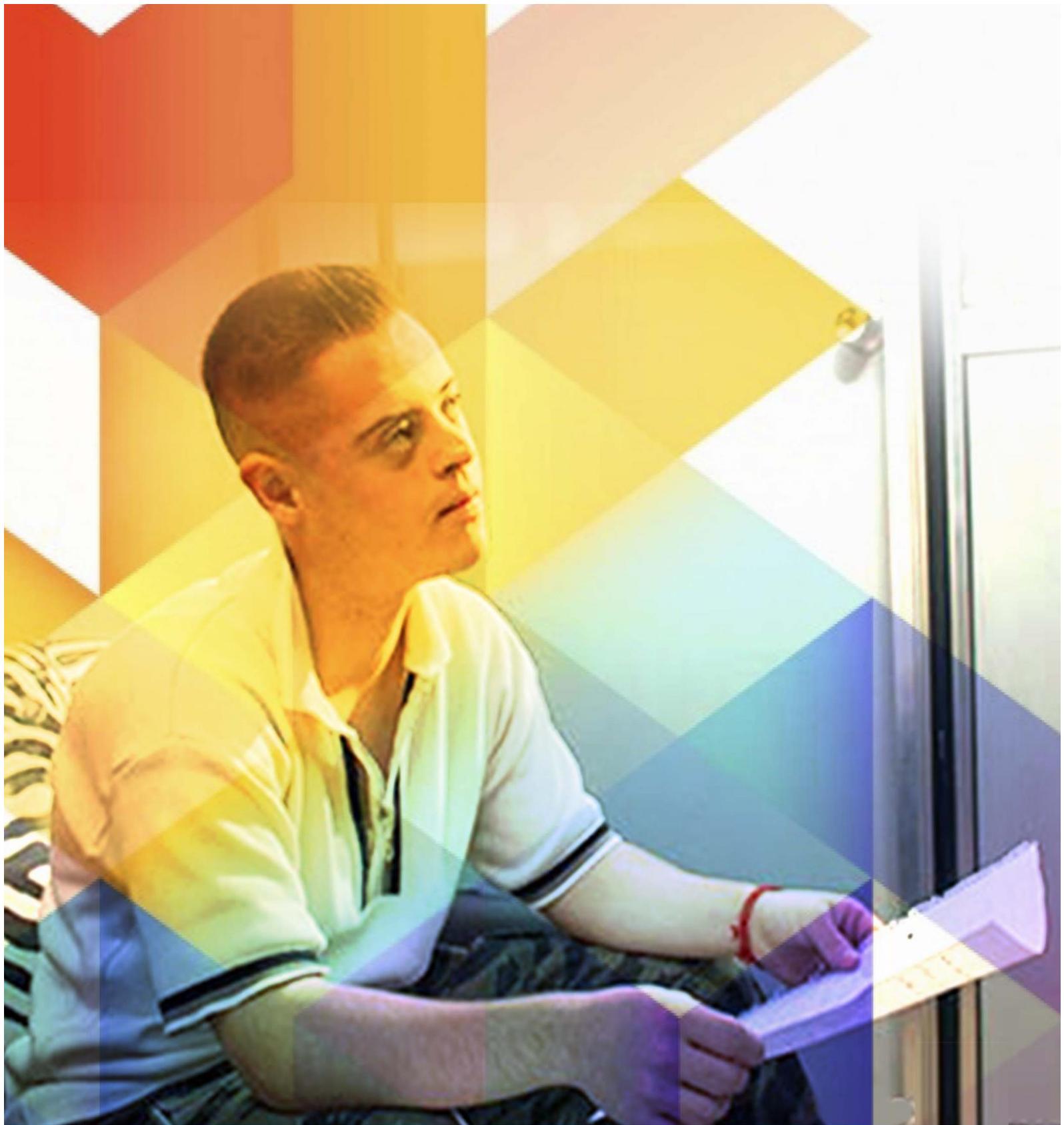
PRÓLOGO

Este libro de artículos presentados en el II Congreso Internacional de Atención Integral a Adolescentes en el Paraninfo de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues del 10 al 13 de abril del 2018, es el resultado del esfuerzo y trabajo de autores nacionales y latinoamericanos comprometidos con la adolescencia con temas muy diversos que van desde el perfil epidemiológico de los Adolescentes hasta cáncer, consumo de sustancias psicoactivas, depresión, deficiencia mental, diversidad sexual, y, un tema que ha tenido poca visibilización: estética dental y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes..... Esta complejidad y variedad demuestra el interés y compromiso de sus autores y la necesidad de avanzar con la temática de adolescencia que requiere actualización permanente y difusión para alcanzar la meta soñada de Atención Integral Diferenciada para Adolescentes en todas las unidades del sistema nacional de salud con énfasis en el primer nivel de atención y en Salud Sexual y Salud Reproductiva que se convierte en la necesidad más importante dado que somos el país con uno de los más altos porcentajes de embarazo no intencionado en adolescentes y más aún en adolescentes menores de 15 años lo cual significa violencia y abuso

Es necesario recalcar los datos emitidos desde el Ministerio de Educación: cada hora 6 adolescentes de 15 a 19 años son madres en el Ecuador y el embarazo en adolescentes perpetúa los ciclos de pobreza. El 59% de mujeres que se embarazaron en la adolescencia, interrumpió sus estudios, de ese total, el 44,3 no volvió a estudiar

Ante estos datos dramáticos, consideramos necesario el compromiso intersectorial para responder de forma integral a las necesidades de adolescentes y este evento es uno de ellos, moviliza y compromete.

Dra. Susana Guijarro Paredes



CAPÍTULO I

DISCAPACIDAD

El crecimiento del adolescente con deficiencia mental

The Adolescer of the adolescent with mental deficiency

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

alda.elizabeth@terra.com.br

Faculdade de Medicina- Departamento de Pediatria- Universidade Federal de Mato Grosso.Brazil

Gustavo Iglesias de Azevedo

gustavoiglesias1@hotmail.com

Faculdade de Medicina Barão do Rio Branco- UNINORTE. Acre. Brazil

Resumen

Las características de vida del adolescente con deficiencia mental son factores que desencadenan la forma peculiar de cómo su desarrollo y comportamiento sexual se expresan en la vida, lo que exige de todos los profesionales y familiares una atención especial, una vez que la falta de información hace que los estereotipos se perpetúen. A través de una revisión bibliográfica y un estudio en una institución especial (APAE - Cuiabá – MT - Brasil), fue posible conocer la importancia de la familia y la sociedad para el adecuado desarrollo de apertura a la sexualidad genital como atributo de todo ser humano, sus sentimientos y la comprensión de estas transformaciones por el adolescente con deficiencia mental, en contrapunto al preconcepto, exclusión y estigmatización. Fue verificada una emergente necesidad de preparación social en el manejo de cuestiones sobre sexualidad, ética, ciudadanía y desarrollo humano, toda vez que la invisibilidad que fomenta esta vulnerabilidad, es relevante, tema de preocupación y debate para todos los que trabajan con esta población. Entender al deficiente mental en su fase crítica de desarrollo se torna necesario para desarrollar acciones de protección a la salud del adolescente, además de estimular su autonomía y la relación ético profesional.

Palabras clave: Adolescencia, deficiencia mental, sexualidad, bioética y autonomía, vulnerabilidad.

Abstract

The life characteristics of the mentally deficient adolescent are factors that trigger the peculiar way in which their development and sexual behavior are expressed in life, which demands of all professionals and families a special attention, once the lack of information makes that stereotypes will be perpetuated. Through a bibliographic review and the study in a special institution (APAE - Cuiabá - MT - Brazil), it was possible to know the importance of family and society for the adequate development to openness to genital sexuality as an attribute of every human being, their feelings and the compression of these transformations by the adolescent with mental deficiency, in counterpoint to the prejudice, exclusion and stigmatization. An emerging need for social preparation in direction to sexuality, ethics, citizenship and human development was verified, since the invisibility that fosters this vulnerability is relevant and a matter of concern and debate for all those working with this

population. Understanding the mentally deficient people in their critical phase of development makes necessary to develop actions for to protect adolescents' health, in addition to stimulating their autonomy and professional ethical relationship.

Key words: Adolescence, mental deficiency, sexuality, bioética and autonomy, vulnerability.

Introducción

Es esencial enfatizar la importancia de la relación afectiva de los padres y familiares para un adecuado desarrollo del niño y adolescente con deficiencia mental, pues la familia representa el núcleo de todas las relaciones que la persona tendrá con los otros en el transcurrir de su vida. El deficiente necesita respuestas coherentes a sus necesidades afectivo-sexuales, que favorezcan su autoconfianza, autoestima y su sentido de valor. Ellos sienten, anhelan, sueñan, sufren, como cualquier otro ser humano. Tienen, por lo tanto, el derecho de tener placer y llevar una vida saludable dentro de sus posibilidades y límites reales.

La adolescencia presenta grandes desafíos para la sociedad en cuanto a educación, salud y formación como ciudadanos y respeto a sus peculiaridades. Este desafío se torna mayor cuando se relaciona al adolescente con deficiencia, en especial con deficiencia mental, debiendo tener como objetivo la construcción y el fortalecimiento de su identidad como “sujetos en pleno desarrollo y de derechos”.

El crecimiento de las personas con deficiencia mental es un tema escasamente tratado por la literatura. La fase de la adolescencia está marcada por conflictos, conquistas y grandes hallazgos: descubrimiento del cuerpo en transformación y sus nuevas posibilidades, descubrimiento de identidad propia, descubrimiento del mundo adulto y también de la sexualidad y del deseo de intercambios afectivos con el sexo opuesto. Así, la mayoría de los individuos con deficiencia mental llega a la pubertad con la consecuente madurez sexual como los demás adolescentes sin deficiencia, a pesar de que muchos aún creen que las personas con deficiencia mental no tendrían esta etapa en su desarrollo, pues los cambios físicos no corresponderían a los psicosociales de un adolescente normal.

El intento de proteger al hijo de los preconceptos sociales, el desconocimiento o la negación de la madurez biológica, que es la misma para todos, la fantasía de poder aplazar infinitamente las situaciones conflictivas que tendrá que enfrentar, así como la propia dificultad de aceptación de la deficiencia del hijo, parecen ser las principales dificultades de los padres para manejar al adolescente con todo lo que envuelve esa fase de la vida: auto-realización, autoestima, independencia económica, autonomía, placer, aceptación y la pertenencia del individuo como ser social.

Por lo tanto, conocer al adolescente con deficiencia mental puede aportar para el entendimiento de estas cuestiones como factor de mayor profundidad en la temática por los profesionales de salud y

educación, en el sentido de reflexionar hacia un mejor abordaje, tanto con los familiares como con los adolescentes, favoreciendo el bienestar físico, afectivo y social de estos individuos.

Metodología

Posterior a la lectura bibliográfica colectada y el envío del proyecto de pesquisa al Comité de Ética en Pesquisa de la PUC/PR, se dio inicio al trabajo de campo escogiendo la APAE - Asociación de Padres y Amigos de los Excepcionales de Cuiabá/MT - Brasil.

El estudio tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento de los adolescentes y jóvenes con deficiencia mental así como de sus familiares, sobre las transformaciones biopsicosociales y sexuales en la adolescencia: comprensión, identificación y caracterización de las transformaciones del cuerpo, de las etapas del desarrollo que indican la adolescencia, diferencias entre los géneros desde el punto de vista biológico, psicológico y social, relación familiar y aspectos de la sexualidad. En este último punto fue estudiado su grado de conocimiento, con quién y dónde lo obtienen, comportamientos y actitud familiar frente a la educación en general y sexual del deficiente, permiso para comportamientos sexuales, además del interés de los padres sobre la implementación de un programa de educación sexual para los hijos que frecuentan la institución, a fin proponer la inclusión de programas específicos en el área pedagógica, habilitación y rehabilitación en unidades básicas de salud, así como en publicaciones y eventos científicos.

Los sujetos de esta pesquisa fueron familiares y alumnos de la APAE – Cuiabá/MT - indicados por la institución, de ambos sexos, con edades entre 10 a 24 años y con condiciones de comunicación verbal. No fue exigida la participación de los padres, sin embargo, fue entregado un término de aclaración y solicitada la firma del acuerdo, posterior a las explicaciones pertinentes.

La recolección de datos fue realizada a través de entrevistas de observación y relato del sujeto, realizadas por la pediatra y presidente de la APAE de Cuiabá/MT, de una Asistente Social y una practicante, también de servicio social, además de un técnico de enfermería de la entidad, todas conocidas de los alumnos y familiares, con la finalidad de proponer, a través de las declaraciones y datos recolectados, un programa de Atención a la Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes con Deficiencia Mental, siendo utilizada una guía preestablecida como forma de orientación de las entrevistas.

La elección de los participantes fue de forma voluntaria, no habiendo restricciones al grado de deficiencia mental y diagnóstico, los cuales ocurrieron posteriormente, en una reunión colectiva con los padres, para repasar las debidas informaciones. En el primer contacto con los padres, en grupo e individualmente, fue explicado a cada participante lo siguiente:

- El motivo de la encuesta (investigación),
- La entrevista sería confidencial,
- Los nombres no aparecerían en el informe de la encuesta o publicación,
- Nada personal sería discutido con maestros y familiares sino de forma generalizada,
- Podrían oír las grabaciones,
- Podrían optar por no contestar o interrumpir, si necesario,
- Tendrían acceso al contenido de la investigación después de finalizada.

Las entrevistas con los familiares fueron con preguntas semi estructuradas, transcurrieron de forma relajada, en grupo y a veces individualmente, de manera informal, con dibujos y ejemplos, utilizando una guía como referencia, pero adaptado a las actitudes y formas de expresar de los sujetos del estudio. De esta manera, las preguntas del cuestionario no siguieron la misma secuencia para todos los entrevistados.

De todas formas, se tomó mucho cuidado para no presionar a los entrevistados, dejándolos en confianza para hablar sobre determinado asunto, pues envolvió algunos aspectos de intimidad como masturbación, relación sexual y, en algunos momentos, ciertos asuntos que fueron interrumpidos, dejando su discusión para otro momento.

Parte de las entrevistas con los alumnos fueron grabadas y transcritas textualmente para su posterior análisis y separación de temas. Otras fueron transcritas inmediatamente durante el testimonio. Fueron dejadas nulas y no consideradas para análisis aquellas alocuciones que no fueron comprendidas, contradictorias debido a la dificultad de entender las preguntas o de expresarse oralmente, o incluso de interactuar con las entrevistadoras con su charla lógica y coherente, debido al grado cognoscitivo muy comprometido.

El período del estudio comprendió entre la primera reunión con los padres, en agosto de 2015, finalizando al analizar todos los datos, en febrero de 2016. El lugar utilizado para las entrevistas fue en una sala adecuada en la propia institución. Los materiales utilizados fueron papel A4, lápices negros y de color, bolígrafos y grabador digital.

El análisis de los datos fue hecho a través de la caracterización de la población objetivo, presentación de las respuestas entregadas, categoría de las respuestas entregadas, comparación entre las respuestas entregadas y análisis cuantitativo y cualitativo de las mismas a través de datos de observación.

Resultados

Es importante destacar el hecho de que fueron solamente dos padres los que realizaron la entrevista, siendo las madres de esos jóvenes las que aprovecharon a plenitud la oportunidad, como lo indica el cuadro 1. Tal dato demuestra que la educación y el desarrollo de los hijos, incluso los especiales,

queda a cargo de las madres y la figura masculina se presenta con poca participación en el proceso, lo que no es adecuado para el desarrollo saludable del adolescente.

Es posible decir entonces que los padres entrevistados presentan dificultades para orientar a los(s) hijos(as) hacia una vida afectiva y de comportamientos erótico-sexuales saludables, ya sea por miedo, angustia o falta de información, creyendo necesario, en su mayoría (79,49% - tabla: 9), que se implemente un programa de educación sexual en la institución que observe el aspecto que viene al encuentro la gran parte del material bibliográfico estudiado: muchos padres evitan hablar sobre sexualidad con los hijos basados en la expectativa y en un mito de que éstos no la desarrollarán.

En ese sentido, es de suma importancia que se resalte la necesidad de mayor orientación para las familias de niños y adolescentes con deficiencia mental, las cuales deben ser mejor informadas sobre el tipo de deficiencia y sus consecuencias para el desarrollo, así como de los recursos necesarios para favorecerlo(a). En ese contexto, las políticas públicas tienen un papel muy importante, especialmente para las familias de bajos ingresos, en razón de que el gasto con profesionales y servicio especializado se torna cuantioso.

De esta forma, las políticas tendrían, en su esencia, un papel preventivo, buscando intervenir en las diversas áreas del desarrollo infantil: motriz, cognitiva, sensorial perceptiva, socioafectiva y del lenguaje. Considerando la necesidad de ese tipo de servicio, se entiende debe ser de fundamental importancia una mayor inversión en esa área, alcanzando más estados, municipios e instituciones los que, concomitantemente al aumento del número de estudios sobre niños, adolescentes con deficiencia mental y sus familias, proporcionarían una comprensión más amplia de su desarrollo (Silva e Dessen 2005, p.12).

A pesar de los familiares envueltos en el estudio afirmar que las transformaciones que están ocurriendo con sus hijos en el sentido del desarrollo, menstruación y masturbación, son naturales para la edad y que ya sabían que sería así, o inclusive que consiguen acompañar ese proceso de transformación, la tabla 3 demuestra el contrario en un 89,74%, contradiciendo la literatura que refiere un proceso doloroso de adaptación. (Silva e Dessen 2005, p.12). Por lo tanto, se vuelve altamente necesario anexar otros datos importantes en sobre el término “naturalidad” en muchas de las respuestas obtenidas (tablas: 2, 4, 5 y 6).

En las preguntas sobre relacionamiento y casamiento es posible observar una contradicción entre aquello que los padres afirman no poder tener un relacionamiento (33,34% - tabla: 7) y los que podrían casarse (53,85% - tabla 8) creyendo en el hecho de que por ser considerado(a) su hijo(a) todavía un niño(a) a la fecha de la entrevista (en 38,47% - tabla: 1), no podría tener una relación pero cuando “crezca”, podría casarse, dejando una laguna para los próximos estudios o para anexar otros importantes datos de observación.

El romance del deficiente mental no siempre tiene la misma connotación que en personas no deficientes debido, principalmente, a la dificultad de discriminación afectiva, confundiendo amistad con relacionamiento, en que no siempre el deseo sexual está presente entre los pares. El gran problema del romance en estas condiciones es que los familiares tendrán que asumir juntos los riesgos de esta relación de pareja (Pan, 2005, p.242)

Los datos obtenidos en el estudio donde los padres ven el porvenir de sus hijos protegidos por un adulto que los cuida (74,36% - tabla 10) indica que cuanto más crece el hijo, mucho más se acentúan las diferencias, pues los padres empiezan a asumir que su hijo dependerá de ellos por toda la vida, lo que demuestra que las perspectivas de independencia son oscuras al percibir un futuro incierto.

En ese sentido hay resistencia por parte de la familia, pues ésta se ve obligada a desmontar una estructura en la cual el deficiente sale de los papeles en que solía quedarse – como infantil - encontrando satisfacción al lado de una persona fuera del círculo familiar. Por lo tanto, es difícil para esa familia percibir y aceptar que el hijo deficiente adolescente está desarrollando su sexualidad y abandonando el nivel infantil. Además, en caso haya un casamiento, la supervisión permanente será necesaria, incluso para costear con la responsabilidad acerca de la condición económica de la pareja, evitar un embarazo, entre otros hechos pertinentes (Gherpelli, 1995, p.96).

Puede constatarse también que los padres no perciben y no describen de la misma forma las manifestaciones afectivas, emocionales y físicas de los deficientes mentales, así como tampoco con la misma intensidad emocional subyacente. Las actitudes de los padres en sus prácticas para regular, cuidar del desarrollo, sexualidad y visión de futuro de los deficientes mentales, se sitúan en perspectivas diferentes y presentan dificultades significativas al observarlos como un ser sexual, dotado de deseos, dudas y miedos relativos al mundo de la sexualidad. Los padres que lo hacen buscan negar la expresión de esos deseos y refuerzan el aislamiento que ya es vivido por los adolescentes con deficiencia en la sociedad como un todo. Se demuestra entonces la necesidad de acoger a esos padres en sus ansiedades y angustias relativas al tema, siendo la familia, en esa fase, la que necesita del máximo apoyo de un equipo profesional (Gherpelli, 1995, p.96).

Análisis de las entrevistas y observaciones relativas a las familias

1- Los familiares

Cuadro 1. Datos Personales de los familiares sujetos al estudio:

Cantidad de entrevistados	39
Sexo	2 masculinos y 37 femeninos
Condición socio económica	Media y media baja
Edad	30 a 60 años
Profesión	Treinta y tres empleadas domésticas; un chofer; un funcionario público, un comerciante, una profesora jubilada, dos autónomos.
Autorización para que los hijos sean entrevistados	Todos

Tabla 1. Opinión sobre cómo ve al hijo(a):

Opción Considera al hijo(a)	Frecuencia	(%)
Niño	15	38,47
Adolescente	17	43,59
Joven	5	12,82
Adulto	2	5,12
Total	39	100,0

Tabla 2. Opinión sobre las transformaciones en la adolescencia del hijo(a):

Opción Dinámica en la familia	Frecuencia	(%)
Natural	27	69,24
Tortuosa	5	12,82
Agresiva	7	17,94
Total	39	100,0

Tabla 3. Opinión sobre cómo la familia consigue acompañar las transformaciones:

Opción Acompañamiento	Frecuencia	(%)
Sí	35	89,74
No	4	10,26
Total	39	100,0

Tabla 4. Opinión sobre cómo la familia se preparó para las transformaciones:

Opción Reacción	Frecuencia	(%)
Con naturalidad	17	43,59
Buscó informarse	9	23,08
Ya sabía que iba ser así	9	23,08
No sabe qué hacer	4	10,25
Total	39	100,0

Tabla 5. Opinión en relación al inicio de la menstruación, eyaculación (polución nocturna):

Opción Menstruación/eyaculación	Frecuencia	(%)
Natural	27	69,23
Tortuosa	6	15,39
No inició	3	7,69
No sabe *	3	7,69
Total	39	100,0

* No sabe lo que significa eyaculación/polución nocturna

Tabla 6. Opinión sobre Sexualidad: masturbación:

Opción Masturbación	Frecuencia	(%)
Natural	22	56,42
No sabe	14	35,89
Perjudicial	2	5,12
No respondió	1	2,57
Total	39	100,0

Tabla 7. Opinión sobre Sexualidad: si el hijo(a) puede tener una relación:

Opción Relacionamento*	Frecuencia	(%)
Sí	10	25,64
No	13	33,34
Tal vez	16	41,02
Total	38	100,0

* Un entrevistado reafirmó “mi hijo es un niño”

Tabla 8. Opinión sobre Sexualidad: si el hijo(a) podrá casarse:

Opción Casamiento	Frecuencia	(%)
Sí	21	53,85
No	11	28,20
Tal vez	7	17,95
Total	39	100,0

Tabla 9. Opinión sobre Sexualidad: necesidad de un programa de Educación sexual en la institución:

Opción Educación sexual	Frecuencia	(%)
Indispensable	6	15,39
Necesaria	31	79,49
Prohibida	2	5,12
Total	39	100,0

Tabla 10. Opinión sobre Independencia: cómo los padres ven el futuro de su hijo(a):

Opción Futuro	Frecuencia	(%)
Protegido por un adulto cuidador	29	74,36
Independiente	8	20,52
Dependiente	2	5,12
Total	39	100,0

2- Adolescentes y jóvenes

Cuadro 2. Datos Personales de los adolescentes y jóvenes sujetos al estudio:

Total de entrevistados	34
Edad	10 a 24 años
Sexo	27 masculinos y 7 femeninos
Escolaridad	Estudiantes de la propia entidad
Condición socio económica	Media, media baja
Característica particular y común	Deficiencia mental

Como las entrevistas fueron realizadas de forma relajada, además de haber verificado la dificultad para la expresión oral y comprensión de algunos adolescentes y jóvenes sobre el estudio, la técnica de observación, a través de las respuestas, comportamientos, gestos y dibujos, fue importante para analizar las actitudes de estos individuos frente a las transformaciones, sexualidad, familia, comportamiento, lazos de amistad y tiempo libre, entre otros.

2.2 - Análisis de las entrevistas y observaciones relativas a los adolescentes y jóvenes.

2.2.1 - Conocimiento sobre su familia, sobre sí – identidad propia y diferencias sexuales.

Para la investigación del análisis del proceso intelectual de conocimiento de la identidad propia y de los familiares, diferenciación sexual e identificación sexual, fue utilizado un dibujo de una persona humana al expresar sus características y personalidad, el cual consiste en una forma de representación del mundo en la manera en cómo el individuo lo observa de acuerdo con su grado de percepción (Assumpção e Sprovieri 2005, p. 172).

En el intento de una comunicación basada en la realidad en la que se encuentran los sujetos de este estudio, fue solicitado describir la diferencia entre hombre y mujer, pidiendo dibujar: al padre, la madre, al propio adolescente y a la familia, una vez que no están impedidos de captar lo que ocurre a su alrededor, a pesar del compromiso intelectual.

No se obtuvieron los dibujos de todos los entrevistados, pues algunos indicaron no saber dibujar, por lo tanto, la muestra no es cuantificada, sino apenas documenta las informaciones para análisis de los datos obtenidos.

Fue observado en los dibujos pertinentes que, conforme el déficit intelectual, hay dificultades en el proceso de tipificación, identificación de papeles e incluso de estereotipos sexuales, como se demuestra en las figuras a continuación.

1. Diseños constituidos de borradores poco específicos nombrando “padre”, “madre”, “yo” y “amigos” de forma aleatoria (fig. 1):

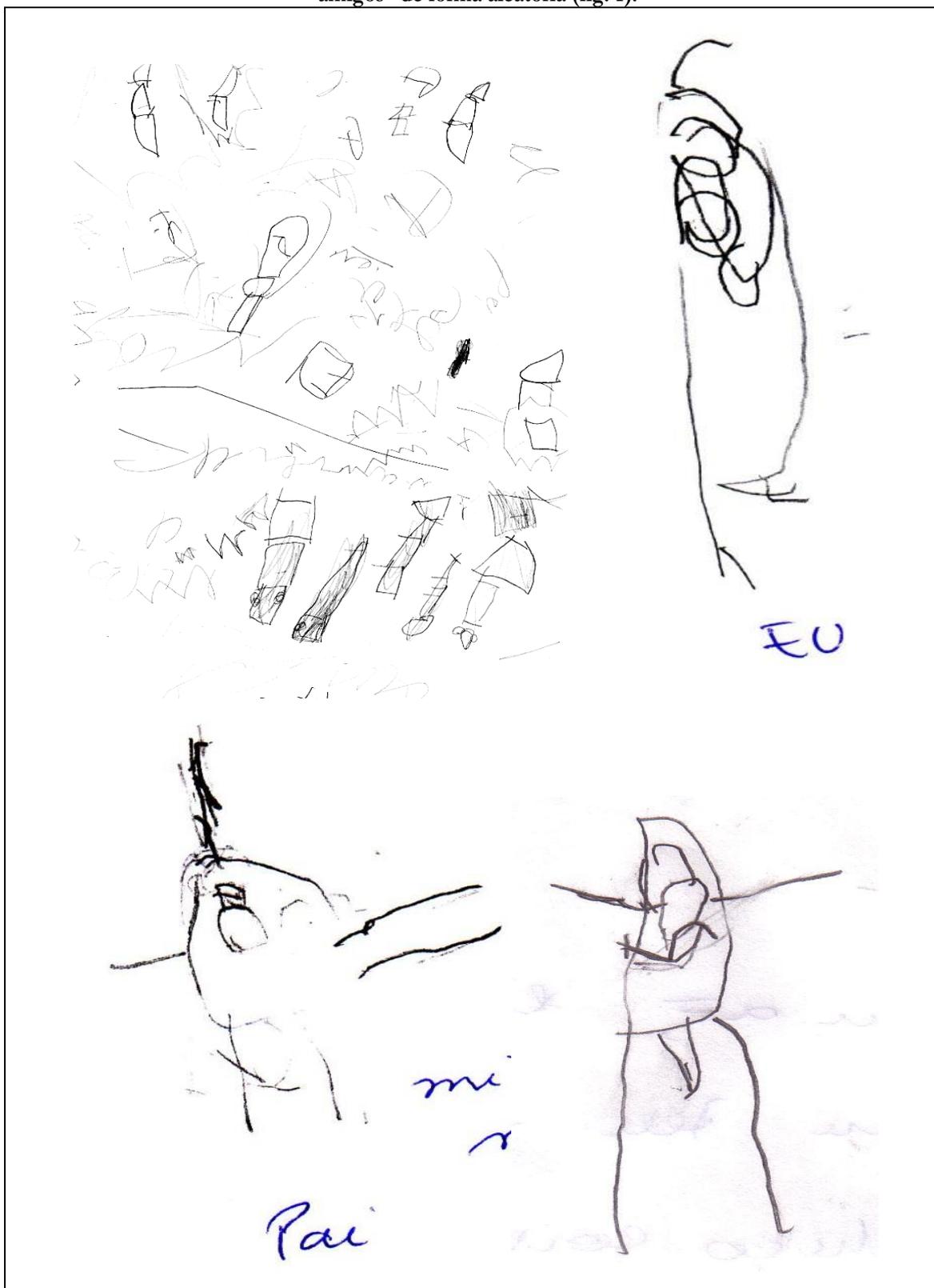


Figura 1 – R. Dibujos que constituyen borradores.

Fuente: R. – 16 anos – APAE – Cuiabá

2. Los “garabatos” aparecen sin características de diferenciación sexual (figuras 2 a 4).

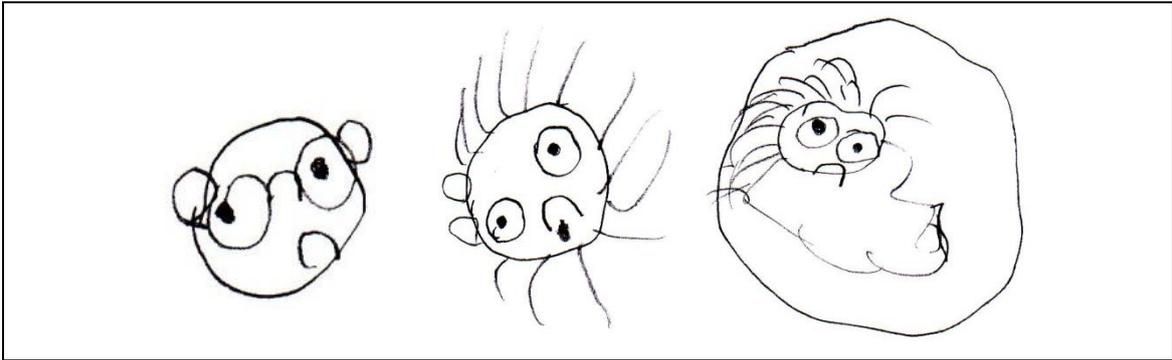


Figura 2 – FRG – Dibujos que constituyen “garabatos”.
Fuente: FRG. – 21 años – APAE – Cuiabá

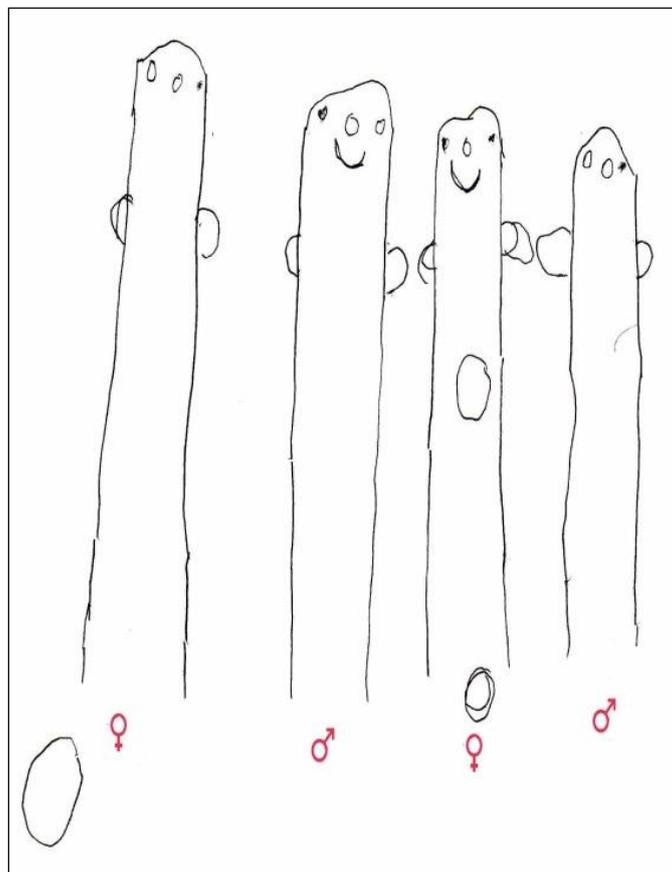


Figura 3 – RCL - “garabatos”.
Fuente: RCL. – 21 años – APAE – Cuiabá

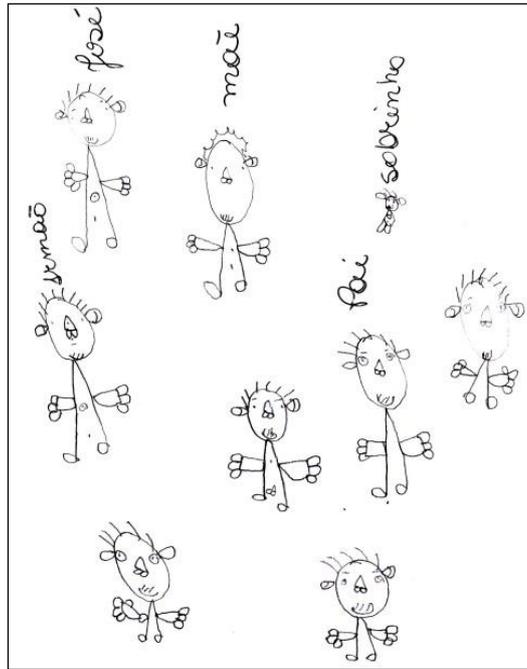


Figura 4 – CFO - “garabatos”.

Fuente: CFO. – 16 años – APAE – Cuiabá

3. La presencia de “muñecos”, esto es la cabeza unida a apéndices filiformes, sin definición de características sexuales (figura 5 a 6).

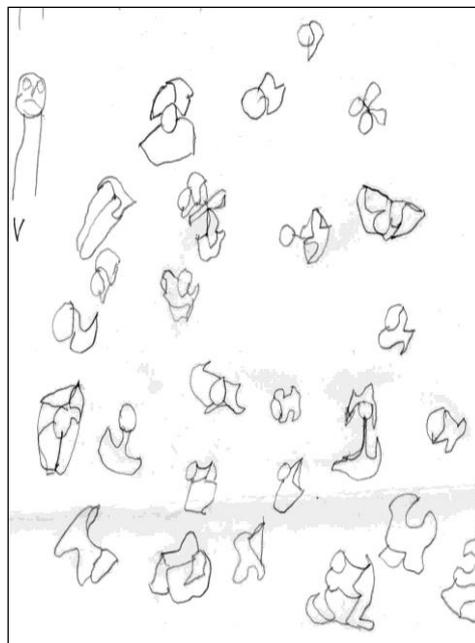


Figura 5 – JO – Dibujos que constituyen “muñecos”.

Fuente: J.O. 19 años – APAE – Cuiabá

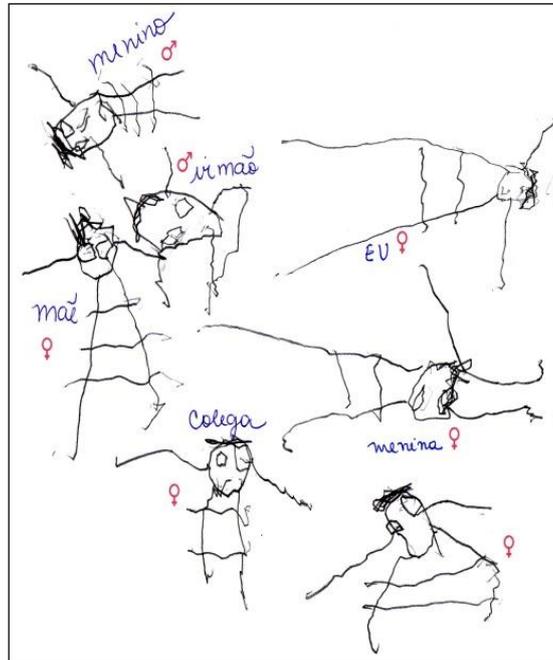


Figura 6 – ASC – Dibujos que constituyen “muñecos”.
 Fuente: ASC – 20 Años – APAE – Cuiabá

4. Las diferencias masculinas y femeninas se dan por el estereotipo más marcado que son el cabello, vestimentas y bigotes, conforme las figuras a continuación (figuras de 7 a 14).

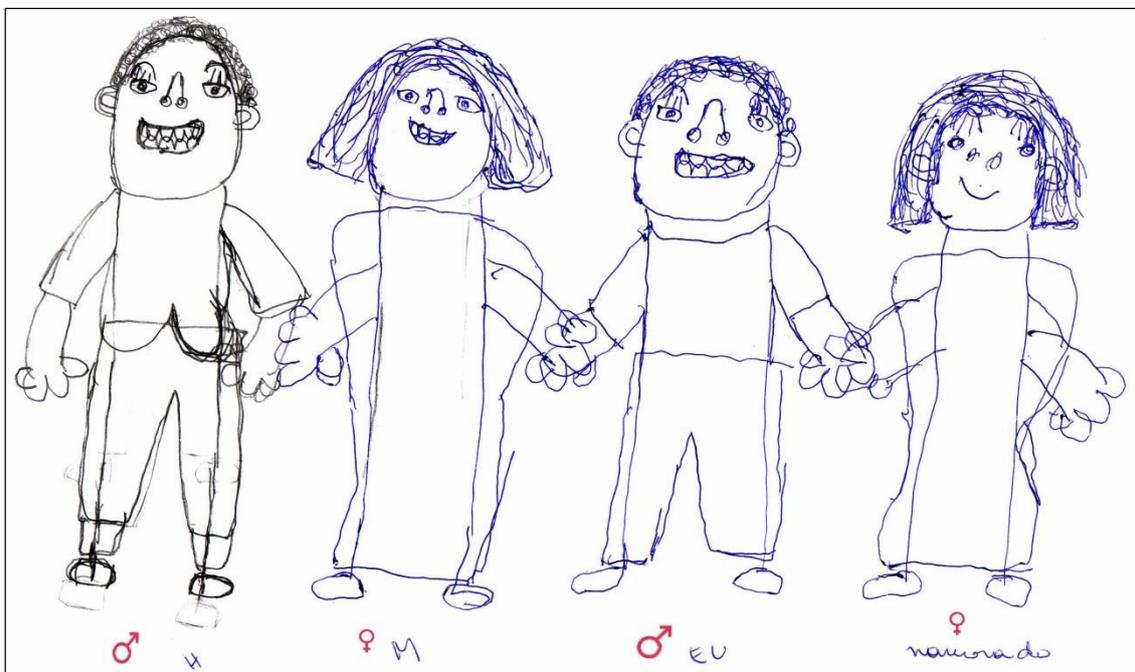


Figura 7 – KJC – Dibujos: Estereotipos marcados.
 Fuente: K.J.C. – 16 años – APAE – Cuiabá

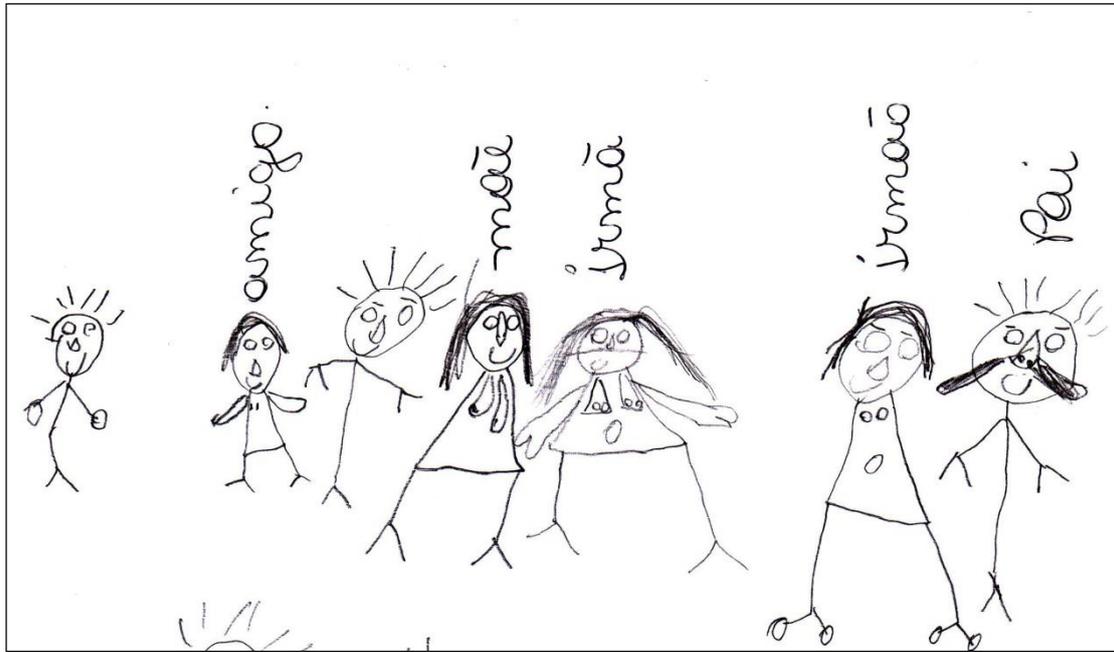


Figura 8 – VLCC – Dibujos: estereotipos marcados.
 Fuente: VLCC. – 18 años – APAE – Cuiabá

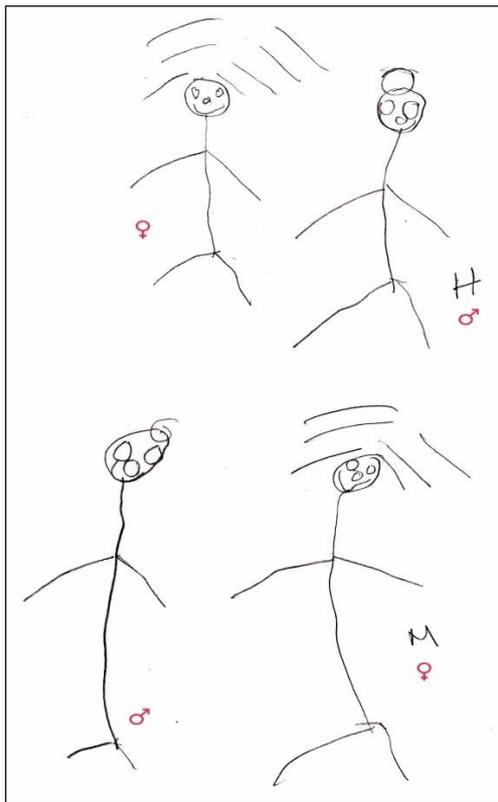


Figura 9 – CLA – Dibujos: estereotipos.
 Fuente: CLA. – 12 años – APAE – Cuiabá

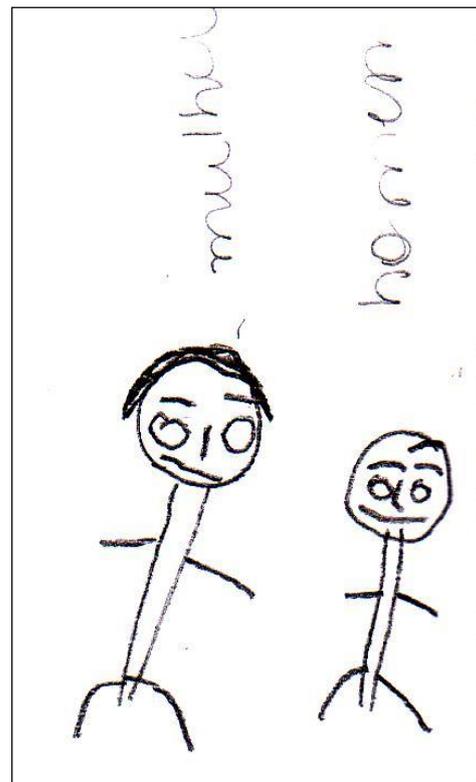


Figura 10 BBA - Dibujos: estereotipos.
 Fuente: BBA. – 14 años - APAE – Cuiabá

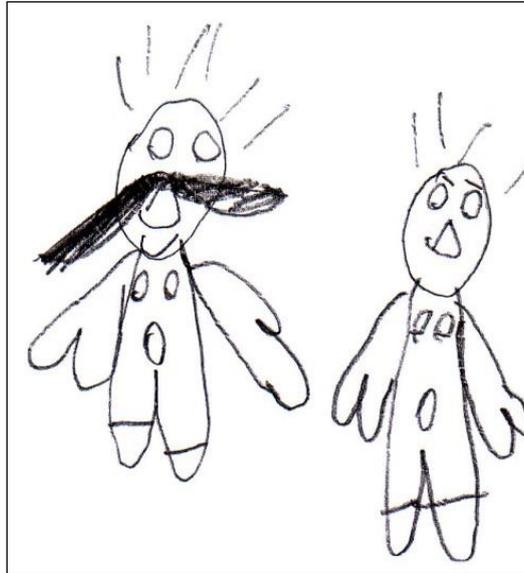


Figura 11 – VLCC – Dibujos: estereotipos marcados.
Fuente: VLCC. – 18 años – APAE – Cuiabá

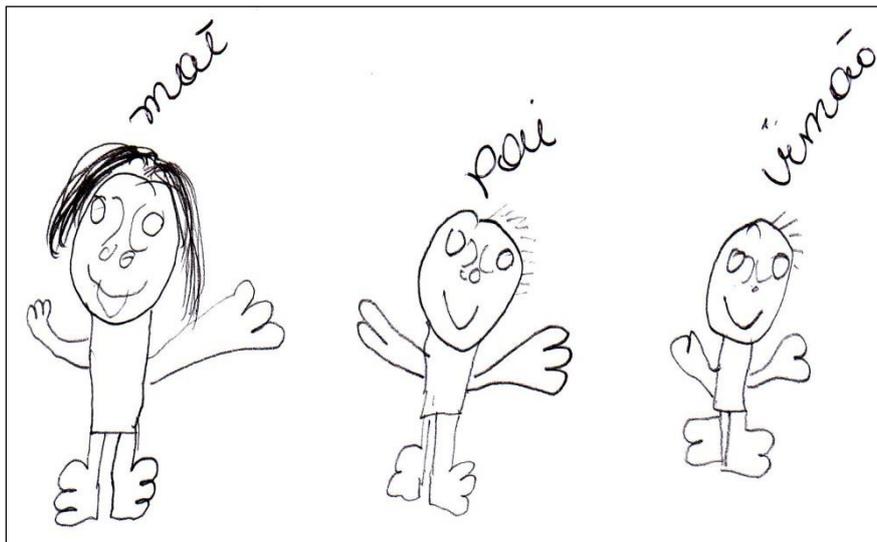


Figura 12 – BLA – Dibujos: estereotipos marcados.
Fuente: BLA. – 14 años – APAE – Cuiabá

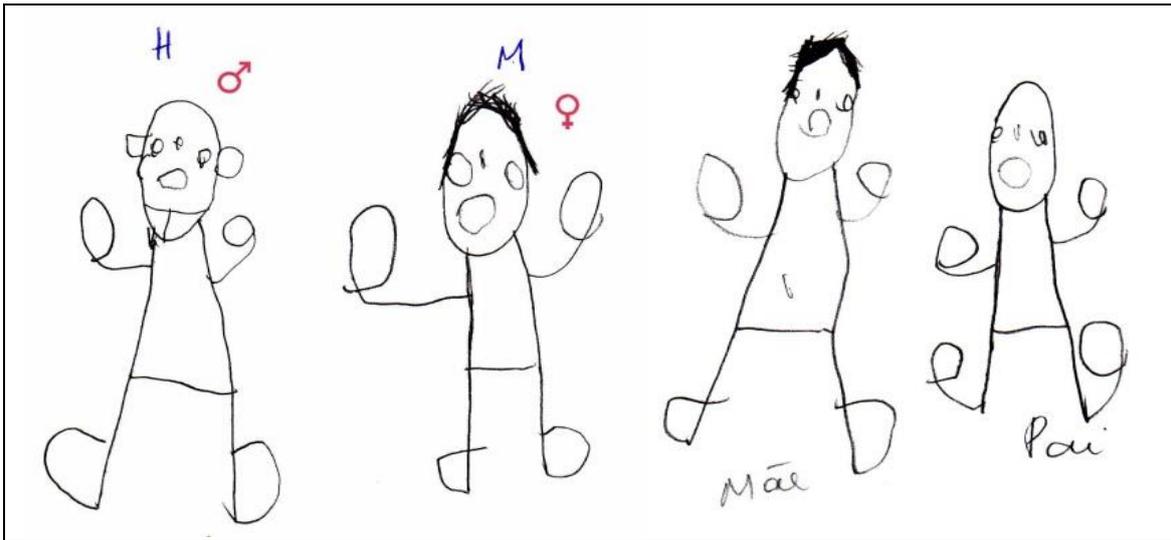


Figura 13 - JAS - Dibujos: estereotipos marcados.
Fuente: JAS. - 15 años - APAE - Cuiabá



Figura 14 - JMS - Dibujos: estereotipos marcados.
Fuente: JMS - 16 años - APAE - Cuiabá

5. A apenas cuatro alumnos(as) destacaron, inclusive, los órganos sexuales genitales y mamas (figuras 15 a 18).

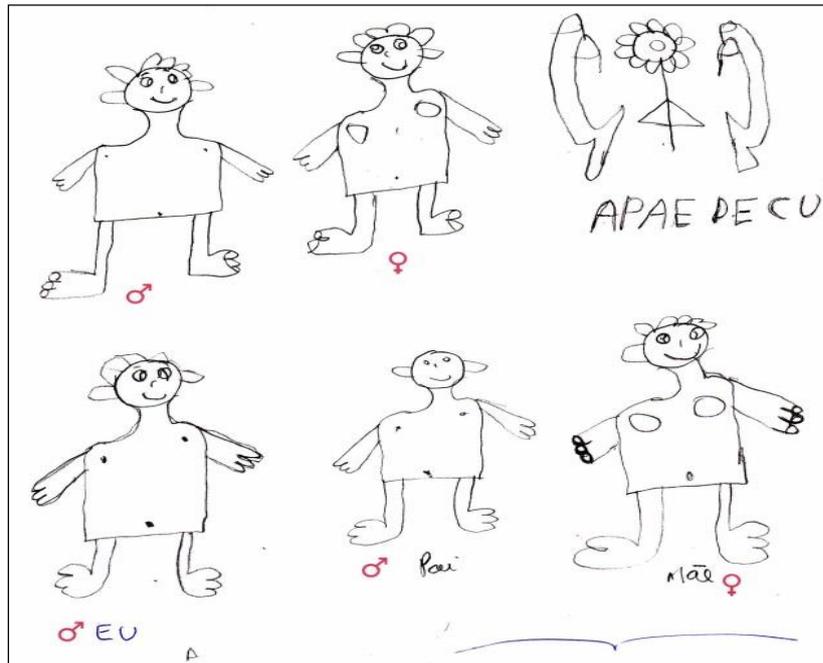


Figura 15 – SAT – Dibujos: la diferencia sexual se observa en las mamas.
Fuente: SAT. - 19 años – APAE – Cuiabá

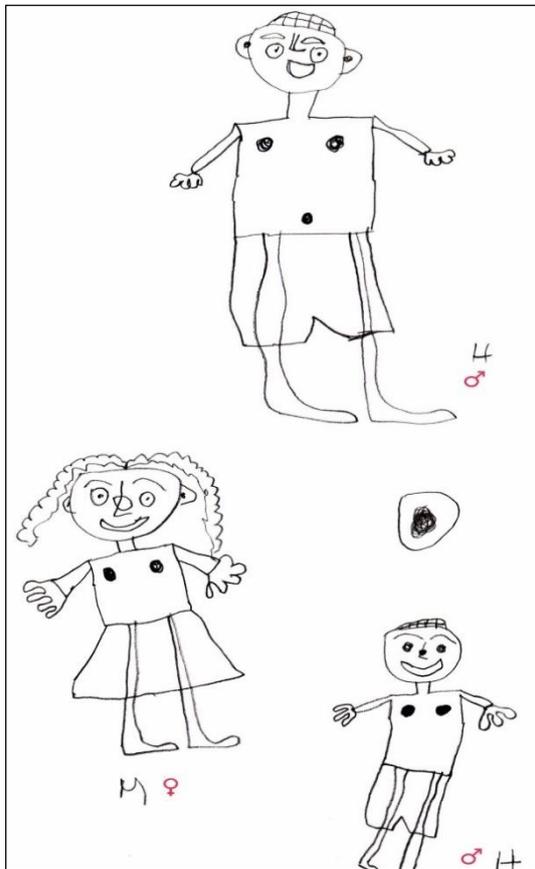


Figura 16 – E – Dibujos: destacan las mamas.
Fuente: E. - APAE – Cuiabá

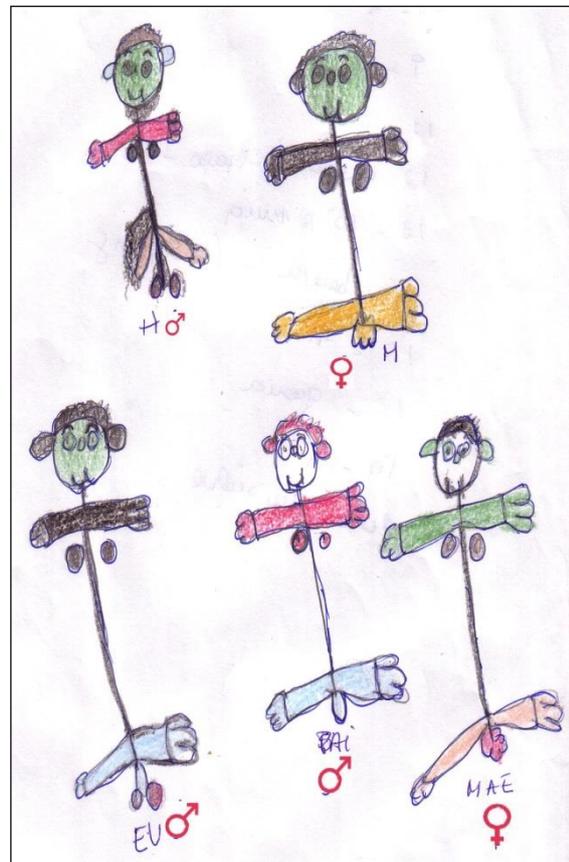


Figura 17 – ASM – Dibujos: constan órganos sexuales.
Fuente: ASM. -15 años – APAE – Cuiabá

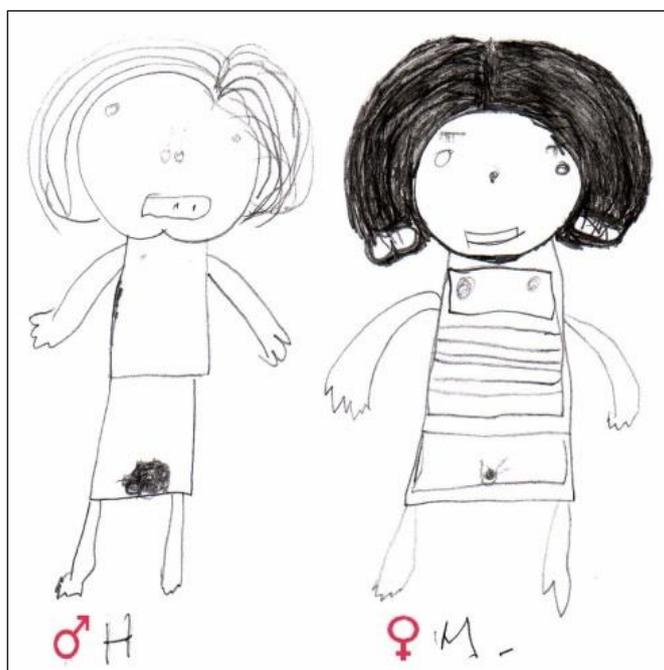


Figura 18 – AMD – Dibujos: destacan los órganos sexuales, cabello.
Fuente: AMD. – 23 años – APAE – Cuiabá

En el estudio, la edad cronológica no acompaña la evolución en los dibujos obtenidos en esta investigación, denotando que la representación gráfica es individual y de acuerdo con el cuadro cognoscitivo, habiendo un compromiso intelectual importante de identificación de las diferencias sexuales e incluso de identidad propia.

Sin embargo, de la misma forma en que la deficiencia mental provoca un déficit en la comprensión de la realidad, constatado por medio de estos dibujos, el proceso de identificación sexual en estos individuos estudiados ocurre de modo lento, con dificultad de estructuración de estereotipos que caracterizan su propia identidad y los papeles sexuales del individuo adulto (Assumpção e Sprovieri, 2005 p.174)

Al cuestionar si él o ella se consideraba un hombre o una mujer, niña o niño, la mayoría acertó y se defendió conforme a su comprensión, a pesar de haber obtenido dudosas respuestas de algunos más comprometidos. Ya en relación a si le gusta ser niño o niña y lo que encuentra “bien” en ellos(as) y sus diferencias, queda en evidencia la duda o falta de conocimiento sobre las diferencias, obteniendo como respuestas evasivas “niña usa vestido”, “graciosa”, “linda”, “calzón”, “bonito”, “lindo”, “amigo”.

Proyectando estos datos hacia un plan de conducta, se observa la poca o ninguna adecuación social y la interacción con el medio que les circunda como característica propia del deficiente mental, donde existe el perjuicio como comportamiento adaptativo.

En ese sentido, es sumamente importante desarrollar un trabajo educativo, intenso y persistente desde la infancia, donde se incorpore fácilmente la diferencia de papeles sexuales y la construcción de una identidad sexual por medio de datos físicos y modelos paternos.

2.2.2 - Transformación y sensaciones del cuerpo

A través del diálogo fueron observados algunos términos más “vulgares” como: “zorra”, “corrida”, “palo” entre otros, designando vagina, masturbación y pene, respectivamente, lo que refleja la necesidad urgente de un trabajo de terminología correcta para cada órgano o parte del cuerpo humano.

Sobre la menstruación, apenas un adolescente entre los muchachos de 20 años, contesta correctamente, inclusive afirmando que “la mujer sangra y mi madre tiene”. Él mismo también hace una diferencia entre “la niña crece tiene senos y el muchacho pene”. Entre las niñas se encuentran tres que supieron contestar sobre la menstruación, sus características y que es algo propio de la mujer. Uno de los muchachos, de 15 años y con Síndrome de Down, describe la menstruación como “cólica, ojos rojos, mucha cefalea y vómitos”, indicando que, probablemente, convive con alguien que manifiesta externamente estos síntomas, pero no supo contestar otras preguntas al respecto, dejando una sospecha de que no está siendo informado sobre los hechos que vive y observa. La mayoría no sabe la diferencia, sus características y origen, y cuando las entrevistadoras les cuestionaron si era “agua”, “leche” u otros líquidos conocidos, los mismos contestaron afirmativamente y que podrían salir “hasta por el oído”, confirmando incluso que los muchachos también tienen, lo que demuestra el pleno desconocimiento hasta por las niñas que ya tienen menstruación.

Interrogados acerca de lo que es crecer como señorita o ser muchacho, la mayoría contestó con palabras como: “crecer”, “tener barba”, “bigote”, “tornarse joven” y “trabajar”, demostrando un poco de madurez, sin embargo, se identifican con esos estereotipos.

Con relación a las partes del cuerpo que conocen, los adolescentes indicaron varias partes, pero en ningún momento mencionaron los órganos sexuales.

Posterior al análisis de los diálogos realizados con los sujetos de este estudio, se asocia la existencia de una seria falta de conocimiento frente a las cuestiones relativas al propio desarrollo, envolviendo una significativa confusión de sentimientos desencadenada por la omisión de la familia, la escuela y profesionales frente a esta situación, reforzada también por las actitudes basadas en la moral preconcebida de una visión adulta frente al niño y adolescente (Rodrigues e Serbena, 2003, p. 5).

Como dato de observación se obtuvo que los adolescentes perciben la posibilidad de erotismo y de obtención de placer a través del sexo, pero no saben cómo manejar estas nuevas sensaciones, pudiendo ser difícil controlar sus impulsos sexuales, descubriendo la satisfacción que el área genital les puede ofrecer a través de la masturbación.

2.2.3 - Sexualidad, relacionamiento y prevención.

Un relacionamiento “es besar en la boca”, “ir al cine”, “ir al shopping”, “tomar la mano”, “conversar mucho tiempo”, “tener hijos”, “es niño con niña”, “va al motel y anda en auto” o “tomar helado”, lo que demuestra pocas vivencias de afecto manifestadas a través de abrazos y besos. Esto, de acuerdo con los datos observados, identifica una actitud infantil en lo que dice relación a la vida afectiva, pero por otro lado, también desarrollan una inteligencia práctica ligada a las actividades llevadas a cabo en casa, tal como barrer y lavar los platos, o en la escuela, como pintar, ir a un taller pedagógico, conocer el número de las salas, los nombres de algunos profesores, etc.

En cuanto al relacionamiento, una adolescente de 16 años afirmó tener ganas de un romance en el sentido de “quiero relacionarme, pero soy muy joven, mi cabeza es débil”.

La masturbación fue mencionada por pocos, después de algunas preguntas directas y sintiendo mucha vergüenza de hablar. De esto el adolescente relató que la practica “escondido en casa, con vergüenza, encima de la cama”. Otro muchacho afirmó que “es natural, hace bien, todo el mundo necesita, pero mi padre dice que es una tontera y me golpea”, demostrando que los padres perciben la existencia de la sexualidad y reconocen los deseos de sus hijos, sin embargo, la actitud es la de evitar que ellos la manifiesten. Como consecuencia, estos comportamientos se manifiestan como resultado de toda una dinámica familiar vivida, destacando que los aspectos relacionados a la apertura de la sexualidad de adolescentes con deficiencia mental, traen preocupaciones a los padres y a la sociedad, traducidos de un modo general en actitudes represivas y discriminatorias que impiden un desarrollo más pleno del individuo (Bastos e Deslandes, 2005, p. 6).

Un aspecto muy importante observado en la institución es que ésta es una práctica realizada por los adolescentes con deficiencia sin que busquen privacidad, lo que puede generar un gran desgaste emocional para la familia y los educadores. Sin embargo, también es posible afirmar que esta situación depende mucho de su nivel de compromiso mental y, principalmente, de acuerdo con las orientaciones recibidas, en que muchos adolescentes, al ser instruidos, presentan la capacidad de ejercer esta práctica reservadamente (Bastos e Deslandes, 2005, p. 7)

Como dato de observación es posible notar que los adolescentes y jóvenes tienen dificultades con relación a la sexualidad, asociado en gran parte a la dificultad de comprender este asunto, buscando inconscientemente esconderlo al hablar bajo, haciendo ademanes o diciendo “tengo vergüenza”, demostrando que en el medio familiar, escolar y social, la sexualidad es tratada de forma velada, escondiendo comportamientos ilícitos sobre la misma, lo que genera sentimientos de culpa a los miembros envueltos.

En las charlas, cuando se les cuestionó sobre relación sexual, algunos mencionaron practicarla. Frente a esto, tres muchachos definieron bien el acto sexual, otros con ademanes, demostrando que están

manteniendo relaciones sexuales, siendo notoria la manifestación de erotismo o apego sexual. Este hecho resulta preocupante, pues se observa que no usan preservativos, ya que a pesar de demostrar conocimiento sobre “el condón”, no saben cómo usarlo ni lo que es. En esa línea, apenas tres de los entrevistados definieron correctamente cómo usarlos. Los demás lo conocen superficialmente por la televisión y que se usa para no contraer Sida, “porque mata”.

En relación al embarazo, la mayoría no sabe cómo prevenirse; desconocen la píldora, el preservativo y tres niñas mencionan que “un beso” o “beso en la boca, cuando se está menstruando, la deja embarazada”.

Tal hecho confirma la ausencia de programas amplios de educación sexual, así como de campañas para prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazo que alcancen a las personas con deficiencia (Bastos e Deslandes, 2005, p.9)

Durante el estudio, se pudo notar que los adolescentes y jóvenes pueden estar siendo víctimas de abuso sexual y que los victimarios son sus conocidos. A pesar de no ser, en principio, tema de este trabajo, este dato de observación, muy relevante, remite el deber de citar la preocupación como asunto de extrema importancia, pues revela la vulnerabilidad a la que están sujetos y la necesidad imperiosa de desarrollo de un trabajo educativo, preventivo de autoestima y autoprotección junta a las familias.

La mayoría de las informaciones que estos adolescentes consiguen es a través de la televisión, propaganda o novelas, además de a revistas pornográficas que algunos indicaron tener acceso.

En ese sentido, la televisión ejerce una enorme influencia en la sensibilidad y en los modelos culturales de estos adolescentes, toda vez que la imagen es un medio directo y simple de descubrimiento del mundo, permitiendo inventar situaciones simbólicas, ya que estos jóvenes no disponen de habilidades para explorar un mirar crítico, pudiendo acarrear graves consecuencias al desarrollo de la personalidad e identidad sexual.

De esta manera, los adolescentes que asisten cotidianamente a influencias o situaciones que presentan manifestación de sexualidad, no tendrían la oportunidad de desempeñarla, pues es algo no considerado por la sociedad, ya muchos padres tienen la preocupación de que sus hijos no sean capaces de controlar su comportamiento evitando hablar sobre sexualidad con los niños, adolescentes y jóvenes con deficiencia mental basados en la expectativa de que éstos jamás la desarrollarán.

Apenas un adolescente con autoestima bien preservada y bien entendido indicó a la familia como la mayor educadora y, respondiendo a las preguntas con cierta precisión, concordó con la importancia de la familia en la educación e inclusión de los mismos. Por otro lado, una adolescente informada

sobre la menstruación y la relación sexual desconocía la prevención del embarazo, enfermedades de transmisión sexual, Sida, uso del preservativo y píldoras anticonceptivas.

Estos relatos llevaron a afirmar que a pesar de la deficiencia mental, el déficit cognoscitivo e incluso la dificultad de conocerse como hombre o mujer, las actividades sexuales están siendo realizadas. Como resultado, el interés para el asunto es evidente por parte de estos adolescentes y jóvenes, no obstante, los educadores y familiares están llevando de forma equivocada estas cuestiones, dejando de ofrecer una educación sexual saludable, preventiva y que valore a esos jóvenes como seres humanos en desarrollo.

2.2.4 - Sociabilización/estudios/trabajo/amistad.

Al preguntar sobre los amigos, todos en la sala de clase indican como sus fuertes amigos y compañeros a los propios compañeros de la institución.

Un adolescente indicó a sus padres y hermanos como amigos, así como también a personas de la iglesia y vecinos. En cuanto a las actividades desarrolladas fueron quehaceres domésticos y observar la televisión. Otros dos adolescentes entrevistados indicaron “andar en bicicleta y elevar volantines”.

De esta forma, los amigos se encuentran en el barrio, en la calle, en casa o en la iglesia, lo que refuerza lo indicado por Chuairi (1984, p.126) que cita que “las opciones de esparcimiento son restringidas donde la mayoría suele frecuentar la casa de parientes o amigos de la familia, paseos esporádicos a iglesias, parques, clubes y siempre acompañado de familiares y dependiendo del nivel socio económico de los ellos, pues las opciones de diversión son más escasas”.

A pesar de que este estudio fue desarrollado con familias, adolescentes y jóvenes de clase media y media baja, se pudo percibir el importante límite de relación externo domiciliar y el ambiente escolar bajo influencia de la televisión que compite con otros quehaceres.

Los adolescentes deficientes quedan privados de experiencias que promueven su desarrollo y, en lo que dice respecto a la sexualidad, son limitados a información, contacto social e inclusive a modelos interesantes de relación afectiva. Se trata de un mundo negado a estos jóvenes. Faltan orientaciones claras, objetivas y fidedignas acerca de los temas que envuelven la sexualidad. De acuerdo con el material bibliográfico estudiado, los resultados apuntan a que la falta de información aporta para la perpetuación de los estereotipos, negando a estos jóvenes la posibilidad de desarrollo de sus potencialidades y de vivir experiencias en el ámbito afectivo y sexual, imposibilitando su integración social. De este modo, la importancia de esta información está en la posibilidad del mejoramiento del estándar de vida del individuo y también de su propia familia.

Conclusión

Hablar sobre adolecer del adolescente con deficiencia mental implica también abordar el concepto de sexualidad humana de forma amplia, abarcando aspectos físico-biológicos, socioculturales, económicos, políticos, preconceptos, familia, autonomía, legislación y actuación de multiprofesionales.

Los padres y profesionales del área de salud y educación necesitan entender que la vivencia de la persona deficiente mental, cuando es bien conducida, implementa un desarrollo afectivo, una capacidad de establecer contactos interpersonales que fortalecen la autoestima, el bienestar, el amor propio y la adecuación de vivencia en comunidad.

La escasez de trabajos sobre adolescencia con deficiencia mental, a pesar de su importancia, cuestiona si este hecho no se debe al tema ser todavía revestido de preconceptos por la sociedad, falta de interés de los profesionales o incluso incapacidad de abordaje por falta de experiencias. Asimismo, también muestra la necesidad de nuevos estudios que puedan llevar a una discusión más amplia y consistente, donde el debate sea gradual conforme la literatura la presenta, valorando el discurso de la persona con deficiencia mental.

La invisibilidad que fomenta esta vulnerabilidad de adolescentes con deficiencia mental es relevante y debe ser un tema de preocupación y debate de todos aquellos que trabajan con esta población. Las acciones de enfrentamiento al abuso y violencia deben ser consideradas urgentes como forma de búsqueda de soluciones viables que aporten con mayor visualización de los mismos, de sus voces, sus experiencias y empoderamiento de estos individuos.

El estudio y la literatura revelan que un gran número de adolescentes con deficiencia mental presenta un compromiso intelectual que no les impide la participación en la discusión sobre su vida afectiva, social, espiritual y sexual, si ésta se da sin subterfugios, de forma explícita, adecuada y con profesionales capacitados.

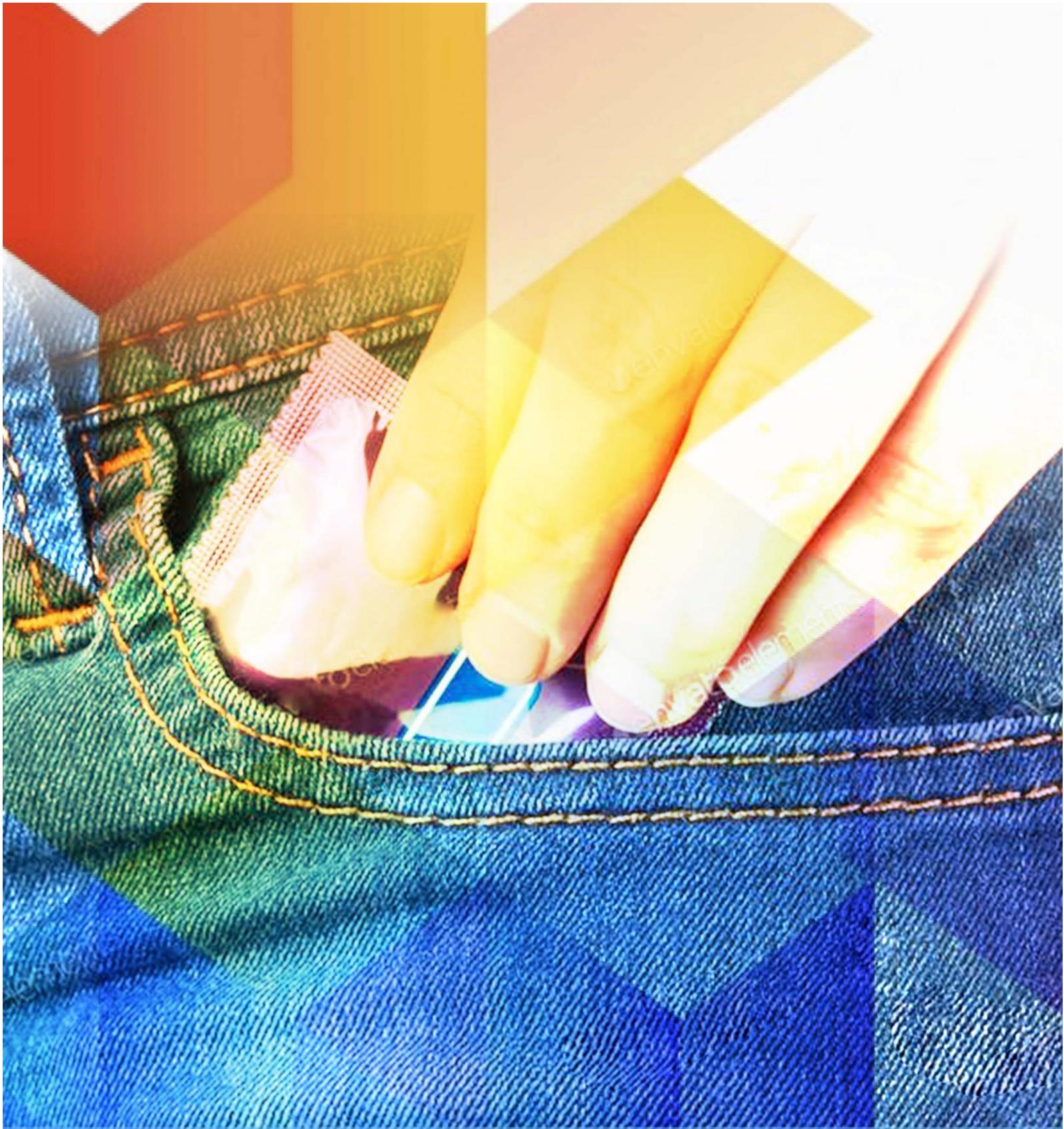
El adolescente con deficiencia mental tiene el derecho a una atención particular y preferente de parte de la sociedad, en especial en lo que se refiere a las estructuras pedagógicas, profesionales, socioculturales y legales, las cuales favorezcan su pleno desarrollo, autonomía y autodeterminación, poseyendo como único límite sus propias deficiencias e incapacidades. Por lo tanto, es requisito que los profesionales consideren los puntos fuertes y las necesidades del individuo de manera holística a la espera de que tales cuestionamientos e ejemplos presentados incentiven nuevas áreas de estudio, proveyendo nuevos caminos para que padres y profesionales reflexionen acerca de sus prácticas y modos de pensar, contribuyendo en la búsqueda de soluciones originales frente a los difíciles y dolorosos problemas que la adolescencia de los deficientes mentales impone a las familias e instituciones.

Agradecimiento

Los autores contribuyeron igualmente al estudio. Agradecimientos especiales a los adolescentes y jóvenes ya sus familiares que participaron en esta investigación y al Sr. Rodrigo Arce Quintanilla Por la asistencia personal en la preparación y traducción de este artículo.

Bibliografía

- Assumpção, FB; Sprovieri, MH. Sexualidade e Deficiência Mental. 1a edição. São Paulo: Editora Moraes, 1987.
- Bastos, OM; Deslandes, SF. Sexuality and adolescents with mental disability: a review. Ciênc. saúde coletiva, Apr./June 2005, vol.10, no.2, p.389-397. ISSN 1413-8123.
- Chuaiari, SHP. O Serviço Social junto a Programas para Adolescente. In: KRYNSKI et al. Serviço Social na área da Deficiência Mental. São Paulo: ALMED, 1984, p.121-128.
- Gherpelli, M.H.B.V. Diferente mas não desigual: a sexualidade no deficiente mental. São Paulo: Editora Gente, 1995.
- Rodrigues, MF; Serbena, CA. Sexualidade, corpo, deficiência e escola: relato de um atendimento. Curitiba, jul. 2003. Disponível em <<http://www.utp.br/psico.utp.online>>. Acesso em 20 nov. 2010.
- Pan, JRA.. Afetividade e sexualidade na pessoa portadora de deficiência mental. Edição brasileira. São Paulo. Edições Loyola, 2003
- Silva, NLP; DESSEN, MA. Mental retardation and family: implications for child development. Psic. Teor. e Pesq., May/Aug. 2001, vol.17, n°2, p.133-141. ISSN 0102-3772. Acesso em: 22 jan. 2010.



CAPÍTULO II SEXUALIDAD

Actitudes de los adolescentes hacia la diversidad sexual

Holger Rivera Márquez
hfriveram@ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca sede Azogues

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo identificar las actitudes de los adolescentes hacia la diversidad sexual, analizarlas y compararlas en función del género. El universo constituyó adolescentes escolarizados en las unidades educativas particulares de la ciudad de Azogues "San Diego de Alcalá", "La Providencia", "La Salle" y "César Cordero Moscoso" los que fueron seleccionados a través de una muestra representativa de 322 estudiantes utilizando el procedimiento probabilístico por racimos o clústers de varones y mujeres comprendidos entre los 13 y 18 años pertenecientes al 1ero, 2do y 3ero del BGU. El estudio fue de tipo cuantitativo de corte transversal y de alcance exploratorio, se aplicó la encuesta española de actitudes hacia la diversidad sexual. Los resultados han sido procesados en el programa SPSS 22, se calculó porcentajes y se recurrió a la prueba Chi-cuadrado de homogeneidad para demostrar diferencias significativas entre los adolescentes varones y mujeres. Se encontró que la mayoría de los adolescentes presentan actitudes homofóbicas liberales. Se concluyó que son los adolescentes varones que se forman en estas instituciones quienes tienen más arraigada la homofobia, pues se observa que actitudes como mofarse, amenazar, golpear o dar una paliza son mucho más características en ellos.

Palabras clave: Adolescencia, sexualidad, actitudes, diversidad sexual, discriminación

Abstract

The objective of this research was to identify the attitudes of adolescents towards sexual diversity, analyze them and compare them according to gender. The universe constituted adolescents enrolled in the particular educational units of the city of Azogues "San Diego de Alcalá", "La Providencia", "La Salle" and "Cesar Cordero Moscoso", the same ones that were selected through a representative sample of 322 students using the probabilistic procedure for clusters or clusters of males and females between 13 to 18 years belonging to the 1st, 2nd and 3rd (BGU). The study was of a quantitative type of cross section and of exploratory scope, the Spanish survey of attitudes towards sexual diversity was applied. The results were processed in the SPSS 22 program, percentages were calculated and the Chi-square test of homogeneity was used to demonstrate significant differences between male and female adolescents. It was found that most adolescents have homophobic liberal attitudes. It was concluded that male adolescents who are trained in these institutions are the most deeply rooted in homophobia, since it is observed that attitudes such as mocking, threatening, hitting or beating are much more characteristic of them.

Keywords: Adolescence, sexuality, attitudes, sexual diversity, discrimination

Introducción:

La adolescencia es una de las etapas más relevantes en la vida del ser humano la cual implica tanto a la mente como al cuerpo, refleja la maduración biológica, el desarrollo cognitivo, el aprendizaje social, el grupo de compañeros y la familia (Kimmel & Weiner , 1998). Los adolescentes estructuran su sexualidad en relación con el tipo de educación sexual que han recibido de la familia, la escuela, las tendencias religiosas y el ambiente social en el que se desenvuelven, están influenciadas asimismo, por varios aspectos como las diferencias de género y la edad entre otras. (Romero, 1998) en (López, Castillo , & Jerves, 2014).

La sexualidad es una condición propia e intrínseca del ser humano la cual nos permite sentir, gozar y generar placer. Nos acompañará desde el nacimiento hasta el fin de nuestra existencia. Sin embargo, a pesar de ser así, hablar de sexualidad nunca ha sido tarea fácil por cuanto a lo largo de los años se ha ido construyendo con la presencia de una serie de impedimentos, recelos, temores, restricciones, estereotipos y prejuicios que se interponen a la palabra que debería circular de manera espontánea y fácil. A lo largo de la historia, se han presentado contradicciones entre lo que promueve y lo que reprime, informa en exceso, en ocasiones con retraso y otras de manera precipitada e incompleta, lo que genera una percepción distorsionada de su sexualidad. En este sentido, cabe una pregunta relacionada a si la educación está dirigida hacia el desarrollo integral del ser humano ¿Por qué siempre se ha dejado de lado la educación sexual? Cuestionamientos como éstos estarán presentes en muchos de los adolescentes sin saber cómo descifrarlos y despejar ciertas dudas que anidan en su fuero interno por el desconocimiento de su propia sexualidad.

Desde la mirada de la Organización Mundial de la Salud, se plantea que:

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. Está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2006).

Ahora bien, la diversidad afectiva, sexual y de género según (INADI, 2013) (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo) manifiesta que son distintas expresiones que no responden a la ideología heterosexual hegemónica; se refiere a las identidades LGTBI y a su capacidad de relacionarse afectiva y sexualmente. En este sentido, para (Hernandez, 2008) la diversidad sexual implica el conocimiento de las variables que encontramos en la sexualidad humana. En tanto que, (Mogrovejo, 2008) sostiene que la diversidad sexual, se refiere a la existencia de múltiples tipos de

expresiones sexuales. En esta línea, (Nuñez, 2011) concluye que son formas de existencia sexual e implican ir más allá de la dicotomía macho y hembra, pues existe una diversidad de sexos y existen diferentes tipos de intersexualidad y de transexualidad.

Por otra parte, existen mitos profusamente difundidos entre nuestra población adolescente estudiantil, hacia la minoría LGBTI tales como: “las personas pueden elegir su orientación sexual”, sin analizar que la definición de la orientación sexual es un proceso de evolución inconsciente poco conocida que eclosiona en determinado momento de la vida, imponiendo sentimientos y conductas que provocan la búsqueda de seres del mismo, o del otro sexo, como una meta de vida. Esta concepción explica otro mito: “la orientación homosexual es una enfermedad y un pecado”, según la cual se interpreta estas orientaciones diferentes como anormales o como hechos estadísticamente minoritarios, lo que haría definir estas conductas como enfermedades, si utilizamos el lenguaje de la salud, o como pecado, si utilizamos concepciones de tipo religioso (Pinos & Pinos, 2011).

En una investigación acerca de las actitudes hacia la diversidad sexual, realizada en España, se encontró que los adolescentes escolarizados tiene un nivel de homofobia bajo sobre todo hacia las mujeres homosexuales, presentándose mayor nivel de homofobia entre los hombres (Villanova & Fernández, 1997). Según la encuesta del National Opinion Research Center realizada en el 2002, en Estados Unidos, un 55% de ciudadanos norteamericanos consideró que una relación afectiva entre adultos del mismo sexo es incorrecta y un 12% consideró que son parcialmente incorrectas, mostrando el elevado nivel de rechazo que las conductas homosexuales provocan en la comunidad (Shibley & DeLamater, 2006). Igual tendencia se encuentra en otras investigaciones realizadas en adultos en Chile, Puerto Rico, Colombia y Venezuela en donde se observa que los hombres tienen actitudes más negativas que las mujeres hacia las personas con diversidad sexual (Cárdenas & Barrientos , 2008), (Toro & Varas , 2004); (Acuña & Vargas, 2006); (Campo, Rodríguez, & Trías, 2008); (Chávez & Ganem, s.f.); (Kite & Whitley, 1996).

Otros estudios realizados demuestran como la comunidad LGTBI enfrenta diversas formas de exclusión social debido a que en la mayoría de las sociedades se valora de forma negativa su orientación sexual, considerándolos un grupo homogéneo de personas con características negativas; según esta visión son enfermos, delincuentes, pecadores y carentes de moral (Ortiz, 2005). En diferentes investigaciones se observa como entre los padres y madres se pueden encontrar diferentes reacciones al enterarse de la orientación sexual del hijo/a, que van desde el apoyo incondicional hasta la presentación de conflictos dentro de la familia (Antezana, 2007); (Bertone & Franchi, 2008); (González , Martínez, & Leyton, 2004).

En un trabajo ejecutado por (Santoro, Concha, & Conde , 2009) encontraron que en los distintos sectores sociales persisten una serie de prejuicios ante dicha problemática, mientras que (Sánchez, 2009) comprueba que, a pesar de que se están tejiendo cambios en la vivencia y percepción de la

sexualidad aún amplios sectores de la sociedad manifiestan su rechazo frente a aquellos que han decidido vivir su sexualidad en forma distinta a la “heteronormatividad”, moralmente aceptada. Por su lado, (Jácome, 2014), manifiesta que las percepciones de los adolescentes sobre las diversidades sexuales están cargadas de aspectos negativos hacia ellas, ya que aún reproducen estereotipos y prejuicios presentes en la sociedad. En esta línea, (Garchitorena, 2009) observa cómo sigue habiendo una discriminación y en algunos casos, violencia más o menos explícita, por razón de orientación sexual e identidad de género.

En el Ecuador se realizó un estudio relacionado con las actitudes sobre diversidad sexual en adolescentes escolarizados de la Ciudad de Cuenca, se encontró que la mayoría de los adolescentes presentan actitudes homofóbicas liberales. Como factores relacionados con las actitudes hacia las parejas homosexuales se encontraron: tipo de colegio, etapa de la adolescencia, sexo, grado de religiosidad, nivel educativo de padre y madre, grado de comunicación familiar, grado de creencias prejuiciosas hacia la orientación LGBTI, conocer a miembros de la minoría LGBTI y orientación sexual. Se concluyó que en todos los grupos predominan actitudes de homofobia liberal, tanto hacia la relación entre dos hombres como entre mujeres, es decir que este tipo de relaciones es aceptado siempre que no se hagan públicas, lo que sugiere una doble moral, pues según los maestros y adolescentes la homosexualidad no debe ser expuesta, limitándola a los espacios privados; de fondo es un intento de no saber sobre ella, se rechaza reconocerla, lo que evidencia que existe una elevada frecuencia de actitudes homofóbicas en esta población (Pinos & Pinos, 2011).

Ahora bien, el concepto “diversidad sexual” es un término que ha sido impulsado desde los movimientos de resistencia a esa concepción dominante de la sexualidad. Es un término nuevo con el cual se pretende construir una lucha social, cultural y política en el campo de las relaciones sociales que han mantenido en la opresión, segregación, violencia, marginación, dominación y desprecio a mujeres que aman a otras mujeres, hombres que transgreden los estrechos límites de lo que se considera masculino o femenino en su comportamiento, a seres humanos que nacen con una variedad de configuraciones cromosómicas, gonadales o genitales (Nuñez, 2011).

El término diversidad sexual está siendo usado como eufemismo, es decir como una palabra menos altisonante para decir gay, lesbiana, bisexual, transgénero, o de plano “puto”, “joto”, “marimacha”, “bicicleta”, “vestida” o “loca”. Como estos términos son considerados vulgares y por lo tanto, no son adecuados para un discurso público-político, entonces se recurre al menos altisonante “diversidad sexual” (Nuñez, 2011). Así mismo, el término “diversidad sexual” es usado como término sombrilla para una diversidad de identidades sociales, históricas y políticas, portadoras de sus propias limitaciones y posibilidades liberadoras, no completamente exploradas en sí mismas. Dicho de otra manera, el término “diversidad sexual” así usado puede servir para subordinar u ocultar precisamente a quienes resultan más inquietantes para la moral pública: las y los llamados transgéneros, intersexuales y transexuales, al punto de no reconocerse a sí mismos/as.

Finalmente se usa para referirse a la “otredad” de la heterosexualidad. En este sentido, el término “diversidad sexual” tal como está siendo usado para agrupar a personas y grupos con identidades no heterosexuales, es un absoluto equívoco tanto lingüístico como ideológico. (Nuñez, 2011). Este equívoco lingüístico refleja una posición ideológica heterosexista, patriarcal, no del todo consciente incluso para los y las activistas de los derechos sexuales. El uso del término “diversidad sexual” para referirse solo a ciertos grupos, mantiene incólume un elemento central del sistema del sexo-género, también llamado sexista: el heterosexismo, es decir la ideología y práctica que jerarquiza las sexualidades y coloca a la práctica y a la identidad heterosexual como superior a las otras prácticas e identidades sexuales (Nuñez, 2011).

Siguiendo esta línea la sociedad nos muestra como desde el nacimiento se determina en forma binaria el sexo y la identidad de las personas sin tener en cuenta el desarrollo mental, social y psíquico de cada individuo que construirá su identidad. Esta concepción binaria de la sexualidad desconoce la compleja diversidad de la sexualidad y conduce a la exclusión social y política de las personas cuya sexualidad no concuerda con la determinación anatómica o biológica del sexo. Así se puede vulnerar el derecho a la igualdad y al trato digno que merecen todos los seres humanos. Por otra parte, el poder y la jerarquía se instauran sobre esta base binaria identitaria y quienes no coincidan con el sexo anatómico se someten de manera injusta a la discriminación y al sufrimiento, en ocasiones, consagrados jurídicamente y son marginados en una organización social basada en el fundamentalismo identitario (Nuñez, 2011).

De lo anteriormente dicho se esgrime que los seres humanos somos diversos en muchos aspectos y que lo sexual no es la excepción. Sin embargo, a menudo consideramos que existe una manera correcta de vivir la sexualidad, descalificando las otras orientaciones y conductas, en base a lo que dice la iglesia o a los mitos y prejuicios que nuestra cultura acoge. La orientación sexual es la preferencia de un individuo a tener relaciones sentimentales y/o sexuales con individuos de un sexo determinado. La orientación sexual puede ser: heterosexual si esta preferencia es hacia miembros del sexo opuesto; bisexual cuando dicha preferencia es hacia miembros de ambos sexos y homosexual si el interés es hacia miembros de su mismo sexo. En la homosexualidad se debe diferenciar entre lesbianas, que son aquellas mujeres cuya orientación sexual se dirige hacia las otras mujeres y gays que son hombres cuya orientación sexual se dirige hacia otros hombres (Rial, 2003).

En general la orientación sexual se establece en la niñez temprana, pero los adolescentes de ambos sexos pueden darse cuenta de su atracción hacia personas de su propio sexo hacia los 12 a 13 años, aunque no hayan todavía tenido conductas sexuales (Savin & Dubé, 1998) (Pinos & Pinos, 2011). En el proceso de desarrollo de la orientación sexual se destacan las siguientes etapas: surgimiento en la infancia (el niño se siente diferente), identificación (el niño acepta que es diferente), asumir una identidad (generalmente ocurre en la adultez temprana), aceptación de la identidad (salir del clóset), consolidación de la persona (enfatisa la autenticidad de su vida y se siente orgulloso de sí mismo),

autoevaluación y brindar apoyo (Ardila, 2002). Desde la perspectiva de los estudios de personalidad se ha encontrado que los individuos homosexuales pueden ser tan religiosos, moralistas, patrióticos, leales, entre otros, como cualquier otra persona, no presentan un mayor número de problemas de personalidad que la población en general, tampoco son más creativos (Hooker, 1965) en (McCary. et al., 2002). Al igual que el resto de la población, buscan relaciones de amor, confianza y cariño, además de una intimidad sexual satisfactoria (Adler & et al., 1989); (Kurdek, 1995); (Zak & McDonald, 1997) en (Crooks & Baur, 2009).

A pesar de las consideraciones previas la sociedad se ha encargado de estigmatizar las orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual, generando en individuos homosexuales y bisexuales una auto-devaluación denominada: auto-homofobia (Kats, 1995) (Crooks & Baur, 2009); (Campo, Rodríguez, & Trías, 2008). A esto se suma el poco apoyo que reciben gays y lesbianas de sus padres, profesores y orientadores durante la adolescencia (Davis & Stewars, 1997); (Savin & Ritch, 2009) en (Santrock, 2004), lo que provoca en ellos un efecto desmoralizador por la sensación de sentirse invisibles o por el contrario, demasiado visibles (Brown, 1976) (Katchadourian, 2005), favoreciendo la aparición de graves consecuencias psicológicas (Shibley & DeLamater, 2006) llegando en casos extremos al suicidio. Se ha podido establecer que el riesgo suicida se incrementa de 2 a 3 veces en el grupo de adolescentes homosexuales (Morrison & L'Heureux, 2001); (Rose & Rogers, 2000) (Pinos & Pinos, 2011).

En este sentido la creencia de que todas las personas “normales” son heterosexuales es la norma, crea estereotipos y actitudes negativas que conducen a la discriminación, a veces apenas perceptible, hasta llegar a los “crímenes de odio” en contra de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales (Shibley & DeLamater, 2006). El mayor signo de rechazo hacia esta minoría son las actitudes homofóbicas; éstas se manifiestan de manera evidente o encubierta en la hostilidad y el rechazo hacia la homosexualidad (Masters , Johnson, & Kolodny, 1987). Existen diferentes tipos de homofobia como la externalizada, que es una respuesta o conducta verbal, física y emocional evidente y la internalizada, no siempre notoria, sutil, pero determinante y visible en una serie de hechos de la vida diaria (Villanova & Fernández, 1997).

Por otra parte, (Sevilla, 2007) plantea que: “La actitud ni siquiera es percibida por la mayoría de los sujetos como prácticas discriminatorias porque se consideran estas actitudes como aceptables y válidas, la respuesta es compartida así como los prejuicios y valoraciones”. La realidad es que la violencia y la discriminación contra personas de las comunidades LGTBI es parte de un discurso normalizado que es aceptado socialmente y que no parece provocar grandes disonancias cognitivas en las personas. Así se tolera la violencia y se justifica en ocasiones por una “moral” no explicitada. El silencio -en ocasiones, cómplice- permite el espacio para toda una serie de crímenes de odio que se producen en una sociedad (Toro J. , 2012).

La postura de (Herek, 1994) (Toro J. , 2012) indica que aquellas personas que manifiestan actitudes negativas hacia la homosexualidad poseen posturas tradicionales sobre los roles de género, tienen más amistades que manifiestan actitudes negativas, son mayores en edad, tienen menos educación formal y son conservadoras en asuntos religiosos. En tanto que (Sakalli, 2002) sostiene que las actitudes se relacionan con la percepción de que la persona tiene o no el control sobre su homosexualidad.

Por otra parte, (Quiles. et al., 2003) manifiestan que los prejuicios contra las minorías sexuales muestran como características principales de las personas que discriminan: ideas políticas conservadoras, asistencia regular al culto religioso, actitudes negativas hacia la mujer y una fuerte adherencia al modelo hegemónico de la masculinidad y la división de roles sexuales. Sin embargo, hay autores que señalan que el prejuicio se hace cada vez más sofisticado y difícil de identificar, dando paso a niveles sutiles de prejuicio y discriminación. “La presencia de fuertes presiones normativas en favor de la igualdad y la tolerancia, en lugar de eliminar este prejuicio parece haberlo hecho más sutil y sofisticado”. Todo parece indicar que el prejuicio homosexual tiene muchos parecidos con el autoritarismo y con el prejuicio racial, aun con todas sus diferencias (Toro J. , 2012).

La homofobia puede presentarse con ciertas variaciones: homofobia cognitiva; pensamientos negativos sobre la homosexualidad, que es antinatural, pecaminosa, inferior o indeseable; homofobia afectiva, sentimientos de rechazo ante la homosexualidad y los homosexuales presente entre las personas que dicen sentir “asco” o “repelús” ante la persona homosexual y finalmente, la homofobia liberal que acepta o “permite” la expresión de la homosexualidad en el espacio privado, pero que en ningún caso considera correcto que se lo haga en público (Borrillo, 2001). Desde estos postulados se propugna por ejemplo, que las personas homosexuales no deben hablar en público de su homosexualidad sino mantenerla en su intimidad y sobre todo, no tener muestras de afectividad en público ya que se podría considerar una provocación.

El espacio público sería aquí exclusivo de las personas heterosexuales que sí pueden mostrar su afectividad en público o hablar de sus novios, novias o esposos/as en el trabajo, mientras que si lo hiciera una persona homosexual lo considerarían irrespetuoso o innecesario (Pichardo. et al., 2009). La homofobia conductual por su parte, puede quedar en el ámbito interno de la persona o externalizarse en conductas homófobas de rechazo, agresiones físicas o verbales, burlas e insultos entre otras. Se puede comprobar como estos diversos tipos de homofobia pueden darse conjuntamente o expresarse separadamente.

Una de las determinantes principales del porqué de la elevada frecuencia de la homofobia en nuestra cultura es sin duda la influencia de la iglesia judeocristiana, espacio donde la homosexualidad ha sido duramente juzgada a lo largo de su historia (Crooks & Baur, 2009); (McCary. et al., 2002); (Halstead & Reiss, 2006); (Rial, 2003), considerándola un peligro para la sociedad, las buenas costumbres y la

preservación de los valores familiares. Estas actitudes se mantienen en muchas partes del mundo, a pesar de los avances en lo legal, lo médico, lo psicológico y sobre todo en lo humanitario (Ardila, 2002).

Entre los diversos factores asociados con las actitudes homofóbicas considerados en diferentes investigaciones, podemos mencionar: el sexo masculino, grado elevado de religiosidad, exposición a medios de comunicación y creencias sobre el origen de la homosexualidad (Chávez & Ganem, s.f.), religiones conservadoras, estereotipos culturales tradicionales, edad entre 14-17 años y mayores de 50 años, influencia de maestros homofóbicos, sentimientos homosexuales en sí mismo (Crooks & Baur, 2009), personas con orientación heterosexual (Whitley, 1987) en (Acuña & Vargas, 2006). En contraparte, como factores que favorecen las actitudes positivas y de tolerancia hacia la homosexualidad podemos mencionar: la educación y el conocer a alguien que es homosexual (Leland, 2000); (Span & Vidal, 2003) en (Crooks & Baur, 2009); (Chávez & Ganem, s.f.).

La homofobia se manifiesta en una respuesta afectiva y en actitudes negativas basadas en mitos y estereotipos acerca de las relaciones entre personas del mismo sexo (Snively. et al., 2004). En esta línea, (Mercado, 2009) señala que existe un nivel de homofobia personal que resulta en la creencia de que las personas homosexuales y lesbianas merecen el odio bajo el supuesto de que no pueden controlar sus deseos, que son mayormente anormales. Por otro lado, existe la homofobia interpersonal que surge cuando el prejuicio personal se transforma en acciones discriminatorias. Así mismo la homofobia institucional permite que se ejerza presión contra el sector homosexual en las instituciones educativas, religiosas, empresariales y profesionales (Toro J. , 2012).

La homofobia implica por tanto un prejuicio, una actitud discriminatoria dirigida hacia una persona en función de su identidad homosexual. Se caracteriza por un sentimiento de superioridad con respecto al otro, deshumanización del otro, que se ve como carente de emociones, conciencia, y convicción de ser merecedor de privilegios y estar en la posición correcta (Viñuales, 2002). Una compleja definición de homofobia sería el miedo -más bien el pánico- de los hombres a amar a otros hombres. De hecho, la identidad masculina tradicional se construye sobre la misoginia y la homofobia.

Este tipo de violencia se va construyendo desde el nacimiento en el cual se determina en forma binaria el sexo y la identidad de las personas, sin tener en cuenta el desarrollo mental, social y psíquico de cada individuo que construirá su identidad. Esta concepción binaria de la sexualidad desconoce la compleja diversidad de la sexualidad y conduce a la exclusión social y política de las personas cuya sexualidad no concuerda con la determinación anatómica o biológica del sexo. Así, se puede vulnerar el derecho a la igualdad y al trato digno que merecen todos los seres humanos. De otra parte, el poder y la jerarquía se instauran sobre esta base binaria identitaria y quienes no coincidan con el sexo anatómico se someten de manera injusta, a la discriminación y al sufrimiento, en ocasiones

consagrados jurídicamente y son marginados en una organización social basada en el fundamentalismo identitario (Escobar, 2007).

Metodología:

Para el presente estudio se empleó un enfoque cuantitativo por cuanto intenta precisar el comportamiento actitudinal de los adolescentes hacia la diversidad sexual, analizarlas y compararlas en función del género. En cuanto al tipo de investigación de acuerdo a su alcance, el presente estudio es correlacional por cuanto pretende elucidar la relación entre el género y las actitudes de los estudiantes hacia la diversidad sexual, del mismo modo que se propone cuantificar las relaciones entre variables (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010). El universo de este estudio lo constituyeron los adolescentes escolarizados en todas las unidades educativas particulares de la ciudad de Azogues (San Diego de Alcalá, La Salle, La Providencia, César Cordero Moscoso) pertenecientes al bachillerato general unificado (BGU), que suman un total de 676 estudiantes. Se trabajó con una muestra representativa del grupo, utilizando el procedimiento probabilístico por racimos o clústers (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010) y se sortearon los paralelos desde el 1ro, 2do y 3ro de bachillerato de cada institución. Para ello, fueron encuestados un total de 332 estudiantes adolescentes varones y mujeres que se forman en las unidades educativas particulares de la ciudad de Azogues. Se utilizó un cuestionario que está conformado por dos secciones: la primera sección está destinada a los datos demográficos (edad, sexo, nivel de instrucción de madre y padre, religión), la segunda sección está orientada a recabar información respecto a las actitudes de los adolescentes hacia la diversidad sexual, para lo cual se aplicó la Encuesta Española de Actitudes hacia la diversidad sexual (Pichardo. et al., 2009).

Resultados

Análisis y comparación de las actitudes de los adolescentes hacia la diversidad sexual en función del género.

Los comportamientos excluyentes a homosexualidad son más comunes en los varones que en las mujeres respecto a insultos, en ellos existe un 52,5% que revelan no sólo haber escuchado o presenciado sino también haber realizado, dicho o hecho insultos como maricón, meco, tortillera, entre otros. En contraparte, las mujeres tienen un porcentaje más característico de haber escuchado o presenciado, el cual asciende al 66,2%. En lo que se refiere a insultos, por lo tanto, existe una participación más generadora de vituperios en el sexo masculino que en el femenino, es una diferencia significativa a juzgar por el p valor, inferior a 0,05.

Tabla 1 Distribución de 332 adolescentes de las unidades educativas particulares de la ciudad de Azogues. Año: 2017 según: Actitudes vivenciadas o conductas realizadas por los adolescentes hacia personas con diversidad sexual

		a. Escuchado o presenciado		b. Realizado o utilizado		c. Te han dicho o hecho		Varios (a, b y/o c)		No contesta		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Marica, meco, tortillera	H	60	33,1	22,0	12,2	4,0	2,2	95,0	52,5	0,0	0,0	0,000 *
	M	100	66,2	7,0	4,6	0,0	0,0	43,0	28,5	1,0	0,7	
	T	160	48,2	29,0	8,7	4,0	1,2	138,0	41,6	1,0	0,3	
Hablar mal, comentarios, rumor...	H	88	48,6	25,0	13,8	7,0	3,9	59,0	32,6	2,0	1,1	0,767
	M	73	48,3	15,0	9,9	7,0	4,6	51,0	33,8	5,0	3,3	
	T	161	48,5	40,0	12,0	14,0	4,2	110,0	33,1	7,0	2,1	
Burlas, imitaciones...	H	56	30,9	34,0	18,8	12,0	6,6	74,0	40,9	5,0	2,8	0,002 *
	M	75	49,7	18,0	11,9	7,0	4,6	42,0	27,8	9,0	6,0	
	T	131	39,5	52,0	15,7	19,0	5,7	116,0	34,9	14,0	4,2	
Amenazas.	H	91	50,3	17,0	9,4	6,0	3,3	39,0	21,5	28,0	15,5	0,000 *
	M	89	58,9	2,0	1,3	6,0	4,0	4,0	2,6	50,0	33,1	
	T	180	54,2	19,0	5,7	12,0	3,6	43,0	13,0	78,0	23,5	
Tirar cosas, golpes, empujones...	H	80	44,2	28,0	15,5	12,0	6,6	38,0	21,0	23,0	12,7	0,004 *
	M	87	57,6	9,0	6,0	9,0	6,0	18,0	11,9	28,0	18,5	
	T	167	50,3	37,0	11,1	21,0	6,3	56,0	16,9	51,0	15,4	
Palizas.	H	94	51,9	16,0	8,8	7,0	3,9	20,0	11,0	44,0	24,3	0,000 *
	M	84	55,6	1,0	0,7	4,0	2,6	2,0	1,3	60,0	39,7	
	T	178	53,6	17,0	5,1	11,0	3,3	22,0	6,6	104,0	31,3	
Dejar de hablar, ignorar...	H	80	44,2	27,0	14,9	7,0	3,9	35,0	19,3	32,0	17,7	0,198
	M	75	49,7	16,0	10,6	9,0	6,0	19,0	12,6	32,0	21,2	
	T	155	46,7	43,0	13,0	16,0	4,8	54,0	16,3	64,0	19,3	

Fuente: Encuesta

Autor: Holger Rivera M.

No se advierten diferencias significativas con respecto a hablar mal generar comentarios negativos, crear rumores entre otros, pues se constata un comportamiento similar entre hombres y mujeres destacándose en un 48,5% el porcentaje mayoritario para haber escuchado o presenciado.

En cuanto a burlarse, imitar y poner en ridículo la orientación sexual, se encontró que nuevamente los varones participan no sólo como oyentes sino también actuando como artífices contrarios a la orientación sexual. Al respecto esta situación caracteriza al 40,9% de los varones, mientras que las mujeres se caracterizan únicamente por escuchar o presenciar en un 49,7%. Se trata de diferencias significativas al considerar que el p valor es inferior a 0,05.

Presenciar una amenaza y formularla es característica del 21,5% de los varones, en las mujeres únicamente se presencian y formulan amenazas en un 2,6%. Además, atestiguar una amenaza es más

común entre mujeres que entre hombres, se trata de una diferencia significativa al tener en cuenta que el p valor es inferior a 0,05.

En relación a la orientación sexual homosexual, los varones han presenciado y participado tirando cosas, dando golpes, empujones, etc., en un 21%, mientras que las mujeres únicamente lo han hecho en un 11,9%. Es característico del 15,5% de los varones ser creadores mientras que de las mujeres únicamente el 6%. Una diferencia significativa entre varones y mujeres.

Las palizas también son más características en los varones que en las mujeres, de hecho, haber presenciado y participado como testigos y artífices es más común en el 11% de varones a diferencia de las mujeres que es el 1,3%; ellos son un 8,8% quienes propinan palizas mientras que las mujeres lo son tan solo en el 0,7%. Cabe anotar que únicamente el 24,3% no ha visto o participado en una paliza en relación a la orientación homosexual, mientras que las mujeres no lo han hecho en un 39,7%. Diferencias que en su conjunto hacen diferentes a hombres y mujeres tornándolos más violentos a los primeros que a las segundas.

Dejar de hablar, ignorar, no dejar participar, aislar a otra persona, aduciendo su homosexualidad, es algo que ocurre por igual entre hombres y mujeres, se caracterizan por un 46,7% en haber presenciado este fenómeno.

Tabla 2 Distribución de 332 adolescentes de las unidades educativas particulares de la ciudad de Azogues. Año: 2017 según: Percepción de la expresión de sentimientos en público de las personas con diversidad sexual

		Mal		Asco		Indiferencia		Bien		P
		n	%	n	%	n	%	N	%	
¿Qué te parece que una pareja de hombres muestre sus sentimientos en público?	H	17	9,4	26	14,4	100	55,2	38	21,0	0,041*
	M	9	6,0	13	8,6	79	52,3	50	33,1	
	T	26	7,8	39	11,7	179	53,9	88	26,5	
¿Qué te parece que dos mujeres muestren sus sentimientos en público?	H	10	5,5	13	7,2	105	58,0	53	29,3	0,687
	M	10	6,6	14	9,3	78	51,7	49	32,5	
	T	20	6,0	27	8,1	183	55,1	102	30,7	

Fuente: Encuesta

Autor: Holger Rivera M.

La percepción que tienen los estudiantes con respecto a que los gays se encuentren expresando sus sentimientos en público como lo hacen las parejas heterosexuales, es mal visto por el 7,8% de los estudiantes, es visto con asco por el 11,7%, con indiferencia por la mayoría que es el 53,9% y bien visto únicamente por el 26,5%. Difieren los varones de las mujeres pues el p valor es inferior a 0,05, únicamente el 21,0% de ellos ve bien este asunto y un 14,4% lo ve con asco, mientras en las mujeres se ve mayor tolerancia pues el 33,1% ve bien que lo hagan, con asco únicamente el 8,6%.

En lo que respecta a la expresión de sentimientos en público por parte de lesbianas, en realidad se advierte como algo bueno por el 30,7%, les parece indiferente al 55,1%. Ver como algo malo o que produce asco tiene el 8,1 y el 6% respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres. Al parecer existe mayor tolerancia con las mujeres lesbianas que con los hombres gay.

Tabla 3 Distribución de 332 adolescentes de las unidades educativas particulares de la ciudad de Azogues. Año: 2017 según: Percepción del trato con desprecio de los adolescentes hacia personas con diversidad sexual.

		Incorrecto		Correcto		Depende del caso		P
		n	%	n	%	n	%	
¿Crees que es correcto tratar con desprecio a personas a las que les gustan las personas de su mismo sexo?	H	157	86,7	13	7,2	11	6,1	0,086
	M	142	94,0	5	3,3	4	2,6	
	T	299	90,1	18	5,4	15	4,5	

Fuente: Encuesta
 Autor: Holger Rivera M.

En cuanto a tratar con desprecio a los homosexuales, se advierte que existen un 90,1% de quienes afirman que no se debe hacer eso, sin embargo, el 5,4% manifiesta que es correcto, en su mayoría son varones los que lo afirman y un 4,5% señala que se debe hacer dependiendo del caso. Aunque existen indicios de que más hombres aceptan el trato con desprecio hacia los homosexuales, no es evidencia suficiente para obtener un p valor significativo, por lo que se declara que hombres y mujeres tienen igual percepción.

Tabla 4 Distribución de 332 adolescentes de las unidades educativas particulares de la ciudad de Azogues. Año: 2017 según: Actitudes de los adolescentes frente a una confesión relativa a la homosexualidad del docente

		Me burlaría de él		Gays y otros no deben enseñar		Avisaría a mi familia		Importa sea buen profesor		Gustaría por el aporte		P
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
		Profesor confiesa ser homosexual	H	11	6,1	8	4,4	9	5,0	152	84,0	
M	0			4	2,6	3	2,0	143	94,7	1	0,7	
T	11		3,3	12	3,6	12	3,6	295	88,9	2	0,6	

Fuente: Encuesta

Autor: Holger Rivera M.

Existe un considerable número de estudiantes (6,1%) del sexo masculino que señala que se burlaría del profesor en caso de que este último confesase ser homosexual. Desde luego la mayoría señala que lo que realmente importante es que sea un buen profesor y no su orientación sexual, al respecto el 84% de los varones estuvo de acuerdo con ello y el 94,7% de mujeres dijo lo mismo. Cabe indicar que estas diferencias son significativas entre varones y mujeres pues el p valor es inferior a 0,05.

Tabla 5 Distribución de 332 adolescentes de las unidades educativas particulares de la ciudad de Azogues. Año: 2017 según: Percepción del trato de familias, colegio y sociedad a personas gays, lesbianas bisexuales, transexuales e intersexuales

		Más injustos que los heterosexuales		Como todos los demás		De forma más favorable		P
		N	%	n	%	n	%	
		¿Cómo crees que los tratan en la mayoría de familias?	H	106	58,6	63	34,8	
M	108		72,5	38	25,5	3	2,0	
T	214		64,8	101	30,6	15	4,5	
¿Cómo crees que se trata en el colegio a gays y otros?	H	122	67,4	54	29,8	5	2,8	0,028*
	M	118	78,7	26	17,3	6	4,0	
	T	240	72,5	80	24,2	11	3,3	
¿Cómo crees que se trata en la sociedad en general a gays y otros?	H	128	70,7	43	23,8	10	5,5	0,005*
	M	129	85,4	19	12,6	3	2,0	
	T	257	77,4	62	18,7	13	3,9	

Fuente: Encuesta

Autor: Holger Rivera M.

La percepción que tienen los estudiantes del trato que ofrece la familia, el colegio y la sociedad a los gays, lesbianas, bisexuales, transexuales e intersexuales es mayormente de injusticia comparados con los heterosexuales, en el colegio y la sociedad a nivel general parece que el trato hacia ellos es más injusto pues responde a los porcentajes de 72,5 y 77,4 % respectivamente, sin embargo, en el hogar parece haber un trato menos injusto (64,8%).

Con respecto a las diferencias según el sexo, se encontró que las mujeres señalan que en la familia el trato es más injusto, así lo reveló el 72,5% a diferencia de los hombres que manifestó que este tipo de trato es de 58,6%. Se trata de una diferencia significativa pues el valor es inferior a 0,05. Existe una dinámica parecida respecto al trato en el colegio y la sociedad, en ellos son las mujeres quienes sostienen que el trato es más injusto, 78,7 y 85,4%, respectivamente, a diferencia de los varones que lo creen así en un 67,4 y el 70,7% respectivamente. Tanto en el colegio como en la sociedad los varones difieren de las mujeres significativamente pues el p valor es inferior a 0,05.

Tabla 6 Distribución de 332 adolescentes de las unidades educativas particulares de la ciudad de Azogues. Año: 2017 según: Reacción ante la confesión de un compañero con diversidad sexual

		a.Cambiarse de sitio		b.Poco cómodo		c. Sería igual		d. Mayor confianza		e. Acercarse		Actitudes negativas (combinación de a y b)		Actitudes positivas (combinación de c, d y e)		P
		N	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	
Gay	H	30	17	50	28	22	12	8	4	0	0	24	13	35	19	0,000*
	M	7	5	14	9	27	18	15	10	2	1	16	11	54	36	
	T	37	11	64	19	49	15	23	7	2	1	40	12	89	27	
Lesbiana	H	10	6	19	10	34	19	14	8	3	2	10	6	54	30	0,001*
	M	10	7	41	27	19	13	11	7	0	0	19	13	36	24	
	T	20	6	60	18	53	16	25	8	3	1	29	9	90	27	
Bisexual	H	14	8	31	17	24	13	2	1	3	2	13	7	20	11	0,141
	M	6	4	23	15	23	15	9	6	3	2	14	9	26	17	
	T	20	6	54	16	47	14	11	3	6	2	27	8	46	14	
Transsexual	H	25	14	30	17	16	9	3	2	2	1	9	5	12	7	0,000*
	M	4	3	23	15	19	13	8	5	0	0	7	5	26	17	
	T	29	9	53	16	35	11	11	3	2	1	16	5	38	11	
Interssexual	H	23	13	27	15	15	8	3	2	0	0	9	5	9	5	0,008*
	M	7	5	21	14	20	13	8	5	1	1	12	8	19	13	
	T	30	9	48	14	35	11	11	3	1	0	21	6	28	8	

Fuente: Encuesta.

Autor: Holger Rivera M.

En respuesta a la pregunta de lo que haría el estudiante en caso de ser revelada la identidad homosexual del compañero de al lado, los hombres y mujeres tuvieron diversas actitudes. En lo que respecta a los gays se advierte que de hecho existen actitudes más positivas que negativas, los estudiantes eligieron varias respuestas como: sería igual (15%), mayor confianza (7%) y se acercaría a esa persona (1%), aparte que en conjunto o combinación consiguen un porcentaje del 27% para esta combinación de respuestas, por tanto se tendría una actitud favorable de al menos el 50%. La actitud negativa es del 12% en combinación de cambiarse de sitio y sentirse algo incómodos, sin embargo, de forma aislada, el 17% de varones se cambiarían de puesto y el 28% se sentiría algo incómodo a diferencia de las mujeres cuyos porcentajes son del 5 y del 9% respectivamente. Se trata por lo tanto de una diferencia significativa pues el p valor es inferior a 0,05.

Por su parte, en la actitud hacia las mujeres lesbianas, se destaca un conjunto de actitudes positivas del 27% de varones y mujeres, sin embargo, en actitudes aisladas, las mujeres señalan que se sentirían algo incómodas en un 27%, cuestión que no ocurre en los varones con tanta frecuencia, pues ellos únicamente tendrían un 10% de incomodidad. Se trata nuevamente de una diferencia significativa entre hombres y mujeres. Advirtiendo en este caso una mayor aceptación a las lesbianas por parte de los hombres que de las mujeres.

Confesarse como bisexual ante un compañero de clase muestra menor interés en la cantidad de respuestas, únicamente el 14% dice que tomaría una actitud positiva en combinación y el 8% una actitud negativa. No se registran diferencias significativas entre hombres y mujeres pues el p valor es superior a 0,05. Con respecto a los transexuales la prevalencia de respuestas es más baja que las anteriores, evidenciándose un porcentaje del 16% para hombres y mujeres en el hecho de sentirse un poco incómodos. Difieren, no obstante, en las actitudes positivas en combinación la cual es del 17% en las mujeres y del 7% en los hombres, una diferencia significativa a juzgar por el p valor. Ello implica nuevamente una mayor aceptación de las mujeres que de los varones. Finalmente, con respecto a los intersexuales, la incomodidad es el valor de mayor prevalencia, esta llega al 14%. Difieren, sin embargo, en que se cambiarían de lugar los hombres en un 13% mientras que las mujeres sólo son del 5%. Diferencia considerada significativa pues el p valor es inferior a 0,05. Mayor tolerancia por lo tanto se advierte en las mujeres que en los varones. Discusión: La sociedad es diversa y está enriquecida por múltiples diferencias, entre las que se encuentran la sexual. Sin embargo tal y como expresan autores como (Sánchez, 2009); (Garchitorena, 2009) existe aún una falta de coherencia entre la teórica inclusión de la diversidad afectivo-sexual y la realidad que muestra otra cosa. No obstante, estudios como el de (Garchitorena, 2009) muestra cómo sigue habiendo una discriminación y en algunos casos violencia, más o menos explícita, por razón de orientación sexual e identidad de género. La homofobia es definida como actitudes o predisposiciones negativas hacia homosexuales, bisexuales y transexuales e intersexuales y como todas las actitudes, tienen un marcado componente social. Los adolescentes pueden recibir mensajes hostiles o distorsionados desde diferentes ámbitos: familia, compañeras/os o amistades y medios de comunicación.

En cuanto al grado de homofobia es importante señalar que, en Azogues, particularmente son los hombres quienes tienen más arraigada esta actitud. De hecho, existen diferencias significativas en muchos aspectos que dan cuenta que ellos se tornan más violentos que ellas frente a los homosexuales. Mofarse, amenazar, golpear o dar una paliza es mucho más característico en ellos, lo que se evidencia en un 52,5% que revela no solo haber escuchado sino también haber realizado dicho o hecho insultos. En tanto que, las mujeres tienen un porcentaje más característico de haber escuchado o presenciado, el cual asciende al 66,2%. En este sentido, en un estudio realizado en España por (Pichardo. et al., 2009) se indica que el 83,2% de los adolescentes encuestados han escuchado insultos a otros, y el 32,3% los ha recibido personalmente, lo que corrobora a lo

encontrado en la ciudad de Azogues. De la misma manera, en la ciudad de Cuenca, en un estudio realizado por (Pinos & Pinos, 2011) se encontró que el 82,8% de los adolescentes indicaron haber escuchado insultos relacionados a la orientación sexual, lo que indica la elevada frecuencia con la que se utilizan; 46,5% indicaron haber empleado insultos y 32,3% haberlos recibido, señal clara de que en nuestro medio este tipo de conducta está muy difundida. En Chile, suele ser frecuente que a LGBTI se les califique con insultos, junto con agresiones físicas y humillaciones (González, Martínez, & Leyton, 2004).

En cuanto a la expresión de sentimientos de personas con orientación sexual distinta a la heterosexual, en Azogues se encontró que son los varones quienes manifestaron sentir más asco (homofobia afectiva), les parece mal y muestran actitudes menos benévolas con respecto a que una pareja de este género muestre su afecto en público (homofobia cognitiva). Al respecto, (Villanova & Fernández, 1997), señalan que la homofobia externalizada es justamente aquella que rechaza la expresión del afecto de los gays y lesbianas en público, En tal sentido la homofobia tiene un comportamiento más sutil pero igualmente dañino como señalan (Masters, Johnson, & Kolodny, 1987). Es decir esta actitud es mucho más característica de los adolescentes jóvenes varones que de las mujeres. Sin embargo, ello no quiere decir que las mujeres no sean homofóbicas, lo son aunque no en la misma medida (Salamanca, 2007).

Los hallazgos del presente trabajo ratifican lo encontrado por (Pinos & Pinos, 2011), quienes encontraron que los adolescentes cuencanos tienen una elevada frecuencia de actitudes homofóbicas, lo que ocurre particularmente con los varones hacia los gays y las mujeres hacia las lesbianas. Así también, guardan relación con lo detectado en estudios anteriores (Molinuevo & Martín, 2005) donde se observa que las adolescentes mujeres parecen tener menores grados de homofobia que los adolescentes varones. Otro estudio que se alinea a esta tendencia es el realizado en Estados Unidos, en el cual un 55% de ciudadanos norteamericanos consideró que una relación afectiva entre personas del mismo sexo es incorrecta, y un 12% consideró que son parcialmente incorrectas, mostrando el elevado nivel de rechazo que las conductas homosexuales provocan en la comunidad (Shibley & DeLamater, 2006).

Finalmente, los resultados de esta investigación se ven respaldados con lo encontrado por (Pichardo et al., 2009) en el cual, efectivamente, las mujeres son porcentualmente mucho menos homofobas que los varones, tanto al pensar en dos mujeres lesbianas como en dos varones gays. Así mismo, otras investigaciones internacionales en las cuales se han encontrado iguales resultados como en el caso de adolescentes españoles (Villanova & Fernández, 1997) respaldan el presente trabajo, así como en adultos chilenos, puertorriqueños, colombianos y venezolanos (Cárdenas & Barrientos, 2008); (Toro & Varas, 2004); (Acuña & Vargas, 2006); (Campo, Rodríguez, & Trías, 2008) donde se encontró que el hombre muestra tendencias homofóbicas dominantes, en tanto que la mujer es más tolerante con esta población. Lo dicho se sustenta con lo planteado por la (CIDH/OEA, 2015): muchas

manifestaciones de esta violencia están basadas en el deseo del perpetrador de “castigar” dichas identidades, expresiones, comportamientos o cuerpos que difieren de las normas y roles de género tradicionales, o que son contrarias al sistema binario hombre/mujer. Esta violencia se dirige, entre otros, a las demostraciones públicas de afecto entre personas del mismo sexo y a las expresiones de “feminidad” percibidas en hombres o “masculinidad” en mujeres.

En lo referente a la reacción de los adolescentes ante la confesión de un compañero homosexual, en el presente estudio se encontró que un porcentaje del 12% mostrarían una actitud negativa, el 17% de varones se cambiarían de puesto y el 28% se sentirían algo incómodos a diferencia de las mujeres cuyos porcentajes son del 5 y 9% respectivamente. Estos resultados se ven reforzados por los hallazgos en el estudio de (Pichardo. et al., 2009) en el cual un porcentaje importante del alumnado (36,9%) intentaría cambiarse de sitio y/o sentiría incomodidad (homofobia conductual y afectiva) ante un compañero que fuese gay y a un porcentaje similar (37,9%) le ocurriría lo mismo ante un compañero/a que fuese transexual. En el estudio de (Pinos & Pinos, 2011) se observaron resultados parecidos que indicaron en su mayoría, que aunque se sentirían incómodos no harían nada y un porcentaje importante registró que tratarían de cambiarse de lugar si su compañero(a) fuera: gay (21,6%), lesbiana (18,1%), bisexual (21,7%), ésta es una actitud de homofobia conductual. Al realizar la comparación por sexo, son las mujeres las que se presentan más abiertas a esta minoría.

En relación a la actitud esperada en caso de que el adolescente fuese o pensasen que es gay, lesbiana, bisexual, transexual e intersexual, se observa un 20% que desconoce cómo reaccionaría la familia; sin embargo en actitudes negativas como recibir una paliza, rechazarlos o intentar que cambien, el porcentaje es del 49%, únicamente el 7% manifiesta que recibiría apoyo. En el estudio de (Pichardo. et al., 2009) se encontró que sólo la mitad de los adolescentes están seguros de que su familia les apoyaría en caso de que fueran LGTBI. Así mismo, en otras investigaciones se observa como entre los padres y madres se pueden encontrar diferentes reacciones al enterarse de la orientación sexual del hijo/a, que van desde el apoyo incondicional hasta la presentación de conflictos dentro de la familia (Antezana, 2007); (Bertone & Franchi, 2008); (González , Martínez, & Leyton, 2004). Con respecto a las amistades se encontró que el 23% los rechaza, mientras que el 32% recibiría actitudes negativas como golpes o intentarían que cambie.

En cuanto al profesorado se encontró que 22% los ignoraría y en ese mismo porcentaje desconocen cómo reaccionarían, las actitudes negativas esperadas son del 20%. Finalmente, con respecto a los compañeros, se espera que 33% los rechace y el 19% tenga actitudes negativas como darles una paliza o pretender cambiarlos. No se registran diferencias significativas entre hombres y mujeres. No obstante, el estudio realizado en España muestra un 25,1% en el caso del profesorado que tendría una actitud favorable y un 8,4% en el caso de los compañeros y compañeras del centro de estudios. Existe un temor a la reacción de este último colectivo ya que el 41,7% piensa que sufriría rechazo si declaran ser homosexuales, bisexuales o transexuales y, lo que es aún peor, un 13,4% teme que incluso

podría recibir agresiones, probablemente porque han percibido previamente ese ambiente de violencia contra las personas LGBT en el instituto.

La reacción de un estudiante ante la confesión de uno de sus compañeros que su padre o madre es homosexual, muestra una reacción mayoritaria correspondiente a que los estudiantes agradecerían que tuviese la confianza para decírselo y le apoyarían, esta es la percepción del 62,7%. El 53,3% manifiesta que no cambiaría su relación con esa persona. Existe un 19,6% de los estudiantes que señala seguir teniendo la misma amistad con esta persona a condición que no se lo diga a nadie más. Es importante señalar que existen dos diferencias significativas en las respuestas encontradas. La primera corresponde a que agradecería que tuviese la confianza, misma que en las mujeres es mucho más alto pues ellas eligen esta opción en un 73,5%, mientras que en los varones únicamente es del 53,6%. Otra diferencia es que las mujeres continuarían con la misma amistad a condición que se no revele a nadie más este particular en un 10,6%, mientras que, en los varones es del 27,1%, ello significa que las mujeres son más tolerantes y que los varones ponen más condiciones para su tolerancia. Estos resultados se ven respaldados por los recogidos en la investigación de (Pinos & Pinos, 2011) en el cual se ratifica que si un amigo les cuenta que su padre o madre es homosexual lo apoyarían y se mantendría su amistad en un (35,4%), el (38,2%) dijeron que agradecerían su confianza y le ofrecerían apoyo, sin embargo, el (21,2%) revelaron que nada cambiaría pero que recomendarían se lo mantenga en secreto.

Conclusiones

En los adolescentes se destacan las actitudes de homofobia liberal, tanto hacia la relación entre hombres como entre mujeres, pues este tipo de relaciones es aceptado, siempre que no se hagan públicas y se lleven a efecto en espacios cerrados. En este sentido es importante señalar que en Azogues particularmente son los hombres quienes tienen más arraigada la homofobia. De hecho, existen diferencias significativas en muchos aspectos que dan cuenta que ellos se tornan más violentos que ellas frente a las personas homosexuales. Mofarse, amenazar, golpear o dar una paliza es mucho más característico en ellos. Se encontró que los varones tienen tendencias homofóbicas más dominantes que las mujeres pues son los adolescentes varones quienes tienen más asco, les parece mal y muestran actitudes menos benévolas con respecto a que una pareja de este género muestre su afecto en público.

Se destaca como dato especialmente relevante que ha surgido de esta investigación el hecho que los comportamientos excluyentes de la homosexualidad son más comunes en los varones que en las mujeres respecto a insultos, en ellos, existe un 52,5% que revelan no sólo haber escuchado o presenciado sino también haber realizado, dicho o hecho insultos como maricón, meco, tortillera, entre otros. En contraparte, las mujeres tienen un porcentaje más característico de haber escuchado

o presenciado, el cual asciende al 66,2%. En lo que se refiere a insultos existe una participación más generadora de vituperios en los adolescentes varones que en las mujeres.

En el presente estudio queda demostrado nuevamente que las mujeres presentan en general, mayor tolerancia y respeto hacia la diversidad sexual y esa diferencia de género es uno de los referentes positivos sobre los que se puede trabajar dentro de las instituciones educativas en general y en especial con las unidades educativas particulares de la ciudad de Azogues.

Respecto a la actitud que debería esperarse en caso que los estudiantes se confesasen como gays, lesbianas, bisexuales, transexuales e intersexuales, si bien no existe una idea de cómo reaccionarían en la familia ante tal noticia; no obstante sostienen que serían actitudes negativas como recibir una paliza, rechazarlos e intentar que cambien las que recibirían de sus familiares. Con respecto a las amistades, lo que esperarían es que los rechacen, recibirían actitudes negativas como golpes o intentarían que cambie. En cuanto al profesorado, se encontró que lo que sucedería es que los ignorarían. Finalmente, con respecto a los compañeros, lo que se espera es que los rechacen y que tengan actitudes negativas como darles una paliza o pretender cambiarlos.

Bibliografía

- Acuña, A., & Vargas, R. (2006). Diferencias en los prejuicios frente a la homosexualidad masculina en tres rangos de edad en una muestra de hombres y mujeres heterosexuales. *Psicología desde el Caribe*.
- Antezana, M. (2007). Homosexualidad, familia y apoyo social. *Gac. Med. Bol.*, 30(6).
- Ardila, R. (2002). *Homosexualidad y Psicología*. Bogotá.
- Bertone, C., & Franchi, M. (2008). Las experiencias familiares de jóvenes lesbianas y gays en Italia. *Actas de conferencias: Family matters - Prevenir la violencia homofóbica contra las personas jóvenes gays y lesbianas a través del apoyo de sus familias*. Florencia, Italia, 6-36.
- Borrillo, D. (2001). *Homofobia*. Barcelona: Bellaterra.
- Campo, K., Rodríguez, M., & Trías, L. (2008). Actitudes de los estudiantes universitarios hacia la homosexualidad. *Psicología de la universidad central de Venezuela*.
- Cárdenas, M., & Barrientos, J. (2008). Actitudes explícitas e implícitas hacia los hombres homosexuales en una muestra de estudiantes universitarios en Chile. *Psykhe: Pontificia Universidad Católica de Chile*, 17 (2), 17-25.
- Cárdenas, M., & Barrientos, J. (2008). Actitudes explícitas e implícitas hacia los hombres homosexuales en una muestra de estudiantes universitarios en Chile. *Pontificia Universidad Católica de Chile . Psykhe*.
- Chávez, A., & Ganem, M. (s.f.). Actitudes de estudiantes universitario de derecho y psicología hacia la homosexualidad. *Universidad Iberoamericana*.

- Chávez, A., & Ganem, M. (s.f.). Actitudes de estudiantes universitarios de derecho y psicología hacia la homosexualidad. Universidad Iberoamericana, 1-21.
- CIDH/OEA. (2015). Comisión Internacional de derechos Humanos/ Organización de los estados Americanos. Violencia contra las personas LGTBI.
- Crooks, R., & Baur, K. (2009). Nuestra Sexualidad. México D.F.
- Escobar, J. (2007). Diversidad sexual y exclusión. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189217250004.pdf>
- Garchitorea, M. (2009). Investigación Jóvenes LGTB. FELGTB. Obtenido de <http://www.cogam.es/resourceserver/3033/d112d6ad-54ec-438b-93584483f9e98868/5ff/rclang/es-ES/filename/cogam-informe-2009-dejovenes-lgtb.pdf>
- González, E., Martínez, V., & Leyton, C. (2004). orientación sexual: un desafío actual para la atención de adolescentes. . *Sogía*, 11(3), 69-78.
- Halstead, J., & Reiss, M. (2006). Values in sex education: from principles to practice. . Londres.
- Herek, G. (1994). Assessing heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men. A review of empirical research with the ATLG Scale . Thousand Oaks, CA.
- Hernandez, R. (2008). Paradigmas de la diversidad sexual. Obtenido de www.revistas.unam.mx/index.php/ents/article/download/19517/18509
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación (Quinta ed.). México D.F.: McGraw Hill.
- Hooker, E. (1965). An empirical study of some relations between sexual patterns and gender identity in male homosexuals. In J. Money (cur.), *Sex research: new development*, Holt, Rinehart & Winston. pp. 24-52. New York.
- INADI. (2013). Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo. Buenos Aires.
- Jácome, S. (2014). Percepciones de los adolescentes sobre diversidades sexuales: estudio realizado en el colegio menor. Universidad central de Quito.
- Katchadourian, H. (2005). La sexualidad humana: un estudio comparativo de su evolución . México D.F.
- Kats, J. (1995). The invention of heterosexuality. USA: Dutton.
- Kimmel, D., & Weiner, I. (1998). La adolescencia: una transición del desarrollo . Barcelona: Ariel.
- Kite, M., & Whitley, B. (1996). Sex differences in attitudes toward homosexual persons, behaviors, and civil rights: A Meta-Analysis. *Personality and Psychology Bulletin*, 22(4), 336-353.
- López, S., Castillo, J., & Jerves, M. (2014). Desarrollo del Adolescente. *Virusos*.
- Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1987). La sexualidad humana 1. Barcelona.
- McCary. et al. (2002). Sexualidad Humana. México D.F.: McCary.
- Mercado, J. (2009). Intolerancia a la diversidad sexual y crímenes por homofobia: Un análisis sociológico.

- Mogrovejo, N. (2008). Diversidad sexual, un concepto problemático. Obtenido de <http://revistas.unam.mx/index.php/ents/article/viewFile/19577/18571>
- Molinuevo, B., & Martín, D. (2005). "¿Cuál es el grado de aceptación de la diversidad sexual en nuestras escuelas?" en *generelo*, Jesús y Pichardo, José Ignacio (Coord) Homofobia en el sistema educativo. Madrid: Cogam.
- Nuñez, G. (2011). ¿Qué es la diversidad sexual?: reflexiones desde la academia y el movimiento ciudadano. Quito: Abya-Yala.
- OMS. (2006). Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, L. (2005). Influencia de la opresión internalizada sobre la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales en la ciudad de México. *Salud mental*.
- Pichardo. et al. (2009). Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria). Obtenido de <http://www.felgtb.org/rs/467/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/c11/filename/adolescentes-ante-la-diversidad-s>
- Pinos, V., & Pinos, G. (2011). Actitudes de los adolescentes escolarizados de Cuenca hacia la diversidad sexual. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Veronica_Pinos-Velez/publication/303809944_Actitudes_de_los_adolescentes_escolarizados_de_Cuenca_hacia_la_diversidad_sexu
- Quiles. et al. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema* .
- Rial, R. (2003). Ni mujer ni hombre. En Rial, R., Cory, C. Nicolau (Eds). *Sexosofía: Eva y Adán las razones de la diferencia*. Barcelona.
- Romero, L. (1998). *Elementos de Sexualidad y Educación Sexual*. Barranquilla: Centro de Asesoría y Consultoría.
- Sakalli, N. (2002). Application of the attribution - value model of prejudice to homosexuality. *Journal of Social Psychology*.
- Salamanca, U. (2007). *Diccionario Médico-Biológico*.
- Sánchez, M. (2009). *Cómo educar en la diversidad afectivo-sexual en los centros escolares. Orientaciones prácticas para la ESO*. Madrid.: Catarata.
- Santoro, P., Concha, G., & Conde , F. (2009). El respeto a la diversidad sexual entre jóvenes y adolescentes en el ámbito educativo. Una aproximación cualitativa. Obtenido de http://gestionpolicialdiversidad.org/PDFdocumentos/el_respeto_a_la_diversidad_sexual.pdf
- Santrock, J. (2004). *Adolescencia: Psicología del desarrollo* . Madrid: MacGrawHill.
- Savin, R., & Dubé, E. (1998). Parental reactions and experiences to their child's disclosure of a gay/lesbian identity. *Familia Relations*.
- Savin, W., & Ritch, C. (2009). *La nueva adolescencia homosexual*. Madrid: Morata.
- Sevilla, M. (2007). *El discurso homofóbico como expresión de la discriminación sexual*. México D.F.
- Shibley, J., & DeLamater, J. (2006). *Sexualidad Humana*. México D.F.: McGrawHill.

- Shibley, J., & DeLamater, J. (2006). *Sexualidad Humana*. México D.F.
- Snively, et al. (2004). Understanding homophobia: Preparing for practice realities in urban and rural settings. *Journal of Gay and Lesbian Social Services*.
- Toro, J. (2012). El estado actual de la investigación sobre la discriminación sexual. Obtenido de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n2/art07.pdf>
- Toro, J., & Varas, N. (2004). Los otros: prejuicio y distancia social hacia los hombres gays y lesbianas en una muestra de estudiantes universitarios: Universidad de Puerto Rico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Villanova, F., & Fernández, L. (1997). Investigación sobre las actitudes hacia la homosexualidad en la población adolescente escolarizada de la comunidad de Madrid. COGAM.
- Viñuales, O. (2002). *Lesbofobia*. Barcelona: Bellaterra.
- Whitley, B. (1987). The relationship to orientation to heterosexuals' attitudes toward homosexuals. *Sex Roles*.



CAPÍTULO III

SALUD MENTAL

La personalidad, un factor de riesgo en la depresión adolescente

Dra. Cesibel Ochoa Pineda

cochoa@uazuay.edu.ec

Universidad del Azuay, Facultad Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Cobos Cali, Martha

Universidad del Azuay, Facultad Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

mcobos@uazuay.edu.ec

Freire, Manuel

Universidad del Azuay, Facultad Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

mafreire@uazuay.edu.ec

Resumen

El objetivo de este trabajo fue identificar los rasgos de personalidad en adolescentes con depresión grave a través de un estudio descriptivo transversal y un análisis de correlación tipo ANOVA. El diagnóstico se realizó en 612 participantes, de 15 a 19 años usando la escala de Casullo. Se utilizó el test de Eysenk para evaluar personalidad y el Test Plutchik para identificar el riesgo suicida asociado. Los resultados indican que el 23% posee niveles graves de depresión; el 49%, moderados; y el 26%, leves. Al analizar el nivel de depresión con la personalidad, se obtuvo en la depresión grave una relación significativa con introversión ($p < 0,000$), alto neuroticismo, ($p < 0,000$) alto psicoticismo ($p < 0,000$) y baja deseabilidad social ($p < 0,023$). Finalmente, el 50% de los adolescentes con depresión grave posee alto riesgo suicida. Con estos resultados se espera dilucidar nuevos caminos para el tratamiento de esta patología.

Palabras clave: Adolescencia, depresión, rasgos de personalidad, riesgo suicida.

Abstract

The aim of this study was to identify personality traits in adolescents with severe depression through a cross-sectional descriptive study and an ANOVA type correlation analysis. The diagnosis was made in 612 participants aged 15 to 19 by using the Casullo scale. The Eysenk test was used to assess personality, and the Plutchik Test to identify associated suicidal risk. The results indicate that 23% have severe levels of depression; 49%, moderate; and 26%, mild. By analyzing the level of depression with the personality, the results showed that in severe depression there was a significant relationship with introversion ($p < 0,000$); high neuroticism ($p < 0,000$) high psychoticism ($p < 0,000$) and low social desirability ($p < 0,023$). Finally, 50% of adolescents with severe depression have a high suicide risk. These results are expected to elucidate new ways to treat this condition.

Keywords: Adolescence, depression, personality traits, suicidal risk.

Introducción

Es importante conocer que la adolescencia es un periodo que se ha relacionado con crisis, turbulencia y anormalidad; sin embargo, es un paso, una transición que no necesariamente implica una profunda problemática, como ya lo había propuesto Margaret Mead (1990), contrario al criterio de Stanley Hall que la definió como *Sturm und Drang* (tormenta e impulso) en 1904. Identificar el rol que juegan los rasgos de personalidad es de vital importancia, porque de ellos depende el afrontamiento asertivo o no de las situaciones estresantes que se presenten. El énfasis en estos temas permite tener una visión a futuro de cómo podemos ser agentes de prevención, tanto de la depresión como del riesgo suicida que puedan subyacer, dado que, en ambos casos, los rasgos de personalidad difieren de modo importante.

Es así que varios estudios en Ecuador han investigado la prevalencia de este fenómeno. Para Cobos (2008) el 17.1% de los estudiantes presentan niveles graves de depresión en Cuenca; en Biblián el 11% de los adolescentes de noveno año de educación básica tienen depresión grave (Vijay, 2013). Concomitante a ellos, Larriva (2009) identificó que el 24.8% de adolescentes de los colegios urbanos de Cuenca posee ideación suicida. No obstante, aún persisten problemas en su diagnóstico. De acuerdo con la primera Cumbre Global en Salud Mental celebrada en Atenas en el 2009 se proyectó a este problema como la enfermedad más común en los seres humanos para el 2030, superando al cáncer y las patologías cardiovasculares (BBC, 2009). En la población adolescente se está convirtiendo en una de las principales causas de muerte tanto del Ecuador como del mundo (Weisz, Mc Carty y Valery, 2006).

Los adolescentes que presentan marcadas crisis de la identidad, desajustes en sus relaciones sociales, inestabilidad emocional, baja cohesión familiar, entre otros, presentan mayor insatisfacción vital que aquellos que han percibido una relación satisfactoria con su familia y la sociedad (Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez, 2009; Balanza y cols., 2009; en de la Villa y Ruiz, 2011). En efecto, este periodo se considera primordial, porque algunas experiencias pueden resultar sensibles e influir en su desarrollo: asumir retos, compromisos y roles que propendan a la consolidación de su identidad y desarrollo del pensamiento (Sánchez, 2012; Piaget, 1999). De acuerdo con lo expuesto, las experiencias vividas en esta época tendrán efectos duraderos, pero no irreversibles en el desarrollo (Oliva, 2004; Galindo y cols., 2013) por la influencia de los rasgos de personalidad. En su estudio de la personalidad, Millon desarrolló el concepto de Sistema Multiaxial y definió a los rasgos de personalidad como patrones duraderos de conducta que son expresados de modo consistente a lo largo del tiempo (Millon, 1998).

La predicción de la personalidad de modo coherente es importante; esta afirmación se fundamenta en el constructivismo, que permite visualizar su estudio desde una perspectiva relativa, evitando leyes absolutas (Millon, 1998; Balarezo, 2010). El modelo integrativo focalizado en la personalidad,

desarrollado en el Ecuador, coincide con la teoría de Eysenk cuando postula que la personalidad es una “organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento e intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente” (1970, p.2).

El falso establecimiento de un guion personal, independiente del de los padres, procuraría una falsa percepción de la estabilidad misma, en tanto que el individuo no logra reconocerse como un ser autónomo, situación que, en suma, procura un contexto poco productivo. Si a ello sumamos las conceptualizaciones de audiencia imaginaria y fábula personal de la teoría de Elkind (1979) podríamos comprender mejor por qué los adolescentes toman decisiones arriesgadas o reaccionan ante críticas imaginarias que entorpecen su desarrollo y cómo estos elementos intervienen en los trastornos del estado de ánimo (en Santrok, 2006). Es así que “aproximadamente 4 millones de adolescentes intentan suicidarse (...) cada año; de ellos, al menos 100.000 lo consiguen. Las mujeres intentan el suicidio tres veces más que los hombres, pero el triple de hombres que de mujeres lo consuman. En los Estados Unidos, uno de cada 10 niños y adolescentes sufre enfermedades mentales lo suficientemente graves como para causarle algún tipo de incapacidad. Menos del 20% reciben tratamiento” (Unicef, 2002, pág. 35).

Se trata, entonces, de una realidad que debe ser claramente visualizada. En el Ecuador, el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de entre 12 y 17 años; según estadísticas del INEC entre 1997 y 2009 más de 1400 adolescentes se quitaron la vida, (Observatorio de la Niñez y de la Adolescencia, 2010). Sin embargo, en las provincias cuya población mayoritaria es indígena actualmente ocupan el primer lugar como causa de fallecimiento (Unicef, 2002; Unicef, 2011).

En los últimos años hubo más de 62 suicidios en Chunchi, Ecuador, todos eran adolescentes de 11 a 24 años y la gran mayoría no vivía con sus padres a causa de la migración; de ellos el 40% se ahorcó y el 60% falleció por envenenamiento. Algunos de ellos ven al suicidio como un acto heroico (Medina, 2012). En Cotopaxi, en el 2012 esta tendencia se ha visto incrementada en un 46.66% respecto del 2011. En los referidos años se han verificado 39 suicidios adolescentes (Osorio, 2013). En el 2013 se han reportado 11 casos de enero a mayo, en Latacunga (Hidalgo, Perdomo, 2013). Adicionalmente, en Cuenca, según datos del hospital Vicente Corral Moscoso se atienden cada mes entre 20 y 25 intentos de suicidio de adolescentes y adultos jóvenes, en la Unidad de Salud Mental (El Mercurio, 2018).

Estas cifras, no obstante, no representan el verdadero número de víctimas; de ahí que es imprescindible tratar de este tema evitando los eufemismos y rodeos innecesarios. Más aún cuando en el caso de adolescentes que poseen actitudes favorables hacia el suicidio (Greydanus, Calles, 2017). Algunas investigaciones han concluido que ellos tienen más probabilidades de experimentar ideas y tentativas autolíticas; situación que crea un contexto de alto valor predictivo del comportamiento suicida (Ruiz, Navarro-Ruiz, Torrente y Rodríguez, 2005); por ello es importante identificar la

depresión subyacente en estos casos (Maalouf, Atwi y Brent, 2011). Estudios confirman que la incidencia de síntomas depresivos en la adolescencia alcanza entre el 1,8% y el 3%, porque los adolescentes esconden su sintomatología, por vergüenza o fuertes actitudes defensivas (Nardi y Pannelli, 1998; Nardi, 2004). La relevancia clínica, entonces, debería ser un factor prioritario en el caso de esta patología. Por otro lado, la tendencia de los jóvenes a no expresar sus problemas, y la de los médicos a centrar su atención en la queja contribuyen a que esta patología no se diagnostique con claridad (Walters & Sutton, 2010).

Algunas manifestaciones de los trastornos del humor se caracterizan por cambios erráticos de humor, llanto excesivo, rabia, desesperación; otros, como la inhibición, retiro social, incomunicación; conductas desafiantes, acercamiento exagerado hacia actividades peligrosas, consumo de alcohol y estupefacientes, trastornos psicósomáticos, etc. con frecuencia, evolucionan de manera oscilante y difícil de predecir (Beck, 2003; Ochoa, 2013). En este contexto, se ha identificado otros síntomas que podrían denotar la presencia de este trastorno en la adolescencia. Entre ellos, el temor a la muerte, ausentismo escolar, trastornos del sueño, ansiedad, irascibilidad, entre otras (Maalouf, y cols., 2011; Santrock, 2013). De acuerdo con lo expuesto, la presente investigación tiene el objetivo de determinar los niveles de depresión en un amplio grupo de adolescentes y verificar si existen diferencias en cuanto a las dimensiones de personalidad, que presenten los grupos diagnosticados con depresión leve y grave; adicionalmente, se verifica el existe riesgo suicida en el grupo de mayor vulnerabilidad.

Método

Diseño: El diseño de este estudio es de tipo descriptivo, transversal. Se utilizó ANOVA de una vía y la T de Pearson para determinar, a través de los niveles de significancia bilateral, las diferencias existentes entre los promedios de los rasgos de personalidad de los grupos estudiados.

Participantes: El universo de estudio estuvo conformado por 612 estudiantes de secundaria, 446 mujeres (73%) y 166 varones (27%), pertenecientes a un colegio urbano de la ciudad de Cuenca. La edad osciló entre 15 y 19 años. Todos cursaban los tres últimos años de educación media. Este grupo fue evaluado en su totalidad para determinar los niveles de depresión. Luego de una segmentación intencional en función de los grados de depresión se identificaron dos grupos: adolescentes con depresión leve (117 mujeres y 23 varones) y grave (104 mujeres y 67 varones). De ellos, participaron en la segunda y tercera fase 196 mujeres y 90 varones (n: 286).

Consideraciones éticas: Los padres de los estudiantes, que participaron en el estudio, fueron informados de los objetivos y alcances de la investigación; estuvieron de acuerdo con la colaboración de sus representados, pudiendo retirarse del mismo, si lo consideraban oportuno. Previa autorización de los directivos del colegio, se procedió a la evaluación de los estudiantes, dando a conocer su participación voluntaria y el acceso restringido a los diagnósticos por parte de terceros.

Instrumentos

Escala de Detección de la Depresión de Casullo y cols. (1991): Esta escala fue elaborada a partir de otras con objetivos comunes, entre ellas: la escala de depresión de Zung (1965), escala de depresión de Beck (1961), escala de depresión el MMPI (1960), escala de Raskin (1970) y la lista de síntomas de Gardner (1968). Casullo y cols. (1991) la validó para población adolescente. La herramienta posee buena correlación con la de Beck con un análisis factorial significativamente positivo (Cobos, 2008). Según su autora posee mayor sensibilidad para el diagnóstico de depresión en adolescentes; este resultado fue confirmado por Cobos (2008). El test permite aislar tres factores: síntomas depresivos, somáticos y afectos positivos. Para analizar esta prueba se sigue los siguientes parámetros: Menos de 1 día se califica con cero puntos; 1-2 días se califica con un punto; 3-4 días, dos; 5-7 días, tres puntos. Los ítems positivos se analizan a la inversa. Para determinar qué nivel de depresión posee la persona tenemos que tomar en cuenta las siguientes jerarquías: hasta 9 puntos, niveles bajos; de 10 a 25, moderados o medios; de 26 a 60, altos o graves. .

Cuestionario de Eysenck (EPQ-R, 2008): Se ha utilizado la adaptación de Ortet e Ibáñez, Ipola y Silva (2001). Esta prueba es aplicable a adolescentes cuya edad no sea inferior a 15 años. Según estudios realizados con este instrumento, las fiabilidades van de 0,71 a 0,86, y las correlaciones entre sus escalas no superan el 0,20. Este test resulta un instrumento válido y fiable porque su estructura factorial identifica a los cuatro factores del EPQ-R (Ibáñez, 1997). La versión castellana del EPQ-R consta de 83 preguntas: 19 ítems para la escala E y L; 23 para las escalas N y P, lo que constituyen su puntaje máximo. La herramienta incluye afirmaciones con alternativas de respuesta sí/no.

Escala de riesgo suicida de Plutchik y HM Van, Praga (1994): Esta escala tiene como objetivo identificar a pacientes suicidas y quienes no lo son. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 15 preguntas dicotómicas: sí, no. Las respuestas afirmativas se suman, cada una con un valor de 1. Si el sujeto ha puntuado más de 7 ítems afirmativos se interpreta con un alto riesgo suicida. La herramienta es considerada como una medida de riesgo y no como predictora de acciones futuras. En la validación española para un punto de corte de 6 la sensibilidad y especificidad era de 88%, para discriminar entre sujetos con y sin antecedentes autolíticos. La escala tiene un nivel de sensibilidad de 0.90., y 0.89 de fiabilidad test–retest, luego de 72 horas (Rubio y cols., 1998).

Procedimiento

Fase 1: Se identificó la prueba más idónea para diagnosticar depresión en adolescentes. Se escogió el Test de Casullo y cols. (1991) teniendo en cuenta su alta sensibilidad en esta población. Se realizó una aplicación por grupos hasta llegar a cubrir el universo del estudio.

Fase 2: Se realizó la identificación del riesgo suicida en los estudiantes con niveles de depresión grave a través de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Estos resultados, junto con los derivados de la Fase 1, se dieron a conocer a las autoridades de la institución.

Fase 3: Se evaluaron los rasgos de personalidad prevalentes en los estudiantes diagnosticados con depresión leve y grave, a través del EPQ-R. Luego, se efectuó el levantamiento de la base de datos y se realizó el análisis de los datos obtenidos. Finalmente, se elaboró un informe con los resultados obtenidos

Resultados

Niveles de depresión y relación con el sexo: La Tabla 1. resume los porcentajes de los diferentes niveles de depresión manifestados en hombres y mujeres y la frecuencia de los participantes. En el caso de la depresión grave y moderada los niveles son mayores en las mujeres respecto de los varones: 26% sobre 16%; y 50% sobre el 40%, respectivamente. Se identifica que los hombres tienen un mayor porcentaje de depresión leve (40%) respecto de las mujeres (23%).

Tabla 1. Distribución de los niveles de depresión

Nivel de Depresión	n	% global	n	% varones	n	% mujeres
D. Grave	143	23%	26	16%	117	26%
D. Moderada	298	49%	73	44%	225	50%
D. Leve	171	28%	67	40%	104	23%
Total	612	100%	166	100%	446	100%

Dimensiones de personalidad vs. Sexo: Se determina que existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de neuroticismo y su relación con el sexo de los adolescentes (mujeres $n=196$ $p<0,000$; hombres $n=90$ $p<0,000$). No hay diferencias significativas en las medias de extroversión, psicoticismo y deseabilidad social, dado que el nivel de significancia bilateral de la T de Pearson es mayor a 0,05 (ver Tabla 2).

Tabla 2. Relación entre las dimensiones de personalidad y sexo de los adolescentes

Dimensiones de personalidad	Sexo	n	Media	D.S.	Error tip. De la media	P
Extroversión	Mujeres	196	13,26	4,241	0,303	0,303
	Hombres	90	13,77	3,66	0,386	
Neuroticismo	Mujeres	196	12,02	5,757	0,411	0,000
	Hombres	90	8,64	5,237	0,552	
Psicoticismo	Mujeres	196	6,95	3,111	0,222	0,619
	Hombres	90	7,14	3,019	0,318	
Deseabilidad social	Mujeres	196	8,34	3,357	0,240	0,135
	Hombres	90	7,72	3,387	0,332	

Dimensiones de personalidad vs. Diagnóstico de depresión: Se identificó que los niveles leves (dl) y graves (dg) de depresión presentan diferencias altamente significativas con relación al neuroticismo (dl: $p < 0,000$; dg: $p < 0,000$), psicoticismo (dl: $p < 0,000$; dg: $p < 0,000$) y extroversión (dl: $p < 0,000$; dg: $p < 0,000$). En esta fase de la investigación se observó que:

- a. En la extroversión, neuroticismo y psicoticismo existen diferencias significativas entre los diagnósticos de depresión. Esto se aprecia en los valores de significación bilateral (0.000) de la T de Pearson (ver Tabla 3).
- b. En la deseabilidad social no se evidencian diferencias significativas con un nivel alpha de 0,05%.

Tabla 3. Relación entre dimensiones de personalidad y el diagnóstico de depresión

Dimensiones de personalidad	Diagnóstico de depresión	n	Media	D.S.	Error tip. De la media	p
Extroversión	Leve	154	14,27	3,377	0,272	0,000
	Grave	132	12,42	4,564	0,397	
Neuroticismo	Leve	154	7,39	4,041	0,326	0,000
	Grave	132	15,12	4,671	0,407	
Psicoticismo	Leve	154	6,18	2,833	0,228	0,000
	Grave	132	7,98	3,077	0,268	
Deseabilidad social	Leve	154	8,55	3,169	0,255	0,023
	Grave	132	7,67	3,397	0,296	

Dimensiones de personalidad vs. Riesgo suicida (rs): En todas las dimensiones de personalidad analizadas se aprecian diferencias significativas entre el riesgo y no riesgo suicida; con esto se evidencian manifestaciones de la personalidad distintas entre los adolescentes diagnosticados con depresión grave con y sin riesgo de suicidio. Esto se aprecia en la T de Pearson que tiene valores inferiores a un alfa de 0.05 (ver Tabla 4).

Tabla 4. Relación entre depresión grave y riesgo suicida

Dimensiones de personalidad	Riesgo suicida	n	Media	D.S.	Error tip. De la media	p
Extroversión	No riesgo	64	13,47	3,309	0,414	0,009
	Riesgo	64	11,38	5,394	0,674	
Neuroticismo	No riesgo	64	13,14	4,457	0,557	0,000
	Riesgo	64	17,22	3,848	0,481	
Psicoticismo	No riesgo	64	7,23	3,226	0,403	0,003
	Riesgo	64	8,86	2,759	0,345	
Deseabilidad social	No riesgo	64	8,56	3,518	0,440	0,002
	Riesgo	64	6,72	3,124	0,391	

Relación entre el riesgo suicida y sexo: De acuerdo con los resultados obtenidos, el 50% de los estudiantes presentan alto riesgo suicida. La Tabla 5 resume los descriptivos de este apartado concluyendo que existe independencia estadística entre el sexo y el riesgo suicida.

Tabla 5. Relación entre el riesgo suicida y sexo

Sexo	Riesgo suicida					
	No riesgo		riesgo		Total	
	n	%	N	%	n	%
Mujeres	50	78,1%	53	82,8%	103	80,50%
Hombres	14	21,90%	11	17,20%	25	19,50%
Total	64	100%	64	100%	128	100%

Discusión y conclusiones

El objeto de este estudio es la identificación de los niveles de depresión y la evaluación de las diferencias existentes en los rasgos de personalidad de los adolescentes con depresión leve y grave. Es imprescindible tener en cuenta un contexto abarcativo en el este fenómeno sea investigado a través de los elementos que predisponen a determinadas conductas, en este caso la estructuración de la

personalidad (Millon, 1994). De allí podemos deducir que el contexto social, familiar influye directamente en el comportamiento, errático o no, de los adolescentes. Luego del diagnóstico efectuado se obtuvo que el 22% posee depresión grave y el 46%, moderada, existiendo mayor tendencia en el caso de las mujeres. Con ello podemos afirmar, una vez más que la depresión gana terreno a grandes pasos; estos datos se apoyan en actuales estudios que manifiestan que esta se ha convertido en uno de los principales problemas de salud mental en adolescentes (Cosullo y Liporace, 2004; Cobos, 2008; Ochoa, 2013); y al ser un trastorno recurrente se estima que un 5% de la población adolescente algún momento la manifiesta y todavía existen falencias en su diagnóstico, lo que profundiza esta problemática y su abordaje oportuno (OMS, 2012).

De ese modo, se confirma que este trastorno no solo gana terreno, si no que a más de no ser diagnosticado aumenta la tasa de mortalidad en el mundo (Weisz, Mc Carty y Valery, 2006). En este sentido Oliva (2004) menciona que los estudios ofrecen limitaciones importantes, más que todo en la adolescencia porque en esta etapa las manifestaciones difieren de las de la adultez, tema que se mantiene en la actualidad (Ochoa, 2013). Estas dificultades derivan de algunos factores: las manifestaciones clínicas difieren de las que se presentan en los adultos; los adolescentes tienen problemas para identificar sus emociones; los cuidadores no aceptan el diagnóstico y lo atribuyen a mala conducta; y, por último, los padres de familia creen que han fallado en la crianza (Tamas, 2005, Weisz; Mc Carty y Valery, 2006).

Dentro de los hallazgos de esta investigación se ha identificado que de los jóvenes que presentan depresión grave, la mitad ha atentado contra su vida de alguna manera y poseen alto riesgo suicida. Según tendencias anteriores entre el 15% y el 53% de los adolescentes habrían deseado alguna vez morir (Diekstra, Kienhorst y Wilde, 1995), datos que se confirman en estudios realizados por Unicef (2011), pero los porcentajes continúan en aumento. Las cifras mostradas indican un fuerte signo de alerta, más que todo porque se ha observado que las ideas suicidas suelen persistir luego de varios años de seguimiento (Stankovic, Saula- Marojevic, Potrevic, 2006; Vásquez, 2009).

Sin embargo, es imperativo recordar que la depresión severa se relaciona con el suicidio, la desesperación y la desesperanza (Beck, 2003). De hecho, no solo hay comportamientos de riesgo que se asocian al suicidio, hay factores protectores que deben ser enfatizados al elaborar los protocolos de terapia; estos hacen referencia al apoyo familiar y social (Muñoz, 2009; Vásquez, 2009) y a la personalidad (Millon, 1997; Millon, 1998; Galindo y cols., 2013).

Los modelos integrativos de psicoterapia (Fernández-Álvarez y Opazo, 2004; Dubordieu, 2008) argumentan que los tratamientos deben involucrar componentes bio-psico-sociales y las técnicas que han demostrado efectividad. El modelo ecuatoriano de psicoterapia integrativa (Balarezo, 2010) enfatiza el estudio de la personalidad para profundizar el análisis de la patología, de esa manera se evidenció una relación entre el tipo de personalidad y el nivel de depresión.

Según Galindo, Martínez, García y Ral (2013) los factores que propician las depresiones pueden ser debidos a elementos inherentes a la personalidad, por no permitir revelar los síntomas que a esta se asocian. En el presente estudio se encontró que todas las dimensiones de personalidad analizadas en los adolescentes con depresión grave presentaban diferencias significativas respecto de quienes poseían leves indicios depresivos. Es decir, existe propensión a la elevados niveles de introversión, neuroticismo ($p < 0,000$) y psicoticismo ($p < 0,000$) y baja deseabilidad social ($p < 0,000$). De ese modo, los adolescentes cuya depresión es grave demuestran un patrón de comportamiento caracterizado por la exacerbación de dimensión neuroticismo, manifestada por la tendencia a la inestabilidad emocional, depresión y ansiedad, más que todo en el caso de las mujeres tal como lo indican estudios de Gaviria y cols. (2009) y Walters y Sutton (2010); al respecto, las estas fluctuaciones en el estado de ánimo no solo se han caracterizado por ser estables en el tiempo, más bien, según otras clasificaciones podrían conformarse como modos de ser, y sentir permanentes.

Se establece, por otro lado, la propensión a la introversión, neuroticismo y psicoticismo caracterizados por baja capacidad de relacionamiento interpersonal, impulsividad y frialdad afectivas. De ello se deduce que sus estrategias de afrontamiento no son suficientes para afrontar las exigencias del entorno, lo que provocaría alteraciones bruscas de su comportamiento debido a la falta de asertividad que de ello deviene (en de la Villa y Ruiz, 2011). Cuando se analizaron las diferencias de personalidad entre los adolescentes con y sin riesgo suicida se evidenciaron resultados semejantes. De acuerdo con esta información la personalidad de los jóvenes con riesgo autolítico presentan rasgos de personalidad más rígidos, de mayor riesgo y atención.

Estos resultados se apoyan en varias investigaciones (Lolas, 1991; Cosullo y cols., 2004; Cisneros, 2009) que afirman que el perfil de personalidad de un individuo puede predisponer al mantenimiento de la depresión y la ideación suicida; enfatizan la relación estrecha entre las siguientes características de la personalidad: impulsividad, tendencia a la reserva, baja tolerancia a la frustración y conformidad social exageradas. Adicionalmente, la asociación entre neuroticismo ($p < 0,000$), psicoticismo ($p < 0,003$), deseabilidad social ($p < 0,002$) y tendencia suicida es un perfil de elevado riesgo, que muchas de las veces no se percibe dado que se trata de un patrón conductual, de un estilo de personalidad.

De hecho, la impulsividad e inestabilidad emocionales correlacionan directamente con el riesgo suicida tal como lo aseguran Lolas (1991) y Walters & Sutton (2010). De este modo, los adolescentes que presentan estilos de afrontamiento inmaduros caracterizados por falta de asertividad, empatía y habilidades sociales podrían dejar de interesarse por sus necesidades a costa del beneficio del otro, lo cual podrá devenir en sentimientos depresivos y frustración (Greydanus, 2007; Weiling & Miao, 2009).

Millon (1996) ha señalado la necesidad de identificar factores de comorbilidad por su repercusión en el desarrollo de la patología evaluada, porque de ello depende su manejo clínico. Por otra parte, no deja de ser importante analizar cuáles son los factores de la personalidad que protegen al individuo y se convierten en agentes que permiten una adecuada interrelación con el entorno. Esta información resulta de importancia dado que en la adolescencia la personalidad se encuentra en un proceso de consolidación; según este panorama aún se puede intervenir para evitar patrones disfuncionales de la personalidad que predispongan a la depresión y la mantengan.

La personalidad, una vez establecida, puede modificarse; esto determina que la psicoterapia sí puede desarrollar cambios positivos que permitan un adecuado desenvolvimiento; y es en la adolescencia cuando existe mayor flexibilidad y facilidad de tratamiento (Roberts y Walton, 2006), momento idóneo, además, para facilitar las herramientas necesarias para enfrentar este problema. Los procesos psicoterapéuticos, entonces, deben ser holísticos, equilibrados, apegados a las normativas éticas. Las estadísticas de depresión y riesgo suicida son alarmantes, en la actualidad. Por ello se hace imprescindible elaborar protocolos de investigación, identificación de prevalencia, abordaje y seguimiento, a través del apoyo multidisciplinario.

Se recomienda para posteriores estudios, ampliar las muestras e identificar las características familiares y socioculturales de los jóvenes, sin dejar de lado el análisis de los factores de la personalidad. Por tanto, los procesos de diagnóstico y corroboración de datos son imprescindibles, primero para determinar falsos positivos y segundo para intervenir en los casos prioritarios. Para Balarezo (2010), tratamientos fundamentados en la personalidad ofrecen cambios duraderos con menor cantidad de recaídas. Es determinante el diagnóstico preciso y oportuno, dado que en la adolescencia este trastorno se manifiesta de modo muy variable, lo que puede entorpecer su identificación y tratamiento. Esto evita el elevado reduccionismo que puede provocar prácticas iatrogénicas.

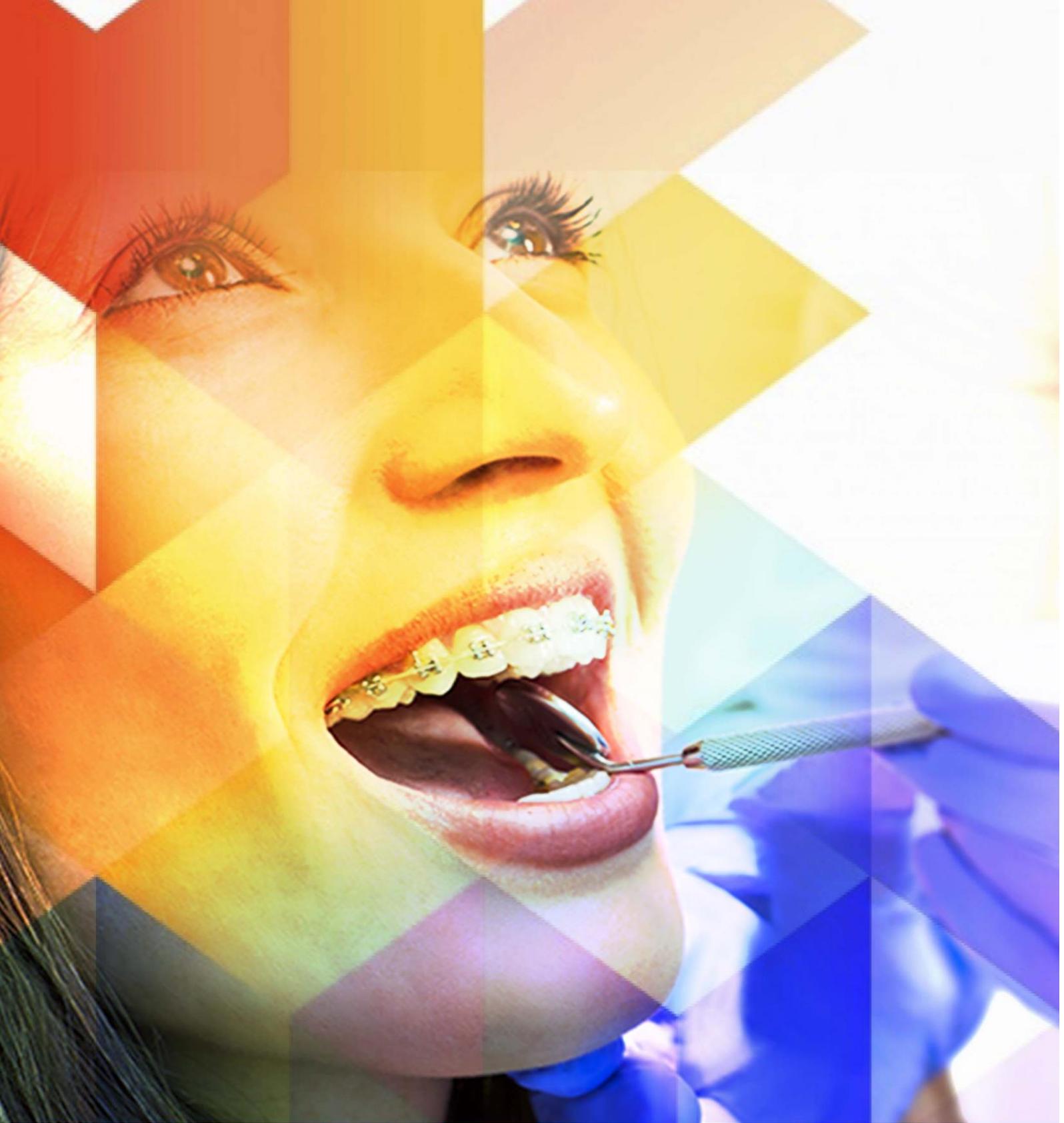
Referencias bibliográficas

- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito-Ecuador: Unigraf
- BBC (2009/09/2). La depresión, una crisis global. Disponible en:
http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2009/09/090902_depresion_oms_men.shtml
- Beck, A, Rush, J. (2003). *Terapia Cognitiva de la Depresión*, 15º Ed, Editorial Desclée De Brower S.A., Bilbao - España.
- Casullo, M. (2000). Concepciones teóricas de T. Millon acerca de los estilos de personalidad. En Sánchez López, M. y Casullo, M. (comp.). *Estilos de personalidad. Una perspectiva Iberoamericana*. Madrid: Mino y Dávila.
- Cisneros, C. (2009). *Suicidio y comorbilidad*; En Martínez, J. Saad, E. Forero, J. *Suicidio una realidad en Latinoamérica*, Ecuador: Glaxo Smith Kline.
- Cobos, M. (2008). *Niveles de Depresión en los adolescentes de la Ciudad de Cuenca*. Tesis de

- Maestría. Universidad del Azuay, Cuenca- Ecuador.
- Cosullo, M.; Bonaldi, P.; Liporace, M. (2004). *Comportamientos Suicidas en la adolescencia, Morir antes de la muerte*, 2da Ed, Buenos Aires: Argentina Psychiatric Press Inc.
- De la Villa, M; Ruiz, C. (2011). *Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(1), 33-56. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/859436056?accountid=36552>
- Diekstra, R., Kienhorst, C. y Wilde, E. (1995). *Suicide and Suicidal Behaviour Among Adolescents*. En M.Rutter y D.J. Smith (Eds.). *Psychosocial Disorders in Young People. Time trends and their causes* (pp. 686-753). Dubourdieu M. (2008). *Psicoterapia Integrativa*. Pnie: Psiconeuroinmunoendocrinología. Waslala: Uruguay
- El Mercurio (2013/09/10). *Adolescentes y jóvenes, los que más recurrentes al suicidio*. Disponible en: <http://www.elmercurio.com.ec/396786-adolescentes-y-jovenes-mas-propensos-a-los-suicidios/#.UnezJnBLOb8>
- Elkind, D. & Bowen, R. (1979). *Imaginary audience behavior in children and adolescents*.
- Erickson, E. (1976). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paidós
- Eysenck, H. & Eysenck, S. (2008). *Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck versiones completa (EPQ-R) y abreviada (EPQ-RS)*. Madrid: TEA Ediciones
- Fernández-Álvarez H., Opazo R. (2004). *La integración en Psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Galindo, J., Martínez, R, García, M, & Ral, J. (2013). *Teoría de la personalidad implícita y explícita de los pacientes con depresión*. *Anales de psicología*, 29(2), 378-384.
- Gaviria, A., González, A., Palacio, C., García, J., & López, C. (2009). *Factores asociados a la letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor*. *Revista colombiana de psiquiatría*, 4(38), 3.
- Greydanus D., Calles, Jr. (2017). *Suicide in Children and Adolescents*. *Prim Care*, (2) 34, 259–73.
- Hidalgo, A., Perdomo, I. (11/09/2013). *¿Por qué suceden los suicidios? Colegios de Latacunga toman precauciones*. *Cotopaxinoticias.com*. Disponible en: <http://www.cotopaxinoticias.com/seccion.aspx?sid=5&nid=13403>
- Ibáñez, M. (1997). *Primeros datos de la versión en castellano del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQ-R)*. Recuperado desde <http://www.uji.es/bin/publ/editions/jf1/eysenck.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2011) *Ecuador en cifras*. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.com/cifras-inec/main.html?TB_iframe=true&height=530&width=1100
- Larriva, D. (2009). *Prevalencia de ideación suicida y factores asociados en adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca*. Tesis de Maestría. Universidad de Cuenca.
- Lolas, F. y otros (1991). *EPQ-R and suicide attempt: the relevance of Psychoticism*. *Personality and Individual Differences*, (12), 899-902.
- Maalouf, F., Atwi, M., Brent, D. (2011). *Treatment Resistant Depression in Adolescents: Review*

- And Updates On Clinical Management. *Depression and Anxiety*,(28), 946-954.
- Mead, M. (1990). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Medina, A. (2012/09/17). Chunchi prefiere el silencio ante suicidios de niños y jóvenes. Disponible en: http://www.elcomercio.com.ec/pais/Chunchi-prefiere-silencio-suicidio-jovenes_0_775722483.html.
- Millon, T. y Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Antoni, M., Millon, C. y Davis, R. (1997). *Millon Behavioral Medicine Diagnostic*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Muñoz, C. (2009). *Suicidio en adolescentes*; En Martínez, J., Saad, E., Forero, J. *Suicidio una realidad en Latinoamérica*, Ecuador: Glaxo Smith Kline.
- Nardi B., Pannelli G. (1998). Adolescent depression: How to cope with turmoil and self negativity. *Medicine, Mind and Adolescence*, 13 (1-2).
- Nardi, B. (2004). La depresión adolescente. *Psicoperspectivas*, 3, (95-126) Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/872820878?accountid=36552>
- Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (2012). *Datos sobre el Ecuador. Estadísticas de defunción 1998-2008*. Disponible en: <http://www.odna.org.ec/investiga.html>
- Ochoa Pineda, C. (2013). *Depresión Grave en Adolescentes. Una terapia desde el modelo integrativo*. Cuenca: Universidad del Azuay.
- Oliva, A. (2004). La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y Aprendizaje*, 27, (115-122). Disponible en: <http://personal.us.es/oliva/investigacion.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Temas de adolescencia*. Disponible en: www.who.int/ar/images/.../adolescencia/2012-.pdf
- Ortet Fabregat G., Ibáñez Ribes, M., Moro Ipola M., Silva Moreno, F. (2001). *EPQ-R, Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck*. Madrid: TEA
- Osorio Proaño, S. (7/01/2013) *Suicidios en Cotopaxi se incrementaron en 46,6% en 2012*. Cotopaxinoticias.com Disponible en: <http://www.cotopaxinoticias.com/seccion.aspx?sid=5&nid=10391>
- Piaget, J. (1999). *La psicología de la inteligencia*. Barcelona: Crítica
- Plutchik R., van Praag H.M., Conte H.R., Picard S. (1994). Correlates of suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry*; 30(4) 296-302
- Sánchez, R. M. (2012). El cerebro es maleable. *Uciencia: revista de divulgación científica de la Universidad de Málaga*, (9), 4.
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del Desarrollo: El ciclo vital* (10 ed.). Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Stankovic Z, Saula-Marojevic B, Potrevic A. (2006). Personality profile of depressive patients with a history of suicide attempts. *Psychiatra Danubina*, (18), 159-168

- Steele M, Doey T. (2007). Suicidal Behavior in children and adolescents. Part 1: Etiology and Risk Factors. *Can J Psychiatry*. 52 (6, Suppl, 1), 21- 33.
- Tamas, Z. (2005). Depression and Suicidal Behavior. *Crisis*, 23 (34-45).
- Unicef (2002). *Adolescencia. Una etapa fundamental*. Nueva York
- Unicef (2011). *Estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Ecuador 1990-2011*. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/media_23400.htm.
- Vásquez, F. (2009). Factores de riesgo y protectores en el suicidio; En Martínez, J. Saad, E. Forero, J. *Suicidio una realidad en Latinoamérica, Ecuador: Glaxo Smith Kline*
- Vijay, E. (2013). *Depresión en los Adolescentes: Diagnóstico y Elaboración de una Propuesta desde el Modelo Integrativo*. Tesis. Psicología Clínica. Universidad del Azuay. Cuenca.
- Walters, A. & Sutton, J. (2010). Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders. *Psychological Medicine*, 0, 1125- 1136.
- Weiling, W. & Miao, D. (2009). The relationships among coping styles, personality traits and mental health of chinese medical students. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 37(2), 163-172.
- Weisz J., McCarty C., Valery S. (2006). Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: A Meta – Analysis. *Psycho Bull*, 1 (132), 132 – 149.



CAPÍTULO IV ODONTOLOGÍA

Autopercepción de la estética dental y necesidad de tratamiento ortodóntico en adolescentes.

Dra. Crespo Crespo Cristina Mercedes Mg.
cmcrespoc@ucacue.edu.ec

Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca-Ecuador, sede Azogues

Msc. Domínguez Crespo Cristina Soledad
csdominguezc@ucacue.edu.ec

Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca-Ecuador, sede Azogues

Resumen

Introducción: la utilización de un Índice universalmente aplicado ayudará a establecer una necesidad de tratamiento ortodóntico, para aplicar medidas preventivas o interceptivas. **Objetivo.** Evaluar la Necesidad De Tratamiento Ortodóntico a través del Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico (INTO) en escolares de 11 a 12 años de las escuelas privadas Providencia y César Cordero Moscoso Azogues-Ecuador. **Metodología.** Esta investigación descriptiva y transversal evaluó a 170 escolares para determinar la necesidad de tratamiento ortodóntico, desde la perspectiva de la necesidad clínica mediante el componente clínico del índice (CSD) y desde su autopercepción, componente estético del índice (CE). **Resultados.** El 91% de los escolares señalaron no necesitar tratamiento ortodóntico desde su percepción estética, y solo el 4,12% afirmaron necesitarlo; la necesidad clínica de tratamiento fue de un 58.24% con necesidad leve de tratamiento o que presentaban algún grado de maloclusión, el 31, 18% reveló necesidad moderada y tan solo el 10% no presentaron condiciones dentales que ameritaban tratamiento ortodóntico. **Conclusiones.** La mitad de los escolares tuvieron una necesidad leve de tratamiento determinada clínicamente por el profesional y la mayoría de escolares revelaron que no necesitaban tratamiento ortodóntico desde su autopercepción.

Palabras clave: Autopercepción, estética dental, necesidad de tratamiento ortodóntico, INTO.

Abstract

Introduction: the use of a universally applied index will help establish a need orthodontic treatment, to apply preventive or interceptivas measures. **Objective.** Assess the orthodontic treatment need through the treatment orthodontic need index (INTO) in school children from 11 to 12 years of private schools, Providence and Cesar Cordero Moscoso Azogues-Ecuador. **Methodology.** This descriptive and cross-sectional research assessed 170 school children to determine the need for orthodontic treatment, from the perspective of the clinical necessity through the clinical component

of the index (CSD) and from their self-perception, aesthetic component of the index (EC). Results. 91% of schoolchildren reported do not need orthodontic treatment from their aesthetic perception and only 4.12 per cent claimed to need it; the clinical need for treatment was de a 58.24% with slight need for treatment or who had some degree of malocclusion, 31, 18% revealed moderate need and only 10% had no dental conditions that merited orthodontic treatment. Conclusions. Half of schoolchildren had a slight need for treatment clinically determined by the professional and the majority of school children revealed that they did not need orthodontic treatment from their self-perception.

Key Words: Self-perception, cosmetic dental treatment need orthodontic, INTO.

Introducción

Maloclusión, es toda aquella situación clínica en la que la oclusión no es normal, es decir cuando el engranaje del maxilar superior y de la mandíbula inferior o la posición de las piezas dentales no cumplen parámetros considerados como normales y por tanto desequilibran la función del Sistema Estomatognático; las maloclusiones dentales constituyen actualmente un problema de salud oral, y están al mismo tiempo vinculadas con la percepción de calidad de vida, en razón de que muchos factores relacionados con maloclusión tienen una fuerte influencia en la percepción de la estética facial (por ejemplo, la alineación de los dientes anteriores, la forma de los dientes y la posición, el grosor del labio, encía simétrica o contorno de los dientes, el perfil de labios, etc.), es así como muchos estudios han demostrado que la percepción de la estética facial puede influir en el desarrollo psicológico desde la primera infancia hasta la edad adulta ^{(1),(2)}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a las maloclusiones como patologías altamente prevalentes, ocupando el tercer lugar luego de Caries y Enfermedad Periodontal, así mismo la Organización Panamericana de la Salud (OPS) manifiesta que los altos índices de incidencia y prevalencia de maloclusiones superan el 80% de la población; por tal razón son importantes y frecuentes motivos de consulta odontológica ⁽³⁾.

La búsqueda de atención odontológica para solucionar los problemas derivados de las maloclusiones, suelen iniciarse desde edades tempranas, y usualmente al tiempo de evidenciarse aspectos clínicos anómalos o dada también la autopercepción del paciente o del familiar que lo acompaña. En este sentido es interesante acotar que a los seis años se inicia el desarrollo del autoconcepto, mediante la comparación de las características físicas y de personalidad con otros niños; a los 10 años ya existe una idea de la estética asociada a la salud y se integra al concepto de autoestima. Sin embargo es más objetivo el impacto entre los 11 y 14 años; entonces esto es determinante a la hora de definir las necesidades de tratamiento ortodóntico, y el criterio diagnóstico clínico debe necesariamente ir de la

mano con todas las consideraciones sicosociales, es razonable pensar por tanto que la necesidad de tratamiento se correlaciona con la gravedad de la maloclusión ⁽⁴⁾.

Es interesante en este contexto, esclarecer que a partir de los 10 años se suscitan eventos diversos propios de una etapa de transición, es decir comienza la adolescencia, considerada según la OMS como una etapa comprendida entre los 10 y 19 años y según la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM) entre los 10 y 21 años, diferenciando tres fases: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años) ⁽⁵⁾.

La adolescencia se caracteriza por presentar grandes cambios fisiológicos, enfrentando variaciones que pueden ser de agrado o desagrado, y surgen expectativas al compararse el adolescente con estereotipos de belleza contemporáneos. Ante ello las respuestas pueden ser de aceptación o rechazo, momento en el que salen a flote problemas psíquicos y sociales, pues el atractivo físico es decisivo en la determinación de la identidad social. Esto sumado al modelo actual de belleza dental ha hecho que la población adolescente busque cambiar el aspecto de sus dientes pues desde su autopercepción puede considerar que se encuentran dentro o fuera de los cánones estéticos impuestos, siendo necesario asociar esa autodeterminación con una verdadera necesidad de tratamiento ortodóntico que es la rama odontológica que se encarga de resolver los problemas originados por las maloclusiones ⁽⁶⁾.

El desarrollo de un método uniforme epidemiológico para la evaluación y clasificación de las maloclusiones ha sido de interés desde hace varias décadas. En ese contexto se utilizan algunos índices para medir ciertos parámetros que permiten identificar cuando la oclusión se desvía de lo ideal, muchos de esos índices no han tenido una aceptación internacional.; las herramientas más conocidas y más utilizadas son el Índice de Estética dental DAI y el Índice de Necesidad de Tratamiento de Ortodoncia INTO ^{(7), (8)}.

El INTO desde su presentación por Brook y Shaw (1989), ha sido ampliamente utilizado en estudios epidemiológicos, y permite clasificar las maloclusiones de acuerdo a la presencia de determinadas características clínicas y rasgos oclusales, considerados importantes para la salud bucodental y la estética; de esa forma se podrá obtener un índice válido y reproducible de prioridad del tratamiento de ortodoncia. El INTO mediante la utilización de dos componentes separados permite obtener en primer lugar la salud dental, y en segundo lugar el deterioro estético causado por la maloclusión ^{(9), (10)}.

Las categorías del Componente de Salud Dental del INTO (CSD) son cinco, la No. 1 significa no tener necesidad de tratamiento de ortodoncia, No. 2 alteraciones mínimas, No. 3 casos regulares como por ejemplo mordidas profundas sin trauma, mordidas cruzadas; No. 4 condiciones oclusales intraorales más severas con resalte y sobrepase grandes, pérdidas dentarias con necesidad de

tratamiento Ortodóntico pre protésico y No. 5 síndromes, dientes sumergidos, etc. 11 El componente estético (CE) presenta una escala sobre la autopercepción del atractivo dental anterior, incluye 10 fotografías dentales anteriores intraorales; la No. 1 representa la vista más atractiva y la 10 la menos atractiva, esta escala permite que los pacientes por ellos mismos se identifiquen con una de ellas y sirve como herramienta para obtener una impresión realista de su percepción de atractivo dental. ^{(11), (12)}.

Estudios como los de Bernabé en Perú, Souames en Francia y Nakas en Sarajevo pudieron determinar que la necesidad normativa de tratamiento de ortodoncia no siempre está acompañada de un nivel similar de necesidad de tratamiento percibido por los estudiantes, es decir que la necesidad clínica de tratamiento difiere del nivel de percepción personal de la necesidad de tratamiento ortodóntico, determinando porcentajes altos de adolescentes con leve necesidad de tratamiento desde su autopercepción de la estética^{(13), (14), (15)}.

Muchas de las investigaciones con el INTO se han realizado con grupos específicos de escolares entre los 11-13 años, considerando que en esta edad el aporte al determinar una necesidad clínica y autopercebida de tratamiento de ortodoncia, contribuye a un mejor desarrollo físico y psicológico del adolescente.

En este estudio se consideró a los niños de 11 y 12 años en razón de que la OMS recomienda este rango para efectuar la vigilancia de las enfermedades bucales, y así poder realizar comparaciones internacionales. 16 De otro lado el INTO se validó en 1989 para su utilización en escolares de este grupo etario, y lo han respaldado varios estudios realizados posteriores a su promulgación ^{(11), (17)}.

En el Ecuador hasta la fecha no se ha aplicado este instrumento específico para determinar una necesidad de tratamiento ortodóntico; de igual forma tampoco existen referencias de estudios en la ciudad de Azogues y provincia del Cañar; por tanto, se hace relevante iniciar con estos estudios para que sean considerados referentes en la implementación de políticas o lineamientos que provengan de los entes gubernativos. En tal virtud el objetivo de este estudio permitió evaluar la Necesidad de Tratamiento Ortodóntico a través de los componentes de salud dental y estético del INTO en escolares de 11 a 12 años de las escuelas privadas Providencia y Cesar Cordero Moscoso Azogues-Ecuador en el año 2015.

Importancia del problema

Un rol importante en el nivel de satisfacción individual es el componente estético, que se ve afectado por las maloclusiones dentarias. Este es un factor determinante en la interacción social del individuo, que influye en el desarrollo psicológico del niño y del adolescente, particularmente vulnerable a esas influencias, transformándose en personas de baja autoestima. Ello demanda obtener información

desde ese nivel de auto percepción para diagnosticar y relacionar la maloclusión con su calidad de vida.

Por otro lado, las maloclusiones, potencialmente, son factores de riesgo para otras patologías como gingivitis, periodontitis, caries y disfunción de la Articulación Témpero Mandibular. Es importante su estudio pues además de producir alteraciones estéticas y funcionales por sí mismas, influyen en la aparición de otras; ello amerita aplicar medidas preventivas e interceptivas adecuadas para cada momento.

El Índice de Necesidad de Tratamiento Ortodóntico (INTO), evalúa ciertas características clínicas y la percepción del adolescente sobre esta patología, con esos resultados se puede determinar la necesidad de tratamiento de ortodoncia.

En el Ecuador aún no se han aplicado estos instrumentos específicos para hacer un diagnóstico sobre la repercusión de las maloclusiones en la satisfacción estética del adolescente; de igual forma tampoco existen referencias de estudios en la ciudad de Azogues y provincia del Cañar. Por ello y al constituirse ahora una prioridad en el Ecuador respecto de las garantías constitucionales especialmente en el área de salud para los grupos vulnerables que garanticen un buen vivir o el “sumak kawsay”, se hace necesario y relevante iniciar con estos estudios para que sean considerados referentes importantes en la implementación de políticas o lineamientos que provengan de los entes gubernativos.

Se planteó por tanto la interrogante de investigación formulándose la pregunta en relación a cómo sería la autopercepción de la estética dental y una necesidad concomitante de tratamiento ortodóntico en escolares de 11 y 12 años.

Metodología

El presente estudio descriptivo y transversal, tuvo una muestra conformada por 170 escolares, se incluyeron a los escolares de 11 a 12 años, residentes en la zona, matriculados y asistentes regulares a las instituciones educativas, y que expresaron su consentimiento y asentimiento informado. Se excluyeron a escolares con antecedentes de tratamiento de ortodoncia, y/o que estén recibiendo tratamiento de ortodoncia, así como a escolares con algún tipo de anomalías craneofaciales.

Antes de la recolección de datos se hizo la calibración respectiva con el especialista de ortodoncia. Previo al procedimiento de recolección se realizó la prueba piloto, lo que permitió estimar el tamaño muestral.

Antes de iniciar se pidió al escolar la lectura y aprobación del asentimiento informado; para determinar el componente estético (CE) del INTO se presentó una pancarta gráfica, en la que constaban 10 fotografías intraorales ordenadas desde la 1 hasta la 10 en dos columnas, donde el

número 1 estaba catalogada como la mejor y la 10 la peor. Se le pidió al adolescente que buscara la foto de acuerdo a la percepción de su estética dental. Si la foto elegida se encontraba entre la 1 y la 4, se consideró sin necesidad de tratamiento; entre la 5 y 7, con necesidad moderada de tratamiento; y entre la 8 y 10, con necesidad urgente de tratamiento. Para determinar el componente de salud dental, (CSD) del INTO, se realizó un examen clínico a los niños, observándose las características de entrecruzamiento, sobremordida, mordida abierta, mordida cruzada, erupción impedida, defectos de labio leporino y paladar hendido, anomalías craneofaciales e hipodoncia; la medición cuando fue requerida, se hizo con una sonda periodontal y un tope para poder verificar la misma en un dentímetro. El rasgo oclusal más alterado se utilizó para categorizar la necesidad de tratamiento de ortodoncia desde sin necesidad de tratamiento (grado 1 y 2), necesidad moderada (grado 3) y con necesidad de tratamiento (grado 4 y 5).

La calibración previa al estudio requirió la prueba de Kappa (Kappa 0,8). El análisis estadístico univariado consistió en la obtención de frecuencias absolutas y relativas, el análisis bivariado se llevó a cabo mediante la Prueba de Chi cuadrado, corregido por Yates, (comprobación de distribución z mediante la Prueba Kolmogorov Smirnov). Se utilizaron los programas Excel y SPSS v. 23. El estudio contó con un nivel de confianza de 95% y un $p < 0.05$.

Se obtuvo la aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, así como la autorización de las respectivas autoridades educativas.

Resultados

En este estudio participaron 170 niños entre 11 y 12 años de edad, la muestra presentó una distribución de 91 niñas y 79 niños, de ellos 77 fueron de 11 años y 93 de 12 años de edad. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de los escolares según edad y sexo de las escuelas Providencia y César Cordero Moscoso Azogues-Ecuador. 2015.

n= 170

Edad	Masculino n	Sexo %	Femenino n	%	Total n	%
11 años	32	41	45	49	77	45
12 años	47	59	46	51	93	55
Total	79	100	91	100	170	100

No. Frecuencia absoluta

% Frecuencia relativa

Fuente: los investigadores

En cuanto a las respuestas según los componentes del índice INTO, el Componente Estético reportó que un 91,18% de los escolares no necesitaban tratamiento ortodóntico desde su autopercepción, el 4,71% informaron necesidad moderada y tan solo el 4,12% desde su propia identificación estética dental reportaron la necesidad urgente de un tratamiento ortodóntico. (Tabla 2)

Tabla 2. Necesidad de Tratamiento Ortodóntico según componentes del INTO, en escolares de las escuelas Providencia y César Cordero Moscoso Azogues-Ecuador. 2015.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO		n	%
Componente clínico	Sin necesidad de tratamiento	17	10.00
	Leve sin necesidad de tratamiento	99	58.24
	Moderada límite de necesidad de tratamiento	53	31.18
	Grave necesidad de tratamiento	1	0.59
	Extrema necesidad de tratamiento	0	0.00
Total		170	100.00
Total componente estético	Sin necesidad de tratamiento	155	91.18
	Necesidad moderada de tratamiento	8	4.71
	Necesidad de tratamiento	7	4.12
Total		170	100.00

No. Frecuencia absoluta

% Frecuencia relativa

Fuente: los investigadores

La necesidad de tratamiento según sexo, determinó que de acuerdo al componente clínico, en el masculino lo prevalente fue la condición leve sin necesidad de tratamiento (22,5%); en el caso de femenino lo prevalente fue también leve sin necesidad de tratamiento (35,88%), encontrándose diferencia estadísticamente significativa $p= 0.02$; según el componente estético se observó que en el sexo masculino la condición sin necesidad de tratamiento reveló el 41,76% y en el sexo femenino la condición fue igual, con un 49,41% no se observó significancia estadística $p=0.54$. (Tabla 3)

Tabla 3. Necesidad de tratamiento ortodóntico según el componente estético (CE) y el componente de salud dental (CSD) del INTO en escolares de 11 a 12 años, según sexo.

n=170

	INTO	Sexo				P*
		Masculino		Femenino		
		n	%	n	%	
Componente clínico	Sin necesidad de tratamiento	7	4.12	10	5.88	0.02
	Leve sin necesidad de tratamiento	38	22.35	61	35.88	
	Moderada límite de necesidad de tratamiento	34	20.00	19	11.18	
	Grave necesidad de tratamiento	0	0.00	1	0.59	
	Extrema necesidad de tratamiento	0	0.00	0	0.00	
Total		79	46.47	91	53.63	
Componente Estético	Sin necesidad de tratamiento	71	41.76	84	49.41	0.54
	Necesidad moderada de tratamiento	4	2.35	4	2.35	
	Necesidad de tratamiento	4	2.35	3	1.76	
Total		79	46.46	91	53.52	

No. Frecuencia absoluta

% Frecuencia relativa

p: Significa estadística

*: Prueba de Chi-cuadrado corregido por Yates

Fuente: los investigadores

Discusión

La necesidad de tratamiento ortodóntico, en escolares de dos escuelas de la ciudad de Azogues, determinó un porcentaje importante en lo que respecta a una necesidad moderada de tratamiento, aspecto digno de resaltar, en razón de que es una etapa de cambios y precisamente se suscitan acontecimientos de discrepancias dentoalveolares. Por otro lado, se observaron varios problemas de mal posición o maloclusiones en este grupo de adolescentes que se puede atribuir a que varios de ellos aún no han podido acceder a la consulta privada, pues no existe por parte del estado una atención especializada para problemas ortodónticos en los niveles específicos de atención del Ministerio de Salud Pública.

Los resultados obtenidos con la categoría clínica del INTO en este estudio coinciden con otros realizados, como el de Bernabé 13 (34,9%), Brook y Shaw 10 (33%), superior a lo encontrado por Souames 14 (29.5%), Nguyen 12 (21%) y Pardo 17 (19.52%); e inferior a lo reportado por Nakas 15 (19%).

En cuanto al componente estético el mayor porcentaje encontrado en este estudio estuvo en los adolescentes sin necesidad de tratamiento, similar a lo encontrado por Nakas 15 (93%) y mayor en relación a lo reportado por Bernabé 13 (87,2%), Souames 14 (75,4%), Pardo 17 (83,3%), Kumar 7 (73,6%) y Brook y Shaw 10, cuya prevalencia según este componente fue relativamente baja (2%). Estos resultados no presentan coincidencias exactas en sus porcentajes, pero reflejan en todos ellos mayoritariamente la percepción del escolar desde una perspectiva de innecesario tratamiento ortodóntico, posiblemente por una parte debido al número de fotografías que se agrupan en cada valor de la escala 10, y de otro lado influiría también el hecho de que una condición clínica manifiesta como problema para el escolar no lo sea, ello permite inferir una cierta apreciación subjetiva en los escolares quienes no ven según su autopercepción a una malposición dentaria como algo que afecte o preocupe a su estética.

Al comparar los componentes del INTO según sexo, el componente de salud dental presentó una diferencia estadísticamente significativa, a diferencia del componente estético en donde no la hubo; estos resultados mostraron similitud con Perillo 1 y diferente al de Souames 14; el estudio de Nguyen 12 en población vietnamita encontró diferencia estadísticamente significativa, pero en el componente estético.

Es importante por lo citado en líneas anteriores, destacar que no existe una correspondencia entre los dos componentes del INTO así lo demuestra este estudio, el de Brook y Shaw 10 e Ichiki 11, en este mismo sentido concluyen Bernabé y Flores 13 al evaluar los dos componentes indicando que la necesidad normativa de tratamiento de ortodoncia no fue acompañada de un nivel similar de necesidad de tratamiento percibido por los adolescentes.

Estos aspectos coincidentes permiten hacer una reflexión desde el punto de vista de la autopercepción del adolescente de esa edad (11 y 12 años), que minimiza o desestima en realidad un problema estético atribuible a sus dientes, pues en el momento de aplicar el INTO según el Componente Estético consideran poco relevante la necesidad de tratamiento, la explicación posiblemente se atribuiría a situaciones que colocan al autoconcepto como una dimensión que no se diferencia internamente sino hasta entrada la adolescencia. Por otra parte, las diferencias en función de la edad según las cuales los niños más pequeños tienen una percepción más positiva en algunos aspectos son coherentes con el hecho evolutivo de que en la temprana infancia la percepción del “sí mismo” está sobreestimada; por otra parte, además de la influencia del desarrollo madurativo en la constitución del autoconcepto, es importante considerar la influencia del entorno social en el que se encuentran inmersos los niños. La contraposición de los resultados, por tanto, tendría de un lado una explicación desde el punto de vista del desarrollo psicológico-biológico y afectivo, y de otro lado amerita colocar en el plano de la discusión la posibilidad de ampliar los estudios con este grupo de edad para resultados todavía más concluyentes ^{(18), (19)}.

Los estudios realizados con el INTO aportan a investigaciones epidemiológicas, circunscritas a grupos de estudio en población escolar y adolescentes jóvenes, y en ciertos casos adultos jóvenes; de igual forma se lo visualiza como un índice versátil de fácil aplicación, que se lo puede usar conjuntamente con otros índices clínico. Sin embargo, varios antecedentes al tiempo que valoran su fiabilidad clínica también sugieren una cierta subjetividad en el componente estético pues deja abierta la posibilidad de considerar una falsa realidad manifestada por los adolescentes en cuanto a su autopercepción. De todas maneras es interesante lo que los resultados de la investigación plantean, esto es ofrecer al adolescente y sus padres o apoderados, todo un campo amplio de problemas que pueden ser solucionados por el especialista (Ortodoncista), a fin de conseguir una mejor condición de su calidad de vida, o que estos estudios, referenciados en varios países del mundo, puedan plantear la posibilidad de que los establecimientos públicos de salud puedan ofrecer alternativas de tratamiento ortodóntico en los niveles de atención adecuados para ello.

Conclusiones

La mitad de los escolares tuvieron una necesidad leve de tratamiento determinada por el profesional, mientras que la mayoría de escolares revelaron que no necesitaban tratamiento ortodóntico desde su autopercepción; en lo que respecta al Componente Clínico en ambos sexos la categoría prevalente fue Leve sin necesidad de tratamiento, encontrándose mayor proporción para el sexo femenino, y según el componente estético en ambos sexos la condición fue Sin Necesidad De Tratamiento sin diferencia estadísticamente significativa.

Referencias

1. Perillo L, Esposito M, Caprioglio A, Atanassio S, Chiara Santini A, Carotenuto M. Orthodontic treatment need for adolescents in the Campania region: the malocclusion impact on self-concept. *Dove Press Journal Patient Preference and Adherence*. 2014. 19; 8:353-9
2. Cartes R, Araya E, Valdés C. Maloclusiones y su impacto psicosocial en estudiantes de un liceo intercultural. *Int. J. Odontostomat* 2010; 4(1):65-70
3. Ispert AJ, Pantaleão dos Santos MR, Gonçalves PE. Prevalencia de maloclusión en la dentición primaria en el municipio de Cáceres Brasil. *Rev Cubana Estomatol*. 2007; 45(1):91-95
4. Proffit W, Fields H, Sarver D. *Ortodoncia Contemporánea*. 4ta ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
5. Guemes M, CeñalM., Hidalgo M. Pubertad y adolescencia. *Adolescere*. 2017; (1): 7-22.
6. Naranjo P, Moya T, Palacios E. Influencia de las alteraciones estéticas bucodentales sobre la autoimagen y sociabilización en adolescentes entre 12-17 años. *Revista Odontología*. 2015; 17:45-53
7. Kumar P, Londhe B, Kotwal A, Mitra R. Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in school children an epidemiological study. *MJAFI*. 2013; (6) 9:369-37
8. Bellot-Arcís C, Montiel-Company J, Almerich-Silla J. Psychosocial impact of malocclusion in adolescents. *KJO*. 2013; 43.4.193
9. Boronat-Catalá M, Bellot-Arcís C, Montiel- Company J, Catalá-Pizarro M, Almerich-Silla J. Orthodontic treatment need of 9, 12 and 15 year-old children according to the Index of Orthodontic Treatment Need and the Dental Aesthetic Index, *JO*. 2016; Disponible en <http://dx.doi.org/10.1080/14653125.2016.1155815>
10. Brook P, Shaw W. The development of an index of orthodontic treatment priority. *European Journal of Orthodontics*. 1989; 11:309-320.
11. Ichiki ME. Asociación entre la necesidad de tratamiento ortodóntico evaluada mediante el IOTN y el DAI en adultos Nissei del Policlínico Peruano Japonés [Tesis Mg. Estomatología] Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003
12. Nguyen S, Nguyen M, Sagg M, Jagomagi T. The Need for Orthodontic Treatment among Vietnamese School Children and Young Adults. Hindawi Publishing Corporation *IJD*. 2014; Article ID 132301, disponible en <http://dx.doi.org/10.1155/2014/132301>
13. Bernabé E, Flores C. Normative and self-perceived orthodontic treatment need of a Peruvian university population. *Head Face Med*. 2006; 3: 2-22.
14. Souames M. et al. Orthodontic Treatment Nedd in French Children. *European Journal of Orthodontics*. 2006; 28: 605-60

15. Nakas E., Tiro A., RedzepagicVrazalica L., Hadzihasanovic D., Dzemiđic V. Use of Orthodontic Treatment Needs Indices for Oral Health Survey. *Mater Sociomed.* 2016 ; 28(2): 138-140
16. Paredes E, Díaz M. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. *REH.* 2014; 24(3).
17. Pardo K. Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares del nivel de secundaria de la i.e. n° 154 “Carlos Noriega Jiménez. [Tesis Cirujano Dentista] Universidad San Martín De Porres., 2012
18. Fernández A. El autoconcepto infantil: una revisión necesaria. *International Journal of Developmental and Educational Psychology.* 2008; 13-22
19. Molina M, Raimundi M, Lopez C, Cataldi S, Bugallo L. Adaptación del Perfil de Auto percepciones para Niños para su Uso en la Ciudad de Buenos Aires. *RIDEP.* 2011; 32(2)

Impacto de las condiciones orales en la calidad de vida de niños de 12 años

Od. Lesly Barahona Sacoto
leslybarahona04@gmail.com
Universidad Católica de Cuenca sede Azogues

Dr. Mg Rodrigo Vallejo Aguirre
ferchovall1@hotmail.com
Universidad Católica de Cuenca sede Azogues

Resumen

Objetivo: Determinar el impacto de las condiciones orales en la calidad de vida relacionada a la salud bucal (CVRSB) en escolares de instituciones públicas y privadas del cantón Azogues 2017. Materiales y métodos: Estudio analítico, transversal de nivel relacional; se evaluó a 155 escolares niños/as de las escuelas "16 de Abril" y "La Providencia". Se utilizó la versión en español (Perú) del índice validado Child ODP para estimar el impacto de 17 condiciones orales en 8 desempeños diarios. Resultados: Las condiciones orales auto percibidas más habituales fueron: Caída de un diente de leche (42%), posición de los dientes (37%); según la prevalencia de impacto de las condiciones orales: Sonreír (70,5%), limpiarse la boca (60,9%). El 74,9% de los niños que participaron en el estudio tenían algún desempeño que afecta su calidad de vida; en referencia a la severidad de impacto, el promedio más alto fue: Sonreír; en cuanto a la Intensidad del impacto, Comer alimentos fue el que presentó un mayor impacto, según sexo, el femenino fue de $1,59 \pm 1,723$ desempeños afectados y para el sexo Masculino de $1,37 \pm 1,220$; según Institución Educativa, La Providencia presentó mayor número de desempeños afectados en relación a de la 16 de Abril. Conclusiones: La prevalencia de impacto de las condiciones orales auto percibidas fue alto, lo cual determina que tienen algún desempeño que afecta su Calidad de Vida. Según Institución educativa se observó que los niños pertenecientes a la institución privada, presentaban mayor número de condiciones afectadas en relación a problemas estéticos lo cual muestra insatisfacción con su aspecto bucal.

Palabras clave: Calidad de vida, salud bucal, caries dental, Child-ODP

Abstract

Aim: To determine the impact of the Oral Conditions on the Quality of Life Related to Oral Health (CVRSB) in schoolchildren of public and private institutions of the Azogues canton 2017. Materials and methods: Cross-sectional, observational study whose design was descriptive; evaluated 155 schoolchildren in the "16 de Abril" and "La Providencia" schools. The Spanish version (Peru) of the validated Child ODP index was used to estimate the impact of 17 oral conditions on 8 daily performances. Results: The most common self-perceived oral conditions were: Fall of a milk tooth

(42%), Position of the teeth (37%); according to the prevalence of impact of oral conditions: Smile (70.5%), Cleanse the mouth (60.9%). 74.9% of the children who participated in the study had some performance that affects their Quality of Life; In reference to the severity of impact, the highest average was: Smile; Regarding the Intensity of the impact, Eating food was the one that presented the greatest impact, according to sex, the Femenine was 1.59 ± 1.723 affected performances and for the Male sex of 1.37 ± 1.220 ; According to the Educational Institution, La Providencia presented the highest number of affected performances in relation to April 16. Conclusions: The prevalence of impact of the oral self-perceived conditions was high, which determines that they have some performance that affects their quality of life. According to the educational institution, it was observed that children belonging to the private institution had a greater number of affected conditions in relation to aesthetic problems, which shows dissatisfaction with their oral appearance.

Key words: Quality of life, oral health, CVRSB, Child-OIDP dental caries.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ratificó que las condiciones orales están indivisiblemente vinculadas con la calidad de vida de los pacientes (CVRSB), puede estar profundamente ligada con su bienestar físico, psicológico, emocional y social; es decir con la salud general de la persona ^{(1), (2)}.

Se puede definir a la calidad de vida como la autopercepción que tiene el individuo en cuanto a su entorno, es decir que está relacionado con su sistema cultural y de valores; especialmente con sus expectativas, objetivos y preocupaciones de su vida habitual. La medición de la calidad de vida es un parámetro muy importante en el campo de la salud pública, a través de los cuales nos permite conocer qué y cómo se afecta el ciclo vital individual, la cultura, la población entre otros.^{1,3} A este respecto la salud general de un individuo engloba una adecuada salud bucal fundamental para la calidad de vida ⁽³⁾.

La caries temprana de la infancia (CTI), es una manifestación la cual se desarrolla en la dentición temprana, inminentemente después de que hayan brotado las primeras piezas dentales ⁽⁴⁾. De igual manera las patologías bucodentales tales como problemas periodontales, mal oclusiones y caries son consideradas como las alteraciones más prevalentes. Según la (OMS) Estudios realizados en el Ecuador demuestran que entre las edades de 6 y 7 años, tienen aproximadamente un CPOD (Cariado, Perdido, Obturado) de 0,22, incrementándose en un 2,95 a partir de los 12 años, y a los 15 años con un CPOD de 4,64. Lo anteriormente expuesto concuerda con lo expresado por OPS/OMS ⁽⁵⁾.

En salud la meta primordial es resguardar la CV por medio de la prevención y el tratamiento de las diversas enfermedades que afectan en la actualidad. Sin embargo, al evaluar la calidad de vida relacionada con salud oral, es preciso la utilización de instrumentos confiables y validados que perciban distintas dimensiones. Este cuenta con la ayuda de preguntas o ítems cuyos niveles de

respuesta están categorizados en distintas escalas. Partiendo de lo anterior el análisis de las respuestas es calculado a través de la asociación entre las variables principales que engloban un adecuado estado de salud oral relacionado con un adecuado aspecto social, emocional y psicológico del individuo ⁽⁴⁾.

Sobre las bases de las ideas espuestas este instrumento evalúa la autopercepción y calidad de vida del individuo, siendo adaptable y aplicable transculturalmente en distintos países, regiones, edades, sexo, condición social y económica. De tal forma que es utilizado en el campo de la investigación clínica y epidemiológica, evaluación de la atención de salud, diagnósticos y tratamientos

Desde el punto de vista conceptual la “Calidad de vida” ha contribuido con la “percepción del individuo” en cuanto a la forma de concebir su salud, integrando aspectos en las diferentes etapas de la vida, como la autopercepción, satisfacción y medidas clásicas de mortalidad, morbilidad y expectativa de vida ^{(4), (5)}.

En los últimos años, diversos investigadores han desarrollado y validado distintos instrumentos para medir la calidad de vida como el Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECHOIS), Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), Child Oral Impacts on Daily performances Index (CHILD-OIDP) este último es utilizado particularmente para niños de 8 a 14 años, lo cual es considerado para este trabajo de investigación. La aplicación de esta encuesta validada se la puede realizar: mediante entrevista o diálogo individual. Actualmente se evidenció que es preferible la versión auto administrada, la cual nos ayuda a optimizar de manera adecuada el tiempo de la entrevista con los niños ^{(2), (6)}.

Los problemas bucales no tienen impacto solo en los involucrados (niños), sino también indirectamente en los padres de familia. Las evidencias demuestran que los cuadros clínicos de caries dental implican pérdidas de día de trabajo para los padres de familia, ya que muchos de ellos deben quedarse en casa al cuidado a sus hijos e invertido tiempo y dinero en los servicios odontológicos ^{(4), (7)}.

La caries dental tiene un impacto negativo sobre la calidad vida de los niños esto incluye: Una mayor experiencia de sensación de dolor, bajo apetito, cambios en su comportamiento, pérdida de peso, problemas para hablar, masticar y dormir, baja autoestima, pérdida de días de escuela lo cual se evidencia con la disminución de su rendimiento escolar ⁽⁸⁾.

Importancia del problema

La Salud es definida por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, psíquico, emocional y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” este concepto se relaciona con la calidad de vida de los individuos en cuanto a su estado de salud, estabilidad y capacidad funcional. La investigación ha desarrollado un concepto más universal sobre (CVRSB) el cual engloba diferentes factores como:

sociales, funcionales, psicológicos, y la presencia de molestias o dolor. Es decir, los problemas bucodentales tales como enfermedad periodontal, caries y mal oclusiones, son considerados componentes concluyentes en el impacto de la calidad de vida de los individuos; estableciendo factores de riesgo que impactan psicológica y físicamente el bienestar personal e individual de los niños. La Salud y la CVRS son entidades multidimensionales, importantes para un adecuado diagnóstico, por lo que no solo debemos enfocarnos en utilizar indicadores clínicos, sino también evaluar la calidad de vida, las percepciones emocionales y sociales que existen cuando hay complicaciones dentales ^{(2), (3), (5)}.

Según diversas investigaciones como las expuestas por Mercado ⁽¹⁾, Montero ⁽²⁾, Vallejo ⁽⁵⁾ se puede evidenciar que en la entidad pública predomina más el dolor dentario el cual puede relacionarse con la posición económica de los padres de familia o representantes, en cambio en la entidad privada los valores más altos hacen referencia a la autopercepción según su aspecto físico.

Metodología

Estudio de nivel relacional, prospectivo. La población estuvo conformada por los escolares de 12 años de edad matriculados en el período 2017, en el nivel primario, en las Instituciones Educativas Pública “16 de abril” y privada “La Providencia”, Azogues, Ecuador.

Para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la herramienta informática médica Fistera, obteniéndose una muestra ajustada a pérdidas de 127 estudiantes; en el presente estudio se incluyó 155 estudiantes que cumplieron con los criterios de selección, el muestreo utilizado fue probabilístico, aleatorio simple. Se realizó consentimiento informado a todos los padres cuyos hijos participaron en el estudio. La muestra quedó conformada, según sexo por 96 mujeres y 59 varones y según entidad educativa por 85 escolares de la institución pública y 70 de la privada. La recolección de datos se realizó en los meses de septiembre y octubre de 2017, utilizando la versión validada en español (Perú) del Índice Child-OIDP., mediante el cuestionario auto-administrado en el cual cada escolar identificó la lista de las 17 condiciones bucales, aquellas que habían ocasionado problema o impacto para sus actividades cotidianas o desempeños esto en los últimos tres meses. Agregado a esto se realizó el diagnóstico individual con duración de 8 minutos para determinar la frecuencia, severidad de los impactos de las condiciones orales

Para el dato de frecuencia de los impactos en los desempeños diarios, se preguntó a cada escolar, cuál (les) de las 17 condiciones bucales, señaladas previamente en el cuestionario auto-administrado, habían causado molestias en cada uno de los ocho desempeños habituales, y cuán a menudo en los últimos 3 meses habían sucedido. Para la severidad de los impactos en los desempeños, se preguntó a cada escolar cuán severo había sido el impacto en cada desempeño.

La severidad fue registrada, según el esquema usado por Gherunpong en una escala de 1 a 3 en cada caso. Los puntajes del Índice Child-OIDP, o impacto de las condiciones bucales en cada desempeño diario del escolar, se calcularon multiplicando los puntajes de frecuencia por severidad del impacto para cada desempeño habitual, en un rango de 0-9, multiplicando luego el resultado por 100 y dividiéndolo entre 9. El puntaje global del Índice Child-OIDP por escolar se calculó sumando los puntajes del índice en las ocho actividades, en un rango de 0-72, multiplicándolo luego por 100 y dividiéndolo entre 72. La extensión del impacto de las condiciones bucales en los desempeños se obtuvo determinando el número máximo de desempeños impactados por escolar, en un rango de 0-8, y para la muestra se promedió el número de desempeños impactados entre los escolares. Para evaluar la intensidad de los impactos en cada desempeño, los puntajes del índice fueron clasificados en una escala de cinco categorías, desde “intensidad muy severa” hasta “muy poca intensidad”, según propuesto por Gherunpong. Se analizó la frecuencia de condiciones orales percibidas como causa de impacto y la frecuencia de desempeños impactados, según sexo y según nivel educativo, mediante la prueba Chi-cuadrado. La comparación de medias de condiciones orales percibidas como causa de impacto de medias de la extensión del impacto en los desempeños y de medias de la severidad del impacto en los desempeños, según sexo y según nivel educativo, se realizó utilizando la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados

comparación de la frecuencia de condiciones auto-percibidas como problemas orales más frecuentes para los estudiantes de 12 años de edad, de una escuela pública y otra privada institución educativa fue: La Providencia, posición de los dientes (47,9%), mal aliento (39,8%). Mientras que en la escuela 16 de abril, se encontró dolor de muela (43,7%), caída de un diente de leche (36,8%)

Existió significancia estadística en las condiciones orales auto percibidas como: dolor de la muela y posición de los dientes ($p=0,007$), Color de los dientes ($p=0,006$), mal aliento con ($p=0,031$).

Tabla No. 1

Comparación de la frecuencia de condiciones orales auto-percibidas como problema de los escolares

PROBLEMAS ORALES	PRIVADA		PÚBLICA		Valor p*
	(n	=70)	(n	=85)	
	n	%	n	%	
Dolor de muela	12	13,1	42	43,7	0,007*
Diente sensible	31	32,6	23	24,8	0,342
Diente con cavidad	16	32,4	30	31,5	0,242
Caída de un diente de leche	30	31,5	35	36,8	0,173
Espacio entre dientes	28	29,1	14	15,7	0,316
Fractura de diente permanente	3	4,9	3	4,9	0,637
Color de los dientes	26	27,8	6	7,2	0,006*
Forma o tamaño de los dientes	16	17,3	3	4,9	0,534
Posición de los dientes	46	47,9	12	13,5	0,007*
Sangrado de encías	26	27,8	14	15,3	0,578
Inflamación de las encías	3	4,9	6	7,9	0,532
Sarro o cálculo dental	5	6,2	3	4,9	0,413
Llagas o heridas en la boca	9	10,8	7	8,5	0,385
Mal aliento	38	39,8	10	11,2	0,031*
Deformación de la boca o cara	0	0	1	0,6	0,832
Erupción de dientes permanentes	0	0	2	1,3	0,223
Pérdida de dientes permanentes	4	5,6	0	0	0,415
Otros	2	1,3	0	0	0,465

Elaborado: Lesly Barahona

Prueba de comparación de proporciones

*Significancia estadística

Tabla No. 2

Comparación de la prevalencia del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida

DESEMPEÑOS	PRIVADA		PÚBLICA		Valor p
	(n	=70)	(n	=85)	
	N	%	n	%	
Comer alimentos	20	22,1	75	77,9	0,007*
Hablar claramente	25	27,8	20	22,8	0,423
Limpiarse la boca	48	50,9	52	54,1	0,373
Descansar	25	27,1	10	12,9	0,642
Buen estado de animo	10	12,9	18	20,2	0,543
Sonreír, reír	80	82,5	40	42,5	0,002*
Realizar labores escolares	40	42,6	40	42,6	0,233
Contactarse con otras personas	40	42,6	39	41,6	0,632
Total	250	72,9	270	84,2	0,541

Elaborado: Por Lesly Barahona

Prueba de comparación de proporciones

*Significancia estadística

Comparación del impacto de las actividades diarias que con más frecuencia afectan la calidad de vida de los niños de 12 años de edad, de una escuela pública y privada según institución educativa, son: para los niños de entidad privada son: sonreír, reír (82,5%), limpiarse la boca (50,9%), realizar labores escolares; y las menos frecuentemente afectadas son: buen estado de ánimo (12,9%); y para los niños de la entidad pública son: comer alimentos (77,9%), limpiarse la boca (54,1%) y las menos frecuentemente afectadas son: descansar (12,9%) . el 72,9% de los niños de la entidad privada y el 84,2 % de los niños de la entidad pública, tienen alguna actividad que afecta la calidad de vida relacionada a la salud. existiendo significancia estadística según establecimiento educativa en: comer alimentos ($p=0,007$) y sonreír o reír ($p=0,002$).

Tabla 3:
Comparación de la severidad del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida

DESEMPEÑOS	Privada		Pública		Valor p
	(n Media	70) D.E.	(n Media	85) D.E.	
Comer alimentos	1,03	1,758	1,41	1,758	0,032*
Hablar claramente	0,31	1,271	0,32	0,854	0,812
Limpiarse la boca	1,15	1,921	0,26	1,326	0,001*
Descansar	0,15	1,032	0,25	0,481	0,531
Buen estado de animo	0,40	1,432	0,02	0,585	0,043*
Sonreír, reír	1,50	1,864	0,94	1,653	0,002*
Realizar labores escolares	0,38	1,062	0,22	0,323	0,271
Contactarse con otras personas	0,57	1,352	0,00	0,00	0,002*
Total	6,12	7,152	1,75	5,491	0,548

Elaborado: Por Lesly Barahona

Prueba U de Mann Whitney

*Significancia estadística

Comparación de la severidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 12 años de una escuela pública y otra privada existe significancia estadística en sonreír-reír ($p<0,002$), limpiarse la boca ($p<0,001$) y contactarse con otras personas ($p<0,002$)

Tabla 4:
Intensidad del impacto de las condiciones orales sobre los desempeños en la calidad de vida de escolares

Intensidad	DESEMPEÑOS								
	Comer	Hablar	Limpiarse	Descansar	Buen estado de ánimo	Sonreír	Realizar labores escolares	Contactarse con personas	TOTAL
	%	%	%	%	PRIVADA	%	%	%	
Muy Poca	13,54	8,21	9,65	4,03	4,91	8,76	2,76	1,38	20,35
Poco	12,28	3,34	6,56	0,86	2,49	6,48	0,08	0,65	11,87
-Regular	16,44	1,98	3,32	2,55	1,04	5,32	0	3,76	45,23
Severa	3,61	2,43	1,54	1,09	0,43	1,04	0,73	0,38	0,98
Muy Severa	1,65	1,43	2,56	1,01	0,32	1,43	0,87	0,52	0,53
(n)	95	45	100	35	28	120	80	79	139
PÚBLICA									
Muy Poca	13,54	6,64	7,65	2,03	1,81	6,65	1,83	2,76	19,95
Poco	8,25	1,44	5,56	0,54	2,32	9,58	0,86	1,81	13,67
Regular	18,44	2,86	4,92	1,67	1,78	7,32	0,01	3,78	46,23
Severa	1,59	2,87	1,85	1,09	0,95	3,93	0,08	0,06	0,75
Muy Severa	1,54	0,34	1,55	0,76	0,69	1,86	0,54	0,67	0,69
(n)	95	45	100	35	28	120	80	79	139
Valor p*	0,045*	0,892	0,05*	0,867	0,687	0,789	0,045*	0,034*	0,38

Elaborado: Por Lesly Barahona

Prueba U de Mann Whitney

*Significancia estadística

los porcentajes más altos de intensidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida según institución educativa, de acuerdo a la actividad diaria, en niños de la unidad educativa pública fue: comer 18,44% regular, hablar 6,64% muy poca, limpiarse la boca 7,65% muy poca, descansar 2,03% muy poca, buen estado de ánimo 2,32% poca, sonreír 9,58% poca, realizar labores escolares 1,83% y contactarse con otras personas 3,87%. en resumen, el 56,23% de los niños de la escuela 16 de abril presentaron una intensidad de impacto de nivel “regular”, 19,95% muy poca, 13,67% poco, 0,75 muy severa, 0,69 severa.

Discusión

El presente trabajo investigativo fue realizado en San Francisco de Peleusí de Azogues, capital de la Provincia de Cañar, se encuentra a 2.518 metros sobre el nivel del mar, la ciudad tiene una población de 33.848 habitantes, su temperatura media es de 17°C.23.

Este estudio evaluó el impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 12 años de edad, de la escuela La Providencia y 16 de abril, en el año 2017, utilizando el instrumento validado Child OIDP, aplicado a 155 niños.

En relación al sexo, se evaluaron 96 niñas (61,9%) y 59 niños (38,1%); y según su la entidad educativa a la que pertenecen, 70 niños (45,2%) de la institución pública La Providencia y 85 niños (54,8 %) de la institución privada 16 de abril.

En la actualidad los problemas bucodentales tienen gran prevalencia en niños y adultos y pueden afectar de modo significativo en la realización de tareas diarias, tanto en la escuela como en el trabajo, así también como en el pasatiempo de las personas ⁽²⁾.

Las condiciones orales auto percibidas como problemas por escolares de 12 años de edad según la covariable sexo mostró diferencia estadísticamente significativa ($p=0,041$), que concuerda con la investigación realizada por Moreno² realizado en Licantén en el 2013, siendo causantes de impactos con mayor prevalencia en mujeres con $8,27 \pm 10,42\%$ y en hombres con $5,41 \pm 10,044\%$, existiendo diferencia estadística ($p = 0,004$), que concuerda con Athira¹¹ realizado en Bangalore- India en el 2015 donde hubo una diferencia estadísticamente significativa de ($p=0,03$) en cuanto a la covariable sexo, siendo mayor en el sexo femenino la cual es similar al estudio realizado por Montero ⁽¹²⁾ España en el 2016 con una diferencia estadísticamente significativa de ($p=0,005$), contrarrestando con el trabajo investigativo expuesto por Vallejo⁽⁵⁾ Azogues 2015, Reinoso⁽²⁰⁾ Cuenca 2017, Ingunza⁽⁶⁾ Ventanilla, Callao, Lima 2015, Castillo⁽⁷⁾ Piura-Perú en el 2014, donde no existió diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de los impactos en los desempeños según sexo.

Es este trabajo investigativo los problemas más frecuentemente encontrados fueron: caída de un diente (42%), posición dental (37%), dolor y diente sensible (35%), mal aliento con (31%), diente con cavidad (30%), espacio entre los dientes (27%), color (26%), forma de los dientes (21%), contrasta con la investigación de vallejo⁵ donde la posición dental (39,1%) fue el más alto, seguido de la caída de un diente (37,5%), y diente sensible con (34,9%), Moreno⁽¹²⁾ en cambio señala que lo más problemas más afectados fueron: color (42,36%), posición (41,87%), sensibilidad (35,47%); refuta con los trabajos investigativos Del Castillo⁽⁷⁾, Guerra⁽¹⁶⁾ Italia 2014, Ingunza⁽⁶⁾, Amalia Yogyakarta⁽¹⁴⁾, Indonesia 2017, Reinoso⁽²⁰⁾ donde coinciden que el problema bucal con mayor afección fue dolor (72,7%), datos diferentes obtiene Encalada⁽²²⁾ Cañar Ecuador donde la condición oral autopercebida con mayor impacto fue diente cariado con un 45.3%.

En el presente estudio se encontró que el sexo femenino fue el más afectado por alguna condición oral, con los siguientes resultados: sexo femenino, posición dental (43,5%), caída de un diente (35,1%), mal aliento (32,2%), y en el sexo masculino, dolor (54,3%), diente sensible (35,7%). según Moreno⁽⁵⁾ posición dental fue en mujeres el problema más encontrado (50,0%), varones (31%); color de dientes en mujeres (48,0%), varones el (37%). Del Castillo ⁽⁷⁾ señaló que el diente sensible fue más frecuente en mujeres que en varones con el ($p=0,04$), Ingunza⁶ concuerda con el estudio de Reinoso⁽²⁰⁾ donde indican que según sexo fue: dolor mayor en varones (74,1%) y mujeres (71,6%).

en este trabajo investigativo se encontró que las condiciones auto-percibidas como problemas orales más frecuentes, según institución educativa fue: La Providencia, posición dental (47,9%), mal aliento (39,8%), espacio entre los dientes (29,1%), y las menos frecuentes fueron: erupción de diente permanente junto con deformación de la boca (0%); 16 de abril, dolor (43,7%), caída de un diente (36,8%), diente con cavidad (31,5%), y las menos frecuentes fueron: pérdida de dientes permanentes y otros (0%), deformación de la boca o cara (0,6%). existió significancia estadística en las condiciones orales auto percibidas como: dolor, posición de los dientes ($p= 0,007$), color ($p=0,006$), mal aliento ($p=0,031$). comparando con 20156 y 20147, según entidad educativa (pública y privada) difiere la prevalencia de las condiciones autopercebidas, siendo el de mayor impacto dolor en la entidad pública similar a los resultados obtenidos en esta investigación.

Sin embargo, el 12% de dolor que perciben los niños de la escuela privada, en comparación al 43,7% de la escuela pública considero importante debido a que los niños de la entidad pública tienen menor acceso a la odontología especializada, por lo tanto, tiene menos interés con su aspecto físico el cual coincide con el trabajo investigativo de Vallejo ⁽⁵⁾, Paredes ⁽¹⁸⁾, Del castillo ⁽⁷⁾, Moreno ⁽²⁾.

En este trabajo investigativos la prevalencia de impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en los niños de 12 años de edad: sonreír (70,5%), limpiarse (60,9%), comer (57,1%), realizar labores escolares (53,6%) similar al trabajo investigativo expuesto por gomescoello24 lima-perú donde los resultados fueron: sonreír 38% seguido de comer con el 36%. el 74,9% de los niños participantes del estudio tienen alguna actividad que afecta la CVRSB; cuyos porcentajes se asemejan a los estudios realizados por Paredes ⁽¹⁸⁾ e Ingunza ⁽⁶⁾ el 100%, Moreno ⁽²⁾ 68%. Del Castillo ⁽⁷⁾ el 88,7%, Vallejo ⁽⁵⁾, ⁽⁷⁾, ⁽⁸⁾, ⁽¹⁰⁾, Athira ⁽¹¹⁾ 68,90%, Gomescoello24 79%

Barahona en el 2017 señala que los desempeños más nombrados según los niños en cuanto a la severidad del impacto de las condiciones orales fueron: comer $1,30 \pm 1,932$, seguido de sonreír $0,65 \pm 1,612$ y el valor más bajo fue contactarse con otras personas $0,11 \pm 0,582$ que se asemeja la investigación de Athira ⁽¹¹⁾ donde el promedio más alto fue comer $1,40 \pm 1,945$.

En cuanto a la severidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares, según sexo en este trabajo investigativo fueron: en el sexo femenino fue comer 17,44% regular, hablar 9,21% muy poca, limpiarse la boca 8,65% muy poca y para el sexo masculino los porcentajes fueron comer 21,44% regular, hablar 8,54 % muy poca, limpiarse la boca 8,65% muy poca, descansar 3,03% muy poca. ingunza6 encontró el valor más alto para mujeres en comer regular (1,32), varones (1.36) muy poco; limpiarse la boca muy poco (0,97) para mujeres y regular (1,10) varones. similar situación encontró Del Castillo ⁽⁷⁾, el valor más alto para mujeres en comer regular (1,03), varones (1.09); limpiarse la boca (0,70) para mujeres y (0,93) varones, distinto a la investigación de Athira ⁽¹¹⁾ donde el valor más alto para las mujeres fue hablar (1,34) seguido de limpiarse la boca (0,92).

Este trabajo investigativo señaló que los resultados de la severidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares, según entidad educativa fueron: en pública comer 18,44% regular, hablar 6,64% muy poca, limpiarse la boca 7,65% muy poca, y para la privada comer 18,44% regular, hablar 6,64% muy poca, limpiarse la boca 7,65% muy poca, similar al trabajo investigativo de Duarte⁽¹⁷⁾ y Paredes⁽¹⁸⁾, Evaristo⁽²⁵⁾ y donde comer tuvo el porcentaje más alto con un impacto regular en los niños de la entidad educativa pública y posición, color dental en la entidad educativa privada, diferente al estudio de Vallejo⁽⁵⁾ donde la severidad de las condiciones orales eran “muy poco”.

Conclusión

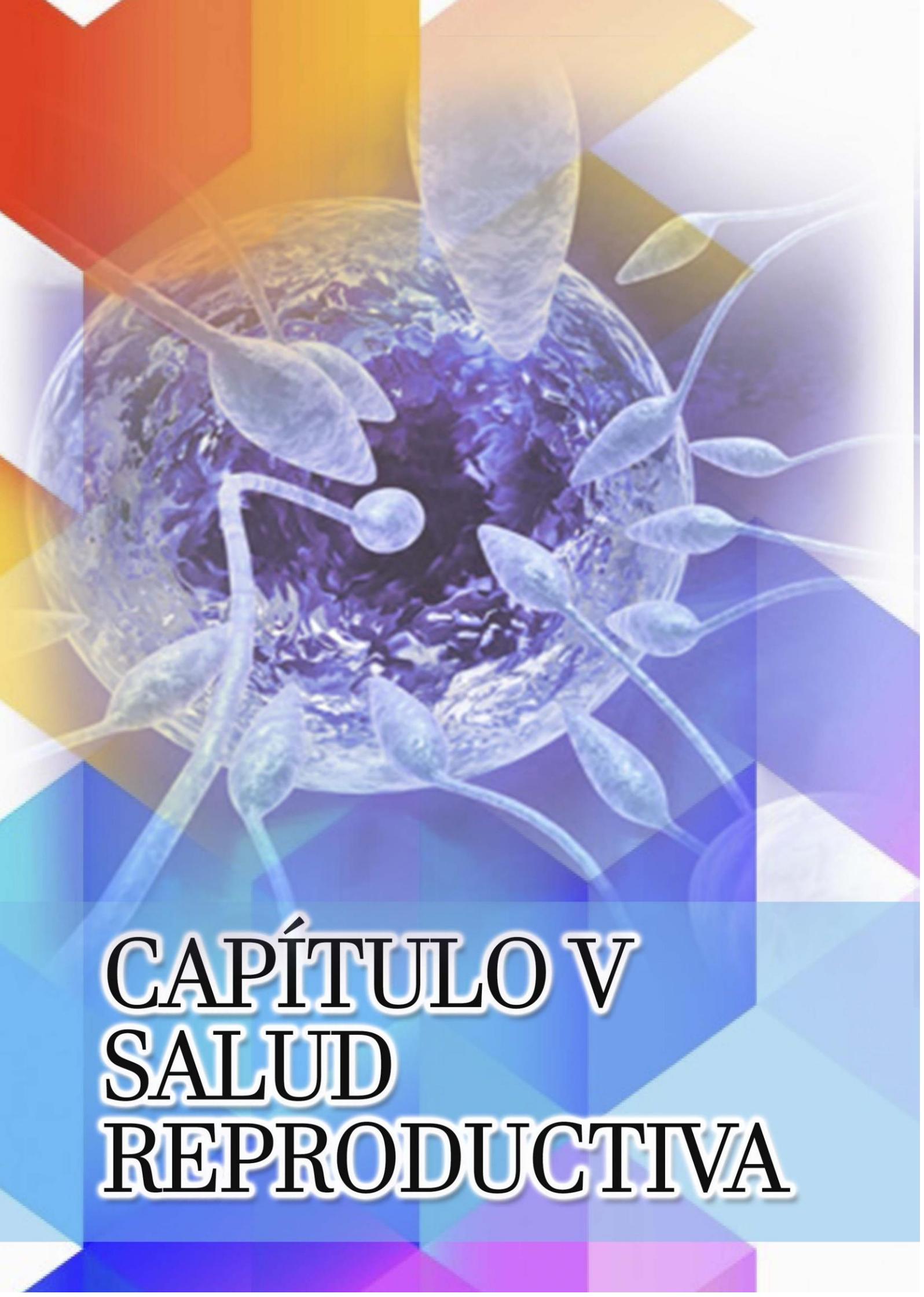
1. La prevalencia de impacto de las condiciones orales auto-percibidas por los niños de las escuelas: pública y privada representa el 74,9 %, lo cual determina que tienen algún desempeño que afecta su calidad de vida.
2. Con relación a la severidad del impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida obtuvo un promedio más alto en el desempeño Sonreír, seguido de limpiarse la boca y comer alimentos existiendo diferencias significativas entre sexo y entidad educativa.
3. Con respecto a la frecuencia de condiciones orales auto percibidas el más frecuente fue caída de un diente de leche existiendo molestias al comer y limpiarse los dientes.
4. En cuanto al tipo de entidad con más condiciones orales afectadas, hubo un porcentaje mayor en la institución privada cuyos problemas fueron estéticos en relación a la pública.
5. Las actividades diarias o desempeños, afectadas debido a problemas bucales, tuvieron una intensidad severa en desempeños de comer alimentos y hablar claramente tanto para sexo como para entidad educativa.

Referencias

1. Mercado S y cols. Malocclusions Associated with Quality of Life in Andean Population. Rev Oactiva UC Cuenca. 2017; 2(1): 63-68.
2. Moreno X, Vera C y Cartes R. Impacto de la Salud Bucal en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años, Licantén, 2013. Rev Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral. 2014; 7(3):142-148.
3. Porto I y Díaz S. Implications of oral health on quality of life by individual life cycle. Acta Odontológica Colombiana. 2017; 7(2): 49-64.
4. Abanto J, Bönecker M y Raggio D. Impacto de los problemas bucales sobre la calidad de vida de niños. Rev Estomatol Herediana. 2012; 20(1): 38-43.

5. Vallejo F. Calidad de vida en relación a la salud bucal y rendimiento académico en escolares de 11 a 12 años de edad del cantón Azogues – Ecuador 2015. [Tesis Maestría]. Universidad Cayetano Heredia. Lima- Perú. 2016
6. Ingunza M, Castillo C, Evangelista A, Sánchez P. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de ámbito urbano-marginal. *Rev Estomatol Herediana*. 2015; 25(3): 194-204.
7. Castillo C, Evangelista A, Sánchez P. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural, Piura, Perú. *Rev Estomatol Herediana*. 2014; 24(4): 220-228.
8. Freitte M, Candiales Y, Cabello R, Urzúa I, Rodríguez G. Aspectos sobre la medición del impacto de la caries dental en la calidad de vida de las personas. *Rev Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*. 2013; 8(2): 42-46.
9. Crespo C y cols. Impacto de maloclusiones sobre la calidad de vida y necesidad de tratamiento ortodóntico en escolares de dos escuelas privadas Azogues - Ecuador, 2015. *Rev Estomatol Herediana*. 2017; 27(3): 141-52.
10. Caballero C, Flores J, Arenas L. Salud bucodental relacionada a la calidad de vida: Revisión crítica de los instrumentos de medición. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2017; 15(2):108-117.
11. Athira S y cols. Oral Health-Related Quality of Life of School Children Aged 12-17 Years According to the Child-Oral Impacts on Daily Performances Index and the Impact of Oral Health Status on Index Scores South. Bangalore- India. *International Journal of Preventive and Public Health Sciences*. 2015; 25(3): 123-125.
12. Montero J y cols. Oral health-related quality of life in 6- to 12-year-old schoolchildren in Spain. Dental-related quality of life in Spanish school children. 2016
13. Basavaraj P, Sunil M, Nagarajappa R, Ashish S, Ramesh R. Correlation Between Oral Health and Child-OIDP Index in 12- and 15-Year-Old Children From Modinagar India. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2014; 26(4): 390– 400
14. Amalia R, Schaub H, Stewart E, Widyanti N y Groothoff J. Impact of school-based dental program performance on the oral health-related quality of life in children. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*. 2017; 8(12): 17-19.
15. Villarruel A y Moya T. Influencia de la salud oral en la calidad de vida de escolares de 11 a 14 años. *Rev Científica Dominio de las ciencias*. 2017; 3(1): 416-431.

16. Guerra F y cols. Prevalence of oral impacts and validity of the Child-Oral Impacts on Daily Performance (OIDP): pilot study of 10-11 year-old children in Italy. *Rev Senses Sci.* 2014; 12(2): 18-23.
17. Duarte L y cols. Correlation and comparative analysis of the CPQ and child-OIDP indexes for dental caries and malocclusion. *Original Research Pediatric Dentistry.* 2017; 2(31):11-14.
18. Paredes R y Díaz M. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares del Distrito de San Juan de Miraflores. *Rev Estomatol Herediana.* 2014; 24(3): 171-177.
19. Castillo C, Evangelista A, Sánchez P. Impacto de las condiciones bucales sobre la calidad de vida en escolares de ámbito rural Piura- Perú. *Rev Estomatol Herediana.* 2014; 24(4): 220-228.
20. Bernabé E y cols. Intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances by type of self-perceived oral problems. *Rev Eur J Oral Sci.* 2007; 16(2): 111-115.
21. Reinoso N y Castillo C. Calidad de vida relacionada a la salud bucal en escolares de Sayausí, Cuenca Ecuador. *Rev Estomatol Herediana.* 2017; 27(4): 227-34.
22. Encalada L. Autopercepción de condiciones orales sobre desempeños diarios de escolares de Cañar Ecuador. 2017 [Tesis Maestría].
23. Avilés P. Organización Territorial del Estado - Capítulo tercero: Gobiernos autónomos descentralizados y regímenes especiales. San Francisco de Peleusí de Azogues. enero de 2016. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Azogues>
24. Gomescoello N. Impacto de las condiciones orales sobre la calidad de vida en escolares de 11 y 12 años de dos escuelas públicas del área urbana de la ciudad Cuenca-Ecuador. 2015. [Tesis Maestría]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2016
25. Evaristo T. Calidad de vida y su relación con rendimiento académico según características sociodemográficas de estudiantes de odontología. 2012 [Tesis Maestría].



CAPÍTULO V

SALUD

REPRODUCTIVA

Embarazo en adolescentes con enfoque de funcionamiento familiar, sociodemográfico y económico

Md. María Fernanda Rodríguez Zambrano
fernandarodriguez0209@gmail.com
Universidad Católica de Cuenca

Dr. Ernesto Bolívar Martínez Trujillo
funides.investigacion@gmail.com
Fundación para la Investigación y Desarrollo Social

Lic. Adriana Sacoto Encalada
adrianasacoto75@hotmail.com
Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues

Resumen

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, en nuestra población se ha asociado a factores familiares, económicos y personales. Objetivo general: Determinar la asociación del embarazo con enfoque familiar, sociodemográfico y socioeconómico en adolescentes de 15-19 años atendidas en Centro de Salud el Tambo de marzo 2014 - marzo 2015. Tipo de estudio: analítico con diseño de casos y controles. Técnica: encuestas a las adolescentes embarazadas y no embarazadas. Universo: las adolescentes entre los 15 a 19 años del Cantón El Tambo. Muestra: 106 adolescentes embarazadas y un grupo control de 106 adolescentes no embarazadas. Resultados: La media de edad del grupo de casos fue de 17,49 años y en el grupo control de 16,96 años; el embarazo en la adolescencia fue más frecuente en los siguientes grupos: adolescentes de 17 años 27,4%; residentes en el área rural 64,2%; de etnia mestiza 51,9%; religión católica 75,5%; con 12 años de estudio 31,3%; con disfuncionalidad familiar moderada 58,5% y de nivel socio económico medio bajo: 43,4%; son factores de riesgo los siguientes: residencia rural OR 2,5 (1,4-4,3); disfuncionalidad familiar OR 6,6 (3,6-12,1) y niveles socio económicos medio bajo y bajo OR 1,9 (1,4-2,4).

Palabras clave: embarazo adolescente, riesgo, disfuncionalidad familiar, etnia, nivel socio económico, caso control.

Abstract

Pregnancy in adolescence is a public health problem in our population, it has been associated with family, economic and personal factors. OBJECTIVE: The main objective of this research was to determine the association of pregnancy with family, sociodemographic and socioeconomic approach in adolescents aged 15-19 years attended at El Tambo Health Center from March 2014 to March 2015. Type of study: analytical with case control. Technique: pregnant and non-pregnant adolescent's surveys. Universe: adolescents between 15 and 19 years of Canton El Tambo. Sample: 106 pregnant adolescents and a control group of 106 non-pregnant adolescents. Results: The mean age of the group

of cases was 14.49 years and in the control group was 16.96 years; Adolescent pregnancy was more frequent in the following groups: 17-year-olds 27.4%; residents in the rural area 64.2%; mixed ethnicity 51.9%; 75.5% Catholic religion; with 12 years of study, 31.3%; with moderate family dysfunction 58.5% and socio-economic level C- (Medium low) 43.4%; the following are risk factors: rural residence OR 2.5 (1.4-4.3); Family dysfunction OR 6.6 (3.6-12.1) and Socioeconomic levels medium low and Low OR 1.9 (1.4-2.4).

Key words: pregnancy, adolescent, risk, family dysfunction, ethnicity, socio - economic level, case control.

Introducción

La adolescencia es un periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad; es una etapa en la cual esta población se encuentra frente a nuevos retos y el emprendimiento de nuevas actividades para definir su postura frente a su vida adulta; es en esta población donde se pueden generar problemas o situaciones no deseables como el embarazo en la adolescencia.

El problema del embarazo en la adolescencia va más allá de la prevalencia, pues el Ministerio de Salud Pública del Ecuador lo considera como un problema de salud pública; por las implicaciones a la salud de las futuras madres además del impacto sanitario que se debe abordar desde distintos ángulos relacionados con la mayor frecuencia de embarazos adolescentes. De esta manera hoy en día se acepta que las condiciones familiares, así como las socio económicas de las adolescentes se relacionan en su presentación; adicionalmente los factores demográficos también se han relacionado por ejemplo la educación de las adolescentes, se ha comprobado que el nivel educativo influye directamente en la presentación de embarazos; al igual que la edad de la menarquia que va de la mano con el uso de anticonceptivos.

Otro factor, que incide en la aparición del embarazo en la adolescencia es la disfuncionalidad familiar; la ausencia de un adecuado ambiente familiar genera carencias afectivas que la población adolescente no puede o no sabe cómo resolver; impulsándolos a las relaciones sexuales, como medida de escape ante la situación familiar difícil.

Según Rodríguez ⁽¹⁾ la problemática del embarazo en la adolescencia es un tema de actualidad que trae consigo una preocupación para la sociedad y para el sistema de salud; siendo un problema de relevancia en salud pública, esta situación se replica tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados siendo al parecer los determinantes sociales los que más se asocian y provocando repercusiones no deseadas tanto en la madre como para los niños.

Guachamín ⁽²⁾ en un esfuerzo por comprender las características y asociaciones del embarazo en la adolescencia menciona que, éstos son consecuencia de una condición desfavorable de la mujer ante

la sociedad con menor acceso a los recursos, como la educación lo que le impide proveerse de herramientas válidas para competir, de esta manera se podría comprender que la maternidad en algunas circunstancias es una de las metas que la mujer considera para alcanzar su lugar en la sociedad.

Romero ⁽³⁾ profundizando en la evolución del embarazo en la adolescencia en términos estadísticos menciona que en los últimos 10 años el embarazo en la adolescencia ha ido en incremento; oscilando entre los cien nacimientos por cada 1000 mujeres gran parte embarazos no deseados o no planificados; el impacto en la adolescente es evidente pues existen una serie de repercusiones en la esfera psicológica, biológica, económica y en lo social; obviamente estos efectos son a largo plazo.

La OMS cita que algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años ⁽⁴⁾.

El embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar en Chile es uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en este período: el embarazo en la adolescencia, considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social ⁽⁵⁾.

Según Rioja L. al opinar en el Telégrafo las consecuencias para las madres adolescentes se reflejan principalmente en el ausentismo escolar debido a las añadidas responsabilidades domésticas, según Fuentes del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE). En menor medida sucede lo mismo con los padres adolescentes, que al enfrentar nuevas responsabilidades económicas se incorporan a una edad temprana al mercado laboral y muchas veces de manera precaria e informal. Es decir, la salida del panorama educativo es doble: tanto por parte del padre como de la madre adolescente, generando un bajo nivel de instrucción que tendrá consecuencias en el cuidado y desarrollo familiar ⁽⁶⁾.

En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina. Algo más de la mitad de adolescentes se concentra en Colombia y Perú, y la otra mitad en el resto de los países andinos. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados ⁽⁷⁾.

Beltrán menciona que el 50% de las adolescentes venezolanas se inicia sexualmente antes de los 19 años y el 10% antes de los 15 años. En zonas menos urbanizadas y rurales la edad disminuye, el 30% se inicia antes de los 15 años y el 70% antes de los 19 años ⁽⁸⁾.

Los datos sobre el embarazo adolescente han ido en aumento con el pasar de los años, es así como en el año 1999 la frecuencia de partos en los hospitales fue de 18,5% según datos del Hospital Isidro Ayora, asciende la frecuencia en el año 2008 hasta un 34,53% este dato del Hospital Vicente Corral Moscoso de la Ciudad de Cuenca, además en otro Hospital de nuestra región: José Félix Valdivieso del Sigsig fue de un 24,8% ⁽⁹⁾.

Macías y Murillo llevaron a cabo un estudio descriptivo en Manabí, encontrando que las adolescentes embarazadas constituyen el 20%, del total de embarazos atendidos en este establecimiento sobre todo a edades entre 17 -19 años de edad, la mayor parte provenientes de zonas urbano-marginales de Portoviejo, la mayoría cumple las labores del hogar evidenciando la tendencia de la cultura ecuatoriana a vivir en estado de unión libre y la mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, el analfabetismo represento solo el 1% y la mayor parte cursaban la secundaria lo que pone manifiesto las deficiencias en la enseñanza sobre educación sexual en los colegios y escuelas de esa provincia, el 93% de las adolescentes nunca utilizaron métodos anticonceptivos ⁽¹⁰⁾.

Cedeño y García en un estudio llevado a cabo en Portoviejo, encontraron una frecuencia de embarazo precoz en la adolescencia del 22,97%; lo que se ajusta a los reportados en otros estudios y no se aleja de la media mencionada en otros estudios ⁽¹¹⁾.

Según el INEC la tasa nacional de embarazo en la adolescencia es de 107,20 pacientes por cada 1000 adolescentes; analizando las Ciudades más representativas mencionan las siguientes tasas: Machala 101,89; Guayaquil 94,02; Quito 78,85; Cuenca 67,38 y Ambato 66,76 ⁽¹²⁾.

Gómez y Montoya en un estudio llevado a cabo en 193 adolescentes encontraron que los factores asociados mediante el análisis multivariado (se utilizó el estimador Odds Ratio que de aquí en adelante se lo identificará con las iniciales OR) con mayor riesgo de embarazo adolescente fueron: la edad (OR: 8,33 IC: 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR: 12,52 IC: 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), la convivencia con la pareja (OR: 17,47 IC: 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC: 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC: 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC: 1,01-9,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC: 1,12-11,96) y los ingresos económicos familiares (OR: 3,98 IC: 1,45-10,92) ⁽¹³⁾.

Un estudio llevado a cabo por Santos en Quilloac-Cañar ha encontrado que la prevalencia de embarazos no deseados fue del 69%; el 29% de 17 años; el 35% son de unión libre, el 59% de instrucción secundaria incompleta, el 52% de religión católica, el 47% tuvo su primera menstruación a los 12 años, el 48% tuvo su primera relación sexual a los 15 años, el 33% se sintieron tristes al

encontrase embarazadas, el 70% se sienten alegre, el 42% recibieron apoyo de sus familiares, el 61% asumen su embarazo con voluntad, el 83% constituye el primer embarazo, el 79% no utilizó ningún método anticonceptivo, el 47% de las parejas tienen la instrucción secundaria completa, el 55% de las parejas son estudiantes, el 68% de las adolescentes son estudiantes, el 58% tienen acceso a medios de comunicación, el 47% de las adolescentes viven con la pareja, el 44% tienen una relación buena con los padres, el 92% tienen familiares que han migrado, el 77% no conversan de sexualidad en la casa, el 23% han recibido maltrato verbal, el 67% no tienen normas de conducta en la casa ⁽¹⁴⁾.

Otro estudio en Cuenca llevado y citado por Avilés y colaboradores encontró que el 54% de los embarazos adolescentes se encuentran en tercero de bachillerato y 26% en segundo; la edad promedio de embarazos es de 17,48 años de estos el 22% corresponden a un grupo de 18 a 19 años, 26% al grupo de 17 a 18 años y 34% al grupo de 16 a 17 años; refiriéndose al estado civil de las embarazadas en un 64% es de soltera, 26% casada y 10% unión libre; sobre la persona a la que comunicó sobre el embarazo de la estudiante el 48% comunicó a la pareja, 28% comunicó a su madre, 12% a los hermanos y el 8% a los amigos; en cuanto al inicio de las relaciones sexuales 38% tuvieron su primera relación sexual a los 15 años, 22% a los 16 años y 14% a los 17 años; indica además que el 84% de los embarazos estudiados no fueron planificados y el 16% si fueron embarazos planificados por las adolescentes ⁽¹⁵⁾.

Quimlivan y colaboradores mencionan que las experiencias familiares negativas durante los primeros años de vida están estrechamente relacionadas con el fenómeno, la separación de los progenitores y la violencia familiar son los factores más importantes. La violencia familiar crea un ambiente extremadamente hostil, donde el niño teme al padre agresor, la comunicación es escasa y la relación entre padre e hijo está comprometida. Además, puede producirse la separación de los padres, hecho que genera una estructura familiar inestable. En muchos casos, el niño puede abandonar el hogar y experimentará desventajas personales, económicas y sociales ⁽¹⁶⁾.

Guevara llevó a cabo un estudio en Cuenca en una población adolescente y sus principales resultados fueron que los embarazos en adolescentes se encuentran presentes en todos los estratos sociales y niveles académicos; un 11.62% en una población de 895 adolescentes de los colegios de la ciudad de Cuenca, se presenta estadísticamente significativa la disfuncionalidad familiar con un 73.1% y un 26.9% de funcionalidad familiar; una RP 3.83, IC 95% (2.55-5.78) y un valor p 0.000. El ingreso a la fuerza laboral se encuentra relacionado de forma significativa, con un RP 1.75, IC de 95% 1.003-2.91 y valor p 0.049, además el 15.4% de adolescentes consumen sustancias indebidas ⁽¹⁷⁾.

En el año 2009, Alarcón y colaboradores en su estudio sobre factores que influyen en el embarazo encontraron que existe asociación entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces en nuestro medio, el no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones

estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta ⁽¹⁸⁾.

Pilar y Huarcaya en un estudio llevado a cabo en Perú encontraron que las multigestas tuvieron la presencia de un familiar directo que se embarazó en la adolescencia (65%). La relación con los padres fue considerada mala, principalmente con la madre (35%). La reacción de los padres al enterarse del embarazo, fue negativa en casi la totalidad de los casos muy diferente al de la pareja que fue positiva (60%) ⁽¹⁹⁾.

Urreta estudio el impacto de la disfuncionalidad familiar en la aparición del embarazo adolescente y concluye que el funcionamiento familiar de la mayoría de las adolescentes embarazadas es funcional representado por el área de estructura familiar y el área de solución de conflictos en la misma proporción y en menor porcentaje, aunque no distante, un funcionamiento familiar disfuncional vinculado al área de ambiente emocional seguido por las otras dos áreas en la misma proporción ⁽²⁰⁾.

Arias y colaboradores encontraron en su estudio que el 72,1% de la población presentó disfuncionalidad familiar de leve a severa, Entre ninguna y regular relación con el padre 46,9% y 25,3% con la madre, 38,9% presentaban antecedentes de violencia familiar, 25,8% depresión, 23,2% de consumo de alcohol, 36,3% pensaban que no iban a quedar embarazadas al tener relaciones sexuales, 26,8% deseaban tener hijos. La buena funcionalidad familiar tuvo relación significativa con la no presencia de violencia intrafamiliar ($p=0,000$), la no presencia de embarazo en < de 17 años ($p=0,020$), no empleo de métodos anticonceptivos ($p=0,000$), alto número de embarazos ($p=0,025$), no presencia de abortos inducidos ($p=0,007$), hablar sobre temas de embarazo y sexualidad con los padres ($p=0,000$) ⁽²¹⁾.

La Secretaria de Salud Pública Chilena encontró que el inicio precoz de la actividad sexual se relaciona con el embarazo adolescente, considerado una problemática social, que tiene como consecuencia, falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo (a) y su familia. El embarazo adolescente, se ha vinculado a múltiples determinantes sociales, entre las que se encuentran, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel 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; también encontraron que la tasa de embarazo adolescente es mayor en la población que reside en áreas rurales y de menor nivel socio económico bajo ⁽²²⁾.

Según León y Litardo tras llevar a cabo un estudio en Azogues mencionan que el embarazo adolescente también expresa las enormes brechas socioeconómicas prevalecientes con relación a los niveles de ingreso y educación, así como las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales. Los registros y aumentos de la maternidad adolescente, se presentan en grupos socio-económicos bajos,

en mujeres con menor nivel educativo y que viven predominantemente en áreas rurales. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta siete veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación, comparadas con las de niveles educativos más altos, así el 43% de mujeres ecuatorianas adolescentes que son madres o están embarazadas no tiene instrucción, 34% cursaron la primaria y el 11% la secundaria ⁽²³⁾.

Como se ha revisado, la frecuencia de embarazos en la adolescencia es elevada con los consiguientes riesgos a la salud de las adolescentes, además existen factores que inciden directamente en su presentación siendo estos personales, socio económicos y familiares; esta investigación pretende visibilizar la problemática del embarazo, conocer su frecuencia además de reconocer la asociación con los factores mencionados; de esta manera se dispondrán de datos de nuestra población para poder generar propuestas de intervención destinadas al control de los factores asociados y disminuir la frecuencia de embarazos.

Este trabajo de investigación también contribuye con los proyectos establecidos para la reducción de la morbi mortalidad materna, tal es el caso de los objetivos del desarrollo del Milenio que establece que se debe tomar medidas para mejorar la salud materna (Objetivo 5) según la UNICEF; en este sentido toda propuesta de investigación destinada a dar a conocer la realidad sobre esta temática está plenamente justificada, y esta investigación persigue ese fin ⁽²⁴⁾.

Adicionalmente, se ha demostrado que toda propuesta de intervención nace a partir de un conocimiento de la realidad local; en nuestra población no se disponen de datos sobre este tema, de esta manera se estarían limitando las intervenciones posibles que se podrían realizar para un mejor abordaje del embarazo adolescente y sus probables desencadenantes en nuestra población del Cantón El Tambo.

Algunos de los factores que se pretenden abordar son en la mayoría de los casos controlables tal es el caso de la disfuncionalidad familiar, por lo tanto se requiere estudiar este tema y establecer el flujo de situaciones que aumentan la frecuencia de embarazo en nuestras adolescentes.

Importancia del problema

Uno de los grandes problemas de la sociedad actual constituye precisamente el embarazo precoz en niñas y adolescentes; pues se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Sin embargo, la problemática se ahonda cuando el embarazo en sí dentro de las adolescentes menores de 16 años genera cierto riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años.

Por otro lado, analizando la problemática se conoce que en el Ecuador las cifras de embarazos precoces registrados en adolescentes durante el 2011 hay 45.708 partos en madres adolescentes que equivale al 22% del total nacional, de los cuales en la costa se registra el 55.3%, sierra 38,4% amazonia 6,3% y Galápagos 0,14%. El problema del embarazo en la adolescencia va más allá de la prevalencia, pues el Ministerio de Salud Pública del Ecuador lo considera como un problema de salud pública; por las implicaciones a la salud de las futuras madres además del impacto sanitario que se debe abordar desde distintos ángulos relacionados con la mayor frecuencia de embarazos adolescentes.

Otro factor, que incide en la aparición del embarazo en la adolescencia es la disfuncionalidad familiar; la ausencia de un adecuado ambiente familiar genera carencias afectivas que la población adolescente no puede o no sabe cómo resolver; impulsándolos a las relaciones sexuales, como medida de escape ante la situación familiar difícil. Se ha determinado también que el nivel socio económico es un desencadenante o factor de riesgo del embarazo adolescente, Carreón y colaboradores mencionan que el hacinamiento y el nivel económico bajo se asocian directamente con el embarazo en la adolescencia. Bajo esta perspectiva, el embarazo prematuro en las personas da cuenta del grave riesgo que implica tanto a la embarazada como al bebé, por lo que exige la atención de las autoridades de salud, investigadores sociales y al pueblo mismo para tener consciencia sobre esta grave problemática.

Por lo tanto el problema a abordar es claro y ha quedado planteado en los párrafos anteriores; el problema a abordar es el embarazo en las adolescentes del Cantón El Tambo, determinar sus características y evidenciar como los factores demográficos, socio económicos y familiares se relacionan o no en su aparición; pues no se dispone de estadísticas claras sobre esta situación en nuestra población, creando un vacío en el conocimiento para la población y los servicios de salud.

El Cantón el Tambo ubicado en la Provincia de Cañar tiene una población adolescente de 2567 adolescentes lo que representa el 27, 09% de la población total registrada en el Cantón; específicamente en el Cantón el Tambo residen 573 adolescentes entre los 15 a los 19 años de sexo masculino y 654 adolescentes de sexo femenino, considerándose una población numerosa en la cual se puede presentar el embarazo en la adolescencia.

Metodología

El presente estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud urbano del Cantón El Tambo en la Provincia del Cañar; está ubicado en el Centro Cantonal. Estudio de nivel relacional, analítico, transversal con un diseño de casos y controles. El universo y muestra fue la totalidad de adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud El Tambo durante el periodo de estudio en total sumaron 106 adolescentes embarazadas, se obtuvo una cantidad similar de adolescentes no embarazadas (controles). El método a utilizar fue mediante el uso de una entrevista estructurada. La técnica de recolección de la información fue de manera directa y observacional, para el fundamento teórico y

uso de información se utilizó la técnica de revisión bibliográfica. Se usaron los siguientes instrumentos: Formulario de recolección de datos, APGAR Familiar y Valoración del Nivel socio económico. Luego de la recolección de la información se revisó la validación de la misma mediante la revisión de los cuestionarios, los datos fueron ingresados en una base de SPSS versión 21 para Windows; con esta base de datos se elaboraron tablas simples para el análisis descriptivo, y tablas de contingencia para el análisis de la asociación estadística y el valor de Odds Ratio (OR) para medir la magnitud del riesgo. Se complementó la información mediante el uso de gráficos que fueron realizados en el programa Excel 2013, para el informe final se usó Microsoft Word 2013. Criterios de inclusión: Pacientes entre los 15 a 19 años, Pacientes que reciben atención en el Centro de Salud El Tambo, que deseen participar en el estudio. Criterios de exclusión: Pacientes cuyos padres o representantes legales no acepten que su hija participe en el estudio, Pacientes mayores de edad que no deseen participar en el estudio

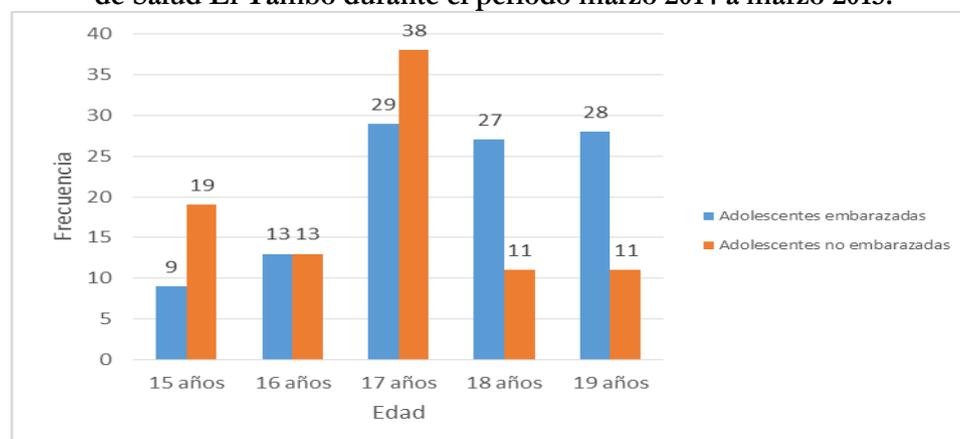
Resultados

Tabla N.1
Análisis comparativo de 212 adolescentes según edad, en el Centro de Salud El Tambo durante el periodo marzo 2014 a marzo 2015.

Edad	Adolescentes embarazadas		Adolescentes no embarazadas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15 años	9	8,5	19	17,9	28	13,2
16 años	13	12,3	13	12,3	26	12,3
17 años	29	27,4	38	35,8	67	31,6
18 años	27	25,5	11	10,4	39	18,4
19 años	28	26,4	11	10,4	39	18,4
Total	106	100	106	100	212	100

Fuente: Formulario de recolección de la información
Realizado por: Los autores.

Gráfico N.1
Análisis comparativo de adolescentes según edad, grupos de casos y controles en el Centro de Salud El Tambo durante el periodo marzo 2014 a marzo 2015.



Fuente: Datos de tabla 1.
Elaborado: Los autores

Tabla N. 2
Análisis comparativo de 212 adolescentes embarazadas y su grupo control según funcionalidad familiar, nivel socioeconómico, edad, residencia, etnia, religión, años aprobados y estado civil.

	Adolescentes embarazadas		Adolescentes no embarazadas		X ²	P
	No.	%	No.	%		
FUNCIONALIDAD						
grave	20	18,9	0	0		
moderada	62	58,5	36	34	49,4	0,000
Funcionalidad	24	22,6	70	66		
NIVEL SOCIOECONOMICO						
B (medio alto)	9	8,5	24	22,6		
C - (Medio bajo)	46	43,4	21	19,8	28,6	0,000
C + (medio típico)	42	39,5	61	57,5		
D (Bajo)	9	8,5	0	0		
EDAD						
15 años	9	8,5	19	17,9		
16 años	13	12,3	13	12,3	12,2	0,015
17 años	29	27,4	38	35,8		
18 años	27	25,5	11	10,4		
19 años	28	26,4	11	10,4		
RESIDENCIA						
Rural	68	64,2	44	41,5	10,9	0,001
Urbana	38	35,8	62	58,5		
ETNIA						
Blanco	0	0	3	2,8		
Indígena	51	48,1	39	36,8	5,2	0,071
Mestizo	55	51,9	64	60,4		
RELIGION						
Católica	80	75,5	77	72,6		
Evangélica	20	18,9	29	27,4	7,71	0,02
Testigo de Jehová	6	5,7	0	0		
AÑOS APROBADOS						
6 años	0	0	1	0,9		
8 años	1	0,9	0	0		
9 años	6	5,7	0	0		
10 años	20	18,9	26	24,5	13,2	0,03
11 años	21	19,8	11	10,4		
12 años	33	31,3	34	32,1		
13 años	25	23,6	34	32,1		
ESTADO CIVIL						
Casada	27	25,5	0	0		
Divorciada	5	4,7	0	0		
Soltera	40	37,7	106	100	95,8	0,000
Unión libre	34	32,1	0	0		

Elaborado: por los autores

Se determina asociación estadísticamente significativa entre los niveles de funcionalidad y el embarazo (Chi cuadrado 49, 40 y $p < 0,00$), con el nivel socioeconómico (Chi cuadrado 28,61 y $p < 0,00$), religión (Chi cuadrado 7,71 y $p < 0,02$), los años escolares aprobados (Chi cuadrado 13,29 y $p < 0,039$), la edad del embarazo (Chi cuadrado :12,2 $p < 0,015$). El 64,2% del grupo de adolescentes embarazadas reside en el área rural en contraste con el 41,5% de las no embarazadas, encontrándose asociación estadística (Chi cuadrado:10,9 y $p < 0,001$), no hay asociación entre la autodefinición étnica y el embarazo (Chi cuadrado=5,2 y $p = 0,07$), el estado civil es estadísticamente significativo (Chi cuadrado=95,83 y $p = 0,00$) sin embargo estos valores deben obviarse del análisis pues existe casillas con frecuencia de cero (en el grupo de no embarazadas) lo que no hace confiable el estimador.

Tabla N. 3
Análisis de riesgo del embarazo en la adolescencia según edad, residencia, etnia, religión, edad, disfuncionalidad familiar y nivel socioeconómico

	Adolescentes embarazadas		Adolescentes no embarazadas		OR (IC 95%)	P
	No.	%	No.	%		
EDAD						
17 años	29	43,3	38	56,7		
Otra edad	77	53,1	68	46,9	0,6 (0,3-1,2)	0,18
RESIDENCIA						
Rural	68	60,7	44	39,3		
Urbana	38	38,0	62	62,0	2,5 (1,4-4,3)	0,001
ETNIA						
Indígena	51	56,7	39	43,3		
Otra etnia	55	45,1	67	54,9	1,5 (0,9-2,7)	0,09
RELIGION						
Católica	80	51	77	49		
Otra religión	26	47,3	29	52,7	1,1 (0,6-2,1)	0,63
AÑOS DE ESTUDIO						
9 años o menos	7	87,5	1	12,5		
10 años o más	99	48,5	105	51,6	7,4 (0,8-61,4)	0,03
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR						
Si	82	69,5	36	30,5		
No	24	25,5	70	74,5	6,6 (3,6-12,1)	0,00
NIVEL SOCIOECONOMICO						
Medio bajo/Bajo	55	72,4	21	27,6		
Medio alto/Medio típico	51	37,5	85	62,5	1,9 (1,4-2,4)	0,00

La residencia rural aumenta el riesgo de embarazo en la adolescencia en 2,5 veces respecto a la urbana; tener 9 o menos años de estudio incrementa el riesgo de embarazo en 7,4 veces en comparación con la población de mayor estudio. La disfuncionalidad aumenta el riesgo de embarazo en la adolescencia en 6,6 veces en comparación con las familias funcionales; los niveles socioeconómicos bajo y medio bajo son factores de riesgo significativos, pues aumentan el riesgo en 1,9 veces en comparación con las adolescentes que pertenecen a los grupos medio alto y medio típico.

Discusión

Se puede observar que del total de adolescentes embarazadas (106 adolescentes) el 27,4% tenía 17 años, este grupo de edad también fue el más frecuente en el grupo de adolescentes no embarazadas con el 35,8% de este grupo; las adolescentes embarazadas de 15 años representaron el 8,5% (9 casos). Se encontró asociación estadística entre la edad del embarazo (Chi cuadrado (12, 2 $p < 0,015$) coincidiendo con Macías y Murillo (10) quienes encontraron que el embarazo en la adolescencia se produce mayormente en la población de entre 17-19 años de edad.

El estudio demuestra asociación de embarazo con el lugar de residencia rural. Residir en el área rural se asocia históricamente a mayores índices de pobreza y menor acceso a la salud y por ende a sistemas o programas de prevención; la Secretaria de Salud Pública Chilena (22) menciona que las adolescentes que residen en el área rural poseen menos ingresos económicos y se hallan más expuestas a situaciones como el embarazo.

En el grupo de adolescentes embarazadas, no hay autodefinidas blancas, el 51,9% se autodefinió como mestiza y el 48,1% como indígena; en el grupo de adolescentes no embarazadas el 60,4% corresponde a mestizas y el 36,8% para el grupo de indígenas; encontrando asociación entre la autodefinición étnica y el embarazo (Chi cuadrado 5,2 y $p < 0,007$). Por el mayor componente poblacional de la etnia mestiza era de esperarse que se iba obtener mayor porcentaje, lo que llama la atención es que el 48,1% de adolescentes embarazadas se autodefinieron indígenas, ésta población posee grandes problemas de acceso a la educación, es así como según la UNICEF (24) se ha estimado que el embarazo en la adolescencia de las indígenas es un fuerte factor para disminuir las posibilidades de acceso a educación, y que al menos el 50% de la población se halla en esta situación.

Según datos del INEC (25) a nivel del Ecuador el 4,3% de las madres ecuatorianas son de etnia indígena; lo que representa un porcentaje bajo en relación al total de los embarazos, que tiene que ser relativizado en las localidades de importante asentamiento de pueblos y nacionalidades nativas, como el área geográfica estudiada del Cantón El Tambo donde la etnia indígena es numerosa lo que podría explicar el alto índice de embarazo en este grupo étnico.

La mayoría de las adolescentes embarazadas, es decir el 37,7% eran solteras mientras que la totalidad del grupo de adolescentes no embarazadas presentaron este estado civil; se encontró asociación entre el estado civil y los grupos de estudio (Chi cuadrado 95,83 y $p < 0,00$) sin embargo estos valores deben obviarse del análisis pues existe casillas con frecuencia de cero (en el grupo de no embarazadas) lo que no hace confiable el estimador.

Menkes y Serrano (26) en un estudio encontraron que la mayoría de las adolescentes embarazadas se encontraba en unión libre a diferencia de nuestro estudio donde la mayoría fueron solteras con el 37,7%.

Guevara (17) en una población similar estudiada en la ciudad de Cuenca determinó que la mayoría de las adolescentes es decir el 59,6% presentaban un estado civil soltera al igual que en nuestra población; por lo general las adolescentes presentan su embarazo mientras aún se hallan estudiando y no se ha planificado, motivo por el cual son mayoritariamente solteras

En los 2 grupos de estudio la religión más frecuente fue la católica con el 75,5% en el grupo de adolescentes embarazadas y de 72,6% en el grupo de adolescentes no embarazadas. Se encontró asociación significativa con la pertenencia a un grupo religioso (Chi cuadrado 7,71 y $p < 0,02$).

La religión podría influir en el embarazo en la adolescencia haciendo referencia a que algunas religiones inculcan el inicio de la vida sexual más tardíamente, otras religiones en cambio no están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos; en esta población que se investigó la mayoría fue de religión católica lo que no nos permite un adecuado análisis de la influencia de la religión (pues no son grupos homogéneos en cuanto a la religión) en el embarazo adolescente.

Tanto en el grupo de adolescentes embarazadas como en el otro grupo la mayoría había aprobado al menos 12 años de estudio, un 31,3% en el grupo de embarazadas y de 32,1% en el grupo de no embarazadas; se encontró asociación estadística entre los años aprobados y los grupos de estudio (Chi cuadrado 13,29 y $p < 0,039$); sin embargo, no se debería contemplar este análisis en las conclusiones del trabajo de investigación pues existen casillas en cero e invalidan estos indicadores.

Muñoz (27) en su estudio encontró que el 53% de las adolescentes tenían entre 7 a 12 años de estudio mientras que el 43% entre 1 a 6 años de estudio y el 2% 13 años; con evidencia de que el nivel educativo contribuye a reducir la prevalencia de embarazo en la adolescencia. Pero además del nivel obtenido, tiene influencia si permanece o abandona el sistema escolar.

La frecuencia de disfuncionalidad familiar grave es del 18,9% en el grupo de embarazadas contrariamente en el grupo de no embarazadas que no existe este nivel de disfuncionalidad; la disfuncionalidad moderada se presentó en el 58,5% del grupo de embarazadas y en el 34% del otro grupo; indican que la funcionalidad familiar es menor en el grupo de embarazadas con el 22,6%. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre los niveles de funcionalidad y el embarazo (Chi cuadrado 49,40 y $p < 0,00$).

Gómez y colaboradores (26) mencionan que la disfuncionalidad familiar genera desconfianza en los adolescentes y en definitiva podría condicionar mayor riesgo de embarazo en la adolescencia, entre otras consecuencias; Calderón y colaboradores (28) encontraron que el 65,5% de las familias fueron disfuncionales, el 34,5% familias funcionales; lo que indica que el embarazo en la adolescencia se fundamenta grandemente en el funcionamiento familiar, pues según los resultados de estos autores al menos 1 de cada 3 adolescentes que viven en familias disfuncionales estaba embarazada; datos muy parecidos a los encontrados en nuestra población.

En el grupo de adolescentes embarazadas el nivel socio económico más frecuente fue el medio bajo, con el 43,4% mientras que en el grupo de no embarazadas el mas frecuente es el nivel medio típico; se encontró asociación entre el nivel socioeconómico y la presencia de embarazo (Chi cuadrado 28,61 y $p < 0,00$).

Según un informe del Banco Mundial (29.) “La pobreza y la falta de oportunidades están directamente asociadas con el embarazo adolescente y la maternidad temprana, que pueden convertirse en impedimentos para que las mujeres aprovechen al máximo sus oportunidades de desarrollo”; esto pasa en nuestra población donde se ha demostrado que la mayoría de adolescentes embarazadas son de los estratos económicos más bajos.

Se escogió la edad de 17 años para contrastar la hipótesis, pues esta edad contenía la mayor frecuencia de adolescentes embarazadas, al comparar la causalidad con todas las demás edades no se logró determinar asociación estadísticamente significativa.

La residencia rural aumenta el riesgo de embarazo en la adolescencia en 2,5 veces en comparación con la residencia urbana; pues en las adolescentes que residen en el área rural la frecuencia de embarazo en la adolescencia fue del 60,7%.

Se consideró la etnia indígena como factor de riesgo por sus creencias e implicaciones culturales, sin embargo, no se demostró asociación (OR y p no significativos). En este estudio el pertenecer a la etnia indígena no aumenta el riesgo de embarazo en la adolescencia.

En las adolescentes de religión católica la frecuencia de embarazo en la adolescencia fue de 51%; sin embargo esta religión no es está asociada al embarazo en la adolescencia; la religión podría influir en la presentación de embarazo en la adolescencia dependiendo de las restricciones que coloque por ejemplo el no uso de métodos anticonceptivos, o el retraso en el inicio de la vida sexual activa sin embargo como se ha mencionado en este estudio no se encontró asociación entre este factor y la presentación de embarazo en la adolescencia.

La disfuncionalidad aumenta el riesgo de embarazo en la adolescencia en 6,6 veces en comparación con las adolescentes provenientes de familias funcionales; las familias que presentan problemas en su funcionamiento condicionan el embarazo en los adolescentes, se puede deber a múltiples causas como la falta de comunicación, la alta emigración de uno o ambos padres entre otras causas; el adolescente pierde ese ambiente adecuado donde desenvolverse por lo que busca otros ambientes como los amigos o la pareja (enamorado/novio).

Conclusion

Este trabajo de investigación nos permitió visibilizar el impacto que posee el embarazo en la adolescencia en el Cantón el Tambo, donde en un periodo de 12 meses se detectaron 106 casos. .

El embarazo en la adolescencia fue más frecuente en los siguientes grupos: adolescentes de 17 años 27,4%; residentes en el área rural 64,2%; de etnia mestiza 51,9%; religión católica 75,5%; con 12 años de estudio 31,3%; con disfuncionalidad familiar moderada 58,5% y de nivel socio económico medio bajo 43,4%; fueron factores de riesgo los siguientes: residencia rural OR 2,5 (1,4-4,3); disfuncionalidad familiar OR 6,6 (3,6-12,1) y nivel socio económico medio bajo y bajo OR 1,9 (1,4-2,4).

Los factores socio demográficos y los familiares son lo que más se asocian con el embarazo en la adolescencia.

Referencias

1. Rodríguez V. Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en Maternidad Mariana de Jesús de septiembre 2012 a febrero del 2013. Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Obstetricia. Guayaquil 2013. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>
2. Guachamin J. Embarazo en la adolescencia y sus complicaciones clínico quirúrgicas Hospital Provincial General de Latacunga. Septiembre 2009-marzo 2010. Escuela Superior Politécnica del Chimborazo. Riobamba. 2010. Disponible en: <http://dspace.espe.edu.ec/bitstream/123456789/1913/1/94T00092.pdf>
3. Romero S. Proceso de apropiación del rol materno en madres adolescentes de 12 a 18 años del Proyecto Adoleisis de la Fundación Patronato Municipal San José, desde la perspectiva sistémica. Universidad Politécnica Salesiana. Sede Quito. 2011. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1326/14/TESIS.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia. Centro de prensa. 2014. Nota descriptiva Número 364. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
5. Molina, M. Ferrada, C. Pérez, R. “Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar”, Revista médica de Chile. Vol. 132, Chile 2004, ISSN 0034-9887, citado 14-08-2011, disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0034-98872004000100010&script=sci_arttext

6. Rioja, L. Embarazo adolescente: hacia una nueva mirada. Punto de vista. Diario el Telégrafo. 2014. Disponible en: <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/embarazo-adolescente-hacia-una-nueva-mirada.html>
7. Tandazo, M. Castillo, V. Descripción del conocimiento sobre métodos anticonceptivos y prevalencia de embarazo en las adolescentes de los colegios de la parroquia Malacatos periodo 2008-2009. UTPL. Ecuador. Disponible en: [http://rapitest.epn.edu.ec/index.php?page=record&op=view&path\[\]=53119](http://rapitest.epn.edu.ec/index.php?page=record&op=view&path[]=53119)
8. Beltrán, L. Fundación Escuela de Gerencia Social. “Embarazo en Adolescentes”, Caracas 2006, pág. 1, citado 2011-08-11, Disponible en: <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>
9. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Edición N° 2569 “18 por ciento de adolescentes están embarazadas en el país” Quito-Ecuador 2010, citado 17-08-2011, disponible en: http://www.ecuadorinmediato.com/index.php?module=Noticias&func=news_user_view&id=136047&umt=18_por_ciento_adolescentes_estan_embarazadas_en_ecuador.
10. Macías, C. Murillo, E. Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco Obstetricia del Centro Infantil de Andrés De Vera de Enero a septiembre del 2010. Universidad Técnica de Manabí. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Medicina. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/4986/1/Tesis%20%2831%29.pdf>
11. Cedeño, K. García, K. El embarazo precoz en las estudiantes del Colegio Nacional Portoviejo y la Incidencia en su proyecto de vida, periodo 2012. Universidad Técnica de Manabí. Facultad de Ciencias Humanísticas y Sociales. Carrera de Trabajo Social. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/2468/1/TESIS%20COMPLETA.pdf>
12. INEC. Embarazo adolescente. Infografía. 2010. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos_adolescentes1.pdf
13. Gómez, C. Montoya, L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño 2012. Rev. salud pública. 16 (3): 394-406, 2014. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n3/v16n3a06.pdf>
14. Santos, M. Factores que predisponen a la ocurrencia de embarazos en adolescentes en la Comunidad de Quilloac, perteneciente a la Provincia del Cañar. 2011. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3613/1/ENF38.pdf>
15. Avilés, J. Benalcázar, Y. Andrade, A. Prevalencia de embarazo precoz y factores asociados en las adolescentes de los Colegios Urbanos de la Ciudad de Cuenca, periodo lectivo 2011-2012.

- Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4084/1/MED178.pdf>
16. Quimlivan, J. Tan, L. Steele, A. Black, K. Impacto de los Factores Demográficos, las Relaciones Familiares en los Primeros Años de Vida y la Sintomatología Depresiva en el Embarazo Adolescente. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38:197-203, 2004. Disponible en:
<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/psiqweb231.htm>
 17. Guevara, W. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados, en colegios de Cuenca-Ecuador 2012. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Post grado de Ginecología y Obstetricia. 2013. Disponible en:
<http://cdjbv.ucuenca.edu.ec/ebooks/doi876.pdf20>
 18. Alarcón, R. Coello, J. Cabrera, J. Monier, G. “Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia” *Revista Cubana de Enfermería*, Vol. 25. N° 1 ISSN 0864-0319, Cuba 2007, citado 13-08-2011, disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol25_1-2_09/enf071_209.htm
 19. Pilar, D. Huarcaya, G. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes Instituto Nacional Materno Perinatal, 2008. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1144/1/diego_dp.pdf
 20. Urreta, M. Relación entre el funcionamiento familiar y el embarazo de las adolescentes usuarias del Hospital San Juan de Lurigancho. Universidad Nacional San Marcos. Facultad de Medicina Humana. 2008. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3313/1/urreta_pm.pdf
 21. Arias, C. Carmona, I. Castaño, J. et al. Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en Centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia), 2012. *Archivos de Medicina*. Volumen 13 N° 2 - Julio-diciembre de 2013. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2738/273829753004.pdf>
 22. Secretaria de Salud Pública de Chile. Situación actual del embarazo adolescente en Chile. 2012. Disponible en:
http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251259030.situacion_actual_embarazo_adolescente_en_chile.pdf
 23. León, V. Litardi, A. Factores predisponentes para el embarazo en adolescentes atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo, Azogues 2012. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3325/1/MED162.pdf>

24. UNICEF. Podemos erradicar la Pobreza. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Pagina on line. Ginebra Suiza. 2014. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
25. Urquizo A. Análisis de la disfunción familiar y su relación con el bajo rendimiento académico escolar, de los niños de 4to año de básica C de la Unidad Educativa Santo Tomás Apóstol Riobamba en el periodo Agosto diciembre de 2011. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Sede Ambato. Escuela de Psicología. 2012. Disponible en: <http://repositorio.pucesa.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/748/1/80135.pdf>
26. INEC. Más de 122 mil madres en el país son adolescentes. Ecuador en cifras. 2010. Disponible en: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495%3Amas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
6. Menkes C, Serrano O. Condicionantes sociodemográficos del embarazo adolescente en México. UNAM. México. 2010. Disponible en: http://www.somede.org/documentos/Xreunion/ponencias/M_8_1.pdf
27. Ceballos G, Suárez Y, Ibarra K, et al. Adolescentes gestantes: características sociodemográficas, depresión e ideación suicida. Revista de Psicología. Universidad de Antioquia. Vol. 5 N 2 Julio – diciembre de 2013.
28. Muñoz S. Perfil socio demográfico y psicosocial de las adolescentes embarazadas en una maternidad de Guayaquil, Ecuador. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Salud Pública. 2014. Disponible en: <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/1558/1/T-SENESCYT-00691.pdf>
29. Calderón I, Del Río I, Rodríguez O, et al. Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. Artículo original. Biblioteca Virtual de la Salud BVS. 2014. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_11_14/san091811.htm
30. Banco Mundial. ALC: Pobreza, baja educación y falta de oportunidades aumentan riesgo de embarazo en adolescentes. 2013. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2013/12/12/lac-poverty-education-teenage-pregnancy>

Embarazo no planificado en adolescentes en un hospital básico

Dr. Ernesto Martínez Trujillo
emarte53@yahoo.es
Fundación para la Investigación y Desarrollo Social

Lcda. Adriana Sacoto Encalada
adrianasacoto75@hotmail.com
Universidad Católica de Cuenca

BQF..Robert Alvarez Ochoa
robertalvarez1809@gmail.com
Universidad Católica de Cuenca

Resumen

El embarazo en adolescentes en Latinoamérica es aún un reto para la salud pública, no se ha logrado empatar el descenso de la fecundidad general de la población, con el inesperado incremento o estancamiento de las tasas en adolescentes. El estudio pretende determinar las variables asociadas al embarazo no planificado en adolescentes. Es un estudio relacional, transversal prospectivo, incluye 223 madres menores de 19 años ingresadas al hospital "Luis F Martínez" de Cañar en los años 2015-2016 a quienes se les realiza encuesta con variables sociodemográficas, salud sexual y reproductiva y apgar familiar. Resultados: el 54% de 223 adolescentes estudiadas corresponde a embarazo no planificado, el promedio de edad es similar en ambos grupos: 16,60 años DE 1,22(IC: 16,42-16,85). La edad de la pareja es en promedio de 20,50 años DE 3,75 (IC: 19,56-20,84), la edad de la menstruación es de 12,60 DE 1,08(IC :12,46-12,85), edad de primera relación 15, 25 DE 1,41(IC: 15,03-15,5), edad primer embarazo 15,78 DE 1,23 (IC: 15,55-15,98). Se advierte un corto intervalo entre la primera relación sexual y el embarazo, la edad ginecológica de este grupo es de 3,38 años. Las variables asociadas estadísticamente significativas son: estado civil OR 5,37 (IC 2,71-10,64) p 0,000; APGAR familiar OR 1,94(1,09-3,44) p 0,023; emigración padre OR 1,73 (1,01-2,96) p 0,045; no vive con su pareja OR 3,38 (1,72-6,64), lugar de la primera relación sexual OR 3,38(1,72-6,648).

Palabras clave: embarazo no planificado, adolescentes, factores asociados, apgar familiar, migración.

Abstract

Adolescent pregnancy in Latin America is still a challenge for public health and it has not been possible to match the decline in the general fertility of the population, with the unexpected increase or stagnation of rates in adolescents. The main objective of this research was to determine the associated variables with unplanned pregnancy in adolescents. A relational, cross-sectional, and prospective investigation was carried out in 223 mothers under the age of 19 admitted to the "Luis F Martínez Hospital" in Cañar during the years 2015-2016. Results: Unplanned pregnancy was 54%, the average age was similar in both groups: 16,60 years, SD 1,22(CI: 16,42-16,85). The couple age was on average of 20,50 years SD 3,75 (CI: 19,56-20,84), the average age of menstruation was 12,60 SD

1,08(CI :12,46-12,85), average age of first relationship 15,25 SD 1,41(CI: 15,03-15,5), age of first pregnancy 15,78 SD 1,23 (CI: 15,55-15,98). There is a short interval between the first sexual relationship and pregnancy, the gynecological age of this group was 3,38 years. Significant association was found between with variables: marital status OR 5,37 (CI: 2,71-10,64) p 0,000; APGAR family OR 1,94 (1,09-3,44) p 0,023; parents immigration OR 1,73 (1,01-2,96) p 0,045; live without his partner OR 3,38 (1,72-6,64), place of first sexual relationship OR 3,38 (1,72-6,648)

Keywords: unplanned pregnancy, adolescents, associated factors, family APGAR, migration.

Introducción

Ser madre durante la adolescencia produce desventajas en las sociedades consideradas modernas, entre las cuales se incluyen todos los países de América Latina, y parece definitivamente fuera de lugar en las sociedades post modernas, por razones bien documentadas. La tasa de embarazo en esta región es del 20% , sin cambios significativos en la última década(1).

Este estudio utiliza el concepto de embarazo no planificado en adolescentes, concepto que ha sido precedido por el concepto de embarazo no deseado o llamado también embarazo no previsto. Antes que ser deseado es no planificado o no previsto. No previsto es tanto un juicio interno sobre la “disponibilidad subjetiva para un embarazo conducente a la paternidad o la maternidad, como una gestión de una práctica preventiva; en el caso de embarazo no previsto, la persona no se encuentra ni disponible ni prevenido”(2) , al no estar en sus perspectivas de vida .

En la adolescencia esa no previsión o no planificación del embarazo es muy alta en los países de mayor desarrollo en donde las adolescentes tienen otras expectativas o proyecto de vida como en EU en donde los estudios señalan frecuencias de cerca del 60 % (3), comparada con otros reportes sobre el tema que dan tasas de 29,8% en poblaciones migrantes en Europa (4), en Perú esta cifra llega hasta 57,8% (5), más del 50 % en Bolivia, Brasil, Colombia y menos del 50% los países centroamericanos El Salvador, Guatemala y Nicaragua(3) .

El embarazo, parto y puerperio antes de los 19 años, implica mayores riesgos de salud para madres y bebés. La maternidad y paternidad tempranas ponen en riesgo la inserción y el logro escolar, y se asocian a la incorporación precaria en el mercado de trabajo. Las madres adolescentes tienen más probabilidades de sufrir sesgos y discriminación de género, experimentar estigma cultural o permanecer atadas a roles femeninos tradicionales. Los y las adolescentes son, en principio, menos maduros/as y cuentan con menos recursos y capacidades para atender los desafíos que implica la crianza, y si han tenido hijos tienen más dificultades para consolidar una familia. La probabilidad de tener hijos durante la adolescencia es mucho mayor entre los grupos pobres. La combinación de estas desventajas y el sesgo de género —normalmente son las muchachas adolescentes y sus familias las que asumen la mayor parte de las responsabilidades de la crianza— provocan que la fecundidad

adolescente sea uno de los componentes del ciclo de reproducción intergeneracional de la pobreza y de mantención de las desigualdades de género. Las adolescentes tienden a ser más vulnerables a la violencia, a la coerción o la influencia de otros (en particular, pares o íconos). La tolerancia y aceptación familiar y comunitaria hacia la actividad sexual premarital es un asunto sensible; de hecho, en muchos países del mundo en desarrollo las madres adolescentes solteras enfrentan desaprobación y estigmas, sin considerar casos de castigos formales o informales. Y por último las políticas exitosas de salud sexual y reproductiva para la población adulta y joven no han mostrado los mismos logros en el caso de las adolescentes (3)

Adicionalmente, las teorías dominantes, así como la evidencia de los países desarrollados y de varios otros de industrialización reciente rápida, sugieren que la postergación del primer hijo es un indicador más central de comportamientos reproductivos avanzados, con frecuencia denominados post modernos o posindustriales, mas que la fecundidad baja en sí mismo.

En América Latina y el Caribe, se detecta anomalías en las tasas de fecundidad, con resultados contradictorios, por cuanto si bien hay tasas de fecundidad en general bajas, acorde a su caracterización de desarrollo, las tasas de fecundidad adolescente son muy elevadas, en contradicción con el relativo desarrollo en equidad de género, escolaridad, ingresos medios.

El corolario de política de las hipótesis alternativas es que, dado que las diferencias observadas en la fecundidad adolescente no se deben a mayores preferencias reproductivas y que la fecundidad no deseada es alta también entre los pobres, entonces el factor diferenciador ha de ser el acceso a anticonceptivos, respecto del cual las pobres tendrían muchas más barreras(3).

Mientras mayor sea la no deseabilidad del embarazo, más fuerza adquiere el argumento de derechos de estas políticas. Y mientras menor la desigualdad socioeconómica de esta no deseabilidad, mayor respaldo para las políticas que apuntan a reducir las brechas sociales en materia de uso anticoncepción oportuna y eficiente desde el debut sexual (3).

Tal como se planteó, la fecundidad adolescente es una adversidad en las sociedades modernas. El grueso de la literatura sugiere que esta mera condición constituye un poderoso desincentivo para su ocurrencia. Sin embargo, como está bien documentado, las desventajas objetivas que genera la fecundidad adolescente no han sido suficientes para reducir su frecuencia relativa en América Latina al menos en términos similares a lo que ha sido la reducción de la fecundidad total(3). Por otro lado, hay interpretaciones alternativas, hoy minoritarias, que indica que la fecundidad adolescente produce beneficios y que en ciertos sectores es un ideal para las mujeres, estos estudios tienen fundamento mayoritariamente cultural, relacionados con adquirir, identidad personal, aceptación y posicionamiento social, así como sentido a su vida.

En esta etapa , la expectativa social es que se preparen para la vida, con la adquisición de habilidades para desarrollarse con plenitud, la permanencia escolar favorece el desarrollo personal, y abre otros roles además de la maternidad; el abandono o deserción escolar provoca desigualdad en la distribución de capital económico, cultural y social(5) (6)(7).

Las diferencias enunciadas en las tasas de fecundidad adolescente, se relacionan con la diversidad de las poblaciones, desde la perspectiva étnico cultural y por otro lado comunidades que tienen altos índices de emigración , con el consiguiente efecto en las familias, que se desestructuran, y conducen a disfuncionalidad familiar, todas estas variables que muchas veces confluyen, contribuyendo a elevar el embarazo adolescente (4)(8)(9)(10).

La evaluación de la funcionalidad familiar ha adquirido en la historia clínica del adolescente una importancia relevante, siendo la familia uno de los principales soportes para el desarrollo de los niños y adolescentes, un instrumento confiable y adaptado a la realidad nacional con características de ser cortas en uso y tiempo. La escala de APGAR es una de las pocas escalas con esas cualidades y que ha sido empleada como instrumento en numerosas investigaciones (10) (11)(12).

La estructuración de la primera relación sexual no es homogénea en las jóvenes, la primera relación se ha demostrado es más temprana, cuando más bajo es el nivel educacional, además de que mientras más temprano es el inicio sexual, es menor el uso de tecnología preventiva o uso de anticonceptivos , es decir este inicio temprano esta mediado con el nivel educacional, mientras mayor nivel de educación mayor uso de métodos preventivos(2), asociándose a que las barreras al acceso a los anticonceptivos son la principal causa de las desigualdades sociales actuales de la fecundidad adolescente(3) (13).

Las complicaciones neonatales son muy frecuentes en madres menores de 19 años, como bajo peso, amenaza de parto prematuro y prematuridad, se reportan diferentes frecuencias que van desde 18,3 % hasta el 24% (14)(15), incluyéndose además otras patologías como hipo-glicemia, síndrome de dificultad respiratoria, malformaciones congénitas, hiperbilirrubinemia , asfixia neonatal, etc.(15)

Importancia del problema

Esta presentación desigual y combinada del embarazo adolescente, con alto componente de ser no prevenido o planificado, requiere que se realicen investigaciones locales para verificar las variables asociadas similares a otros estudios y determinar particulares variables que afectan ciertas regiones: componentes étnico culturales, flujos migratorios, pauperización social, etc.

En este sentido, de desigualdad en su presentación, el estudio de las realidades locales ayudará a conformar políticas más específicas en cada región, sin dejar de lado la atención general estatal para cambiar o desarrollar las condiciones generales, de acceso al trabajo familiar, a la educación general,

al acceso a los sistemas de salud, educación sobre la sexualidad, etc. Los estudios como el que planteamos, pretende reconocer la realidad del embarazo adolescente en comunidades, como en el caso de Cañar que tiene un alto componente étnico indígena, que, teniendo características culturales propias, comparten con la población mestiza similares entornos, producto de la intensa globalización. Región que además presenta altos niveles de emigración que han provocado desintegración de la familia por la ausencia de uno o ambos progenitores, quedando los hijos, niños y adolescentes bajo el cuidado de otros familiares.

El propósito del estudio es conocer las características del embarazo adolescente en un hospital básico localizado en el cantón Cañar, asiento del pueblo cañari, cultura viva que convive con el grupo mestizo. El objetivo es determinar la asociación del embarazo no prevenido (no deseado, no planificado) con variables sociodemográficas, de salud sexual y reproductiva, planteándose como hipótesis que existe asociación con la pertenencia a un grupo étnico, a tener una relación estable, con la emigración de los padres, si convive o no con la pareja, uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, deserción escolar, domicilio.

Metodología

Estudio de nivel relacional, transversal, prospectivo.

Población de estudio: mujeres embarazadas menores de 19 años que ingresan al servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital básico “Luis F. Martínez de Cañar en los años 2015-2016. El hospital es una unidad de segundo nivel de atención con una población asignada del Distrito 0302 que comprende los cantones de Cañar, El Tambo, y Suscal.

Criterios de inclusión y exclusión: ingresan al estudio las adolescentes en edades comprendidas entre 10 hasta 19 años, que tienen el parto en el hospital, que desean participar en el estudio y firman el consentimiento informado. Se excluyen del estudio las mujeres que han cumplido 19 años y más, las menores que no deseen participar y no firmen el consentimiento informado.

La variable de estudio o de interés es embarazo no prevenido o no planificado, que operativamente se concreta con la pregunta directa retrospectiva ¿ en el momento en que quedó embarazada , usted quería quedar embarazada? , midiendo la variable de interés, aceptando la posibilidad de que se produzca una aversión a reportar el último embarazo como “indeseado” , las variables asociadas son sociodemográficas, de salud sexual y reproductiva , edad en años del primer embarazo, edad de la menarquia, edad de la primera relación sexual, nivel de educación alcanzado, deserción escolar, emigración de los padres, edad de la pareja, test APGAR familiar de Smilkestein que evalúa las características familiares de adaptación, participación, crecimiento, afecto, resolución, con un sistema de puntaje que clasifica si tiene 7-10 familia funcional, 4 a 6 disfuncionalidad moderada y de 0 a 3 puntos disfuncionalidad severa . ¿Utilizó anticonceptivos en la primera relación, vive con su pareja?

Luego de la obtención del consentimiento informado, se aplica el cuestionario a las adolescentes, directamente por parte de los investigadores.

Los criterios bioéticos de preservar la confidencialidad son implementados.

Se determina las frecuencias absolutas y relativas de las variables, análisis bi variado utilizando para el análisis el programa SPSS 22, Chi cuadrado de Pearson, nivel de confianza con p valor < 0,05 determinando en los casos que hay asociación el riesgo relativo o razón de probabilidades OR con índice de confianza del 95%, se considera significativo un odds ratio OR mayor de 1,50.
(1)

Resultados

En primer lugar, se analiza las diferentes edades en las que ocurren diferentes eventos, así como la edad de la pareja.

Tabla No. 1.
Edad general, menarquia, primera relación, primer embarazo, y sus intervalos.

Variable	No planificado			Planificado		
	Promedio	DE	IC (95%)	Promedio	DE	IC (95%)
Edad en años						
Edad momento encuesta	16,63	1,15	16,42-16,84	16,56	1,126	16,34-16,78
Edad pareja	20,20	3,75	19,54-20,86	20,72	3,78	19,98-21,46
Edad primera relación	15,27	1,41	15,02-15,52	15,17	1,38	14,9-15,44
Edad primer embarazo	15,77	1,24	15,55-15,99	15,79	1,17	15,56-16,02
Edad menarquia	12,66	1,08	12,47-12,85	12,52	1,19	12,29-12,753
Intervalo primera relación embarazo años	0,5	0,82	0,35-0,65	0,60	0,86	0,43-0,766
Intervalo menstruación embarazo años	3,11	1,25	2,89-3,33	3,27	1,39	2,99-3,54
Intervalo menstruación primera relación	2,53	1,27	2,25-2,91	2,66	1,59	2,35-2,97

Fuente: autores

Los subgrupos del estudio tienen edades similares, la edad de las parejas tienen promedios con más de 4 años, el promedio de edad de la primera relación sexual es de 15,27 años, muy cercana a la edad promedio del embarazo, estimándose que las adolescentes se embarazan en los primeros seis meses después de la primera relación. Después de 2,53 a 2,66 años de la menarquia se produce la primera relación y 3,11 a 3,27 años mas tarde de la misma se produce el embarazo.

Tabla 2.
Análisis bivariado con las características demográficas, socioeconómicas, familiares, salud sexual, asociadas al embarazo no planificado en adolescentes.

Variable	No planificado		Planificado		Chi 2	P valor
	N	%	N	%		
Estado civil						
Soltera	54	44,3	13	12,9	25,906	0,000
U. Estable	68	55,7	88	87,1		
Etnia						
Indígena	61	50,0	56	55,4	0,657	0,418
Mestizo	61	50,0	45	44,6		
Domicilio						
Rural	90	73,8	63	62,4	3,331	0,068
Urbano	32	26,2	38	37,6		
Educación						
Primaria	36	29,5	29	28,7	0,017	0,896
Secundaria	86	70,5	72	71,3		
Abandono						
Si	71	58,2	62	61,4	0,234	0,629
No	51	41,8	39	38,6		
Uso anticonceptivo						
No usó	98	80,3	80	79,8	0,043	0,836
Si usó	24	19,7	21	20,8		
Apgar familiar						
Disfuncional	49	40,2	26	25,7	5,148	0,023
Funcional	73	59,8	75	74,3		
Vivía con						
Otros	33	27,0	20	19,8	1,602	0,206
Padres	89	73,0	81	80,2		
Emigración						
Si	61	50,0	37	36,6	4,008	0,045
No	61	50,0	64	63,4		
ComplicacionRN						
Si	45	36,9	43	42,6	0,749	0,387
No	77	63,1	58	57,4		
Edad primera relación						
< de 15 años	61	50,0	53	52,5	0,135	0,713
> de 16 años	61	50,0	48	47,5		
Edad de menarquía						
< de 12 años	55	45,1	58	57,4	3,368	0,066
> de 13 años	67	54,9	43	42,6		

Fuente: Encuesta realizada por autores

El embarazo no planificado es similar si pertenece a la etnia indígena o es mestiza, en cambio las mujeres indígenas reportan un porcentaje más alto de embarazo planificado 55,4% contra 44,6% de las mestizas, aproximándose a la afirmación que las indígenas culturalmente están más expensas a embarazo deseado.

Sin que la asociación sea estadísticamente significativa, el porcentaje de residentes en el área rural es de 73,2 % en el embarazo no planificado, mayor que en el grupo de embrazos planificados.

El nivel educativo obtenido y si al momento de la encuesta esta o no en el sistema escolar, no se asocian con el embarazo no planificado, probablemente tenga que ver con el tamaño de la muestra.

En ambos grupos el porcentaje que no usó anticceptivos en la primera relación es de 80% sin que tampoco tenga asociación con la variable de estudio.

Las complicaciones reportadas de los recién nacidos, asi como si tuvieron su primera relación antes de los 15 años o si la menarquia fue antes de los 12 años, no se relacionan con planificación o no del embarazo.

Tabla N 3.
Factores asociados al embarazo no planificado, hospital LFM de Cañar, 2016

Variable	No planificado		Planificado		OR (IC 95%)	Chi	P valor
	N	%	N	%			
Estado civil							
Soltera	54	44,3	13	12,9	5,38 (2,71-10,64)	39,4	0,000
U. Estable	68	55,7	88	87,1			
Apgar familiar							
Disfuncional	49	40,2	26	25,7	1,94(1,09-3,44)	5,148	0,023
Funcional	73	59,8	75	74,6			
Emigración							
Si	61	50,0	37	36,6	1,73(1,01-2,96)	4,008	0,045
No	61	50,0	64	63,4			
Vive con pareja							
Sin pareja	43	35,2	14	13,9	3,38(1,72-6,64)	13,2	0,000
Con pareja	79	64,8	87	86,1			
Lugar primera relación							
Casa el/ella	87	71,3	86	85,1	0,434(022-085)	6,08	0,014
Otros	35	28,7	15	14,9			

Fuente : los autores.

Del grupo de estudio, en los embarazos no planificados el 44% son solteras, y 12 % de quienes planificaron, pero quienes viven con su pareja son 35,2% y 13,9 % respectivamente, cifras que contrastan con otros estudios como en México en donde las solteras son 84,1% (6), en este estudio es una variable asociada significativa , con mas de 5 veces mas riesgo de tener un embarazo no deseado si es soltera.

Si uno o ambos padres emigran, hay 1,73 veces más la probabilidad de tener un embarazo no deseado, y 3,38 veces más si no vive con su pareja. El lugar en donde se realizó la primera relación tiene asociación estadística con p de 0,14 pero con OR menor de 1,5 no significativo.

Discusión

En el estudio se determina una frecuencia de embarazo no planificado(no deseado o no prevenido) es del 54%, superior al porcentaje reportado en Estados Unidos que es de 43% (18), seguramente porque las condiciones de modernidad o postmodernidad no aceptan en estos países un embarazo temprano (3) (1). El que sea más alto sugiere que la no deseabilidad o planificación es más alta cuando el nivel social y económico es mayor.

Hay evidencia internacional comparada sobre la proporción de los nacimientos no planificados/deseados en la adolescencia. Se puede concluir que en algunas regiones del mundo la maternidad adolescente tiene altos niveles de deseabilidad (ex-post, cabe reiterar) asociados a elevados índices de unión temprana o a otros factores, como la ausencia de alternativas y desigualdades de género que confinan a las mujeres desde la adolescencia a papeles domésticos y maternos. Pero no es el caso de los países de América Latina que se sitúan entre los de menores índices de deseabilidad, en su mayoría por debajo del 50% (3) similar al estudio que se ubica en el 46% de planificado/deseado.

Estudios en Latinoamérica demuestran que los niveles de no aceptación son bajos, cercanos al 15 % porque una línea de razonamiento indica que la imputación de efectos desfavorables universales a la fecundidad adolescente es errónea, por cuanto las consecuencias dependen de las condiciones sociales y culturales, las que en algunos casos entrañan cierta funcionalidad de la fecundidad adolescente. En tal sentido, están documentados numerosos casos de comunidades en las cuales la unión y la maternidad tempranas son parte de la cultura dominante (16). Esta segunda posición que duda de las adversidades de la fecundidad adolescente está particularmente afinada en el caso de América Latina y el Caribe con relación a los pueblos indígenas y en las comunidades rurales. Junto con llamar la atención sobre pautas culturales favorables a la unión y maternidad tempranas, destaca el papel de esta conducta en la reproducción biológica de estas poblaciones, en particular de los pueblos indígenas, amenazada por fuerzas demográficas y culturales. En el estudio la proporción de embarazo en indígenas es menor, pero si relacionamos con la proporción de la población general, es notorio que las mujeres indígenas proporcionalmente se embarazan más.

“Es innegable que el embarazo adolescente ocurre mucho más a menudo en los estratos socioeconómicos más bajos. Hay un lazo indisoluble entre la pobreza, la identidad y los roles de género, y el embarazo adolescente. La información muestra que conforme mejoran las condiciones socioeconómicas, existe mayor posibilidad de que el embarazo sea no deseado y de que se interrumpa. Los datos parecen confirmar que muchas mujeres adolescentes de los estratos más desfavorecidos (cerca de 60% de las que se embarazaron), no consideran un problema tener un embarazo a temprana edad, en particular si se encuentran casadas o unidas. Esto se debe, quizás, a que muchas de ellas no

tienen oportunidades de desarrollo personal”(17) esta afirmación se demuestra en nuestro estudio en donde la asociación con el estado civil tiene resultados positivos para asociación.

La problematización del embarazo en la adolescencia no admite generalizaciones fáciles. Gran parte de las afirmaciones que comúnmente se hacen sobre el tema se inspiran en la situación en los Estados Unidos, que presenta diferencias sociales y culturales importantes con el contexto de América Latina y el Caribe. Así, a menudo se asume que la totalidad o la gran mayoría de los embarazos en la adolescencia no fueron deseados ni planeados. Precisamente, en los Estados Unidos, 78% de los alumbramientos y 88% de los embarazos en adolescentes no son deseados por las futuras madres (Singh & Wulf, 1990), pero en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, más de 50% de los hijos nacidos vivos de adolescentes son deseados y considerados oportunos, mientras que menos de 15% son rechazados por las madres. Esta tendencia se acentúa en los países de mayor fecundidad y entre los estratos de menor nivel educativo (18).

Hay evidencia internacional comparada sobre la proporción de los nacimientos no planificados/deseados en la adolescencia. Se puede concluir que en algunas regiones del mundo la maternidad adolescente tiene altos niveles de deseabilidad (ex-post, cabe reiterar) asociados a elevados índices de unión temprana o a otros factores, como la ausencia de alternativas y desigualdades de género que confinan a las mujeres desde la adolescencia a papeles domésticos y maternos. Pero no es el caso de los países de América Latina incluidos en la muestra que se sitúan entre los de menores índices de deseabilidad, en su mayoría por debajo del 50% (3).

En suma, los datos presentados cuestionan la noción de que los nacimientos en esta edad se estarían teniendo como opción frente a la falta de oportunidades o como una suerte de validación social o práctica cultural casi inevitable. En cambio, abonan a la idea de que tras esos nacimientos hay, mayoritariamente, un incumplimiento del derecho reproductivo fundamental a decidir cuántos y cuándo tener los hijos. Que esto ocurra en la adolescencia se vincula principalmente a diferentes barreras de acceso a la anticoncepción y a los servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar, que son específicos de los y las adolescentes (o al menos tienen más gravitación en la adolescencia que en otras edades), por las peculiaridades de este grupo de edad, que han sido bien documentadas (19)(20)(21)

Un estudio en España determina que la edad media de inicio de las relaciones sexuales coitales fue de 15,75 (DS 1,76) años (4) similar al presente estudio ubicado en 15,22 (DS 1,41) años, reportándose que si la primera relación es en edades menores de 15 años, hay cerca de dos veces más riesgo de quedar embarazada(22) , resultados que no se ratifican en el presente estudio .

El embarazo adolescente no planificado en familias disfuncionales es del 40,2 % , mientras que en el grupo que planifica es de 25,7 % , reafirmando los criterios establecidos que esta disfuncionalidad contribuye al desarrollo de conductas de riesgo (10).

Estos últimos datos se asocian a la emigración de los padres, cuando ocurre los hijos quedan al cuidado de otros familiares, son más frecuentes los embarazos no planificados en las familias en que uno o ambos progenitores han emigrado.

El estado civil se asocia a embarazo no planificado, las solteras tienen más probabilidad de no planificar/ prevenir el embarazo, 5 veces más riesgo (OR 5,38), lo cual si se asocia a si vive o no con su pareja.

La pregunta formulada para conocer si es o no planificado, tiene en el presente caso, el sesgo de interrogar sobre el embarazo actual, por lo que se presume hay un subregistro, una proporción importante que contesta como deseado o planificado sin en realidad serlo.

Una variable que incorporamos es el lugar en donde se realiza la primera relación sexual, un alto porcentaje se realiza en los domicilios de ella o de la pareja, aprovechando que el resto de la familia no está presente, es un factor de riesgo la invitación a estar juntos en sus propios hogares.

No tomamos en cuenta el rol de sus parejas, para incorporar esta variable como rol de las masculinidades

Conclusión

En el presente estudio el embarazo no planificado corresponde a más de la mitad de las madres adolescentes que tuvieron su parto en el hospital básico LFM de Cañar, reafirma que el embarazo no planificado o no prevenido se asocia con las siguientes variables: familia disfuncional, emigración de uno o ambos padres, a estado civil(soltera), y si convive o no con la pareja. En ambos grupos el 80% no utilizó anticonceptivos en la primera relación, sin embargo, esta variable no se asocia estadísticamente al embarazo no planificado.

Agradecimiento

Especial agradecimiento al personal del hospital básico Luis F Martínez de Cañar por su colaboración permanente para el presente estudio.

Los autores han participado de la siguiente manera: Dr. Ernesto Martínez y Lic. Adriana Sacoto en el diseño del estudio, análisis y resultados. Dr. Robert Alvarez: organización de datos, análisis de resultados.

Referencias

1. Williamson N. Maternidad en la niñez. Estado de la población mundial 2013. 2013. 17-31 p.
2. Palma I. Las nuevas generaciones de mujeres, el embarazo no previsto, las edades y la segmentación social en la sociedad chilena. *Rev Med Chil.* 2012;140(3):319–25.
3. Rodríguez J. Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas. *Población y Desarrollo.* 2010;119:41.
4. Yago Simon T, Tomas Aznar C. [Sociodemographic and clinical data predicting unplanned pregnancy in young 13 to 24 years, Spain]. *Rev Esp Salud Publica.* 2014;88(3):395–406.
5. Walter M, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet].* 2002;30(3):471–9. Available from:http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300017&lng=en&tlng=en
6. Villalobos-Hernández A, Campero L, Suárez-López L, Atienzo EE, Estrada F, De la Vara-Salazar E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Publica Mex [Internet].* 2015;57(2):135–43. Available from:
<https://ezproxy.eafit.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=101880487&lang=es&site=eds-live>
7. García A. En voz de las protagonistas: embarazo y deserción escolar en adolescentes. 2017;
8. Zambrano G, Vera S. Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Cienc y Cuid.* 2012;9:9–16.
9. Rafael M. Relación entre funcionalidad familiar y comportamiento sexual de riesgo en adolescentes del Instituto Materno Perinatal en el periodo febrero de 2016. Lima-Perú. 2016;6–8.
10. Rangel J, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Rev la Fac Med UNAM.* 2004;47(1):24–7.
11. Castilla H, Caycho T, Shimabukuro M, Valdivia A. Percepción del funcionamiento familiar : Análisis psicométrico de la Escala APGAR - familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Represent.* 2014;2(1):49–78.
12. Moratto Vásquez NS, Cárdenas Zuluaga N, Berbesí Fernández DY. Clima escolar y funcionalidad familiar como factores asociados a la intimidación escolar en Antioquia, Colombia. *Pensam Psicológico [Internet].* 2017;15(1):63–72. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612017000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=es
13. Gázquez M de los ÁR. Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Med UPB [Internet].* 2008;27(1):47–58. Available from:
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/409>
14. Poffald L, Hirmas M, Aguilera X, Vega J, González MJ, Sanhueza G. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile TT - Barriers

- and facilitators to antenatal care in adolescents: results of a qualitative study in Chile. *Salud Publica Mex*[Internet].2013;55(6):572–9.Availablefrom:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000006&lang=pt%0Ahttp://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n6/v55n6a6.pdf
15. Amaya J, Borrero C, Ucrós S. Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2005;56(3):216–24.
 16. Kramer KL, Lancaster B. perspectiva transcultural. 2010;2010.
 17. C Menkies LS. El embarazo de los adolescentes en México: es deseado? *Coyunt Demográfica*. 2013;2013.
 18. J. Guzmán R, Hakkert J, Contreras M, Falconier. Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. *Unfpa* [Internet]. 2001;235. Available from: http://lac.unfpa.org/sites/lac.unfpa.org/files/pub-pdf/diagnostico_adolescentes.pdf
 19. Rodríguez Vignoli J, Di Cesare M, Páez K. Reproducción temprana. Diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia. 2017;69. Available from: http://200.9.3.98/bitstream/handle/11362/41609/S1700063_es.pdf?sequence=1&isAllowed=
 20. Blum RW, Bastos FIPM, Kabiru CW, Le LC. Adolescent health in the 21st century. *Lancet*. 2012;379(9826):1567–8.
 21. Sadler Spencer M, Obach King A, Luengo Charath X. Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevencion de embarazo adolescente en Chile. 2011;1–104. Available from:http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251255300.estudio_barreras_de_acceso.pdf
 22. Gómez Mercado CA, Montoya Velez LP. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. *Rev Salud Pública*. 2014;

Embarazo en adolescentes escolarizadas de los cantones Biblián y Déleg.

Lcda. Ignacia Margarita Romero Galabay.
margaritasromero3@yahoo.com
Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues.

Srta. Est. Sandra Elizabeth Espinoza Rodriguez
seespinozar22@est.ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues.

Srta. Est. Gloria Alejandrina Montero Aguayza
gamoneroa84@est.ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues.

Srta. Est. Jessenia Alexandra Lema Lema
jalemal82@est.ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues.

Resumen

El embarazo en adolescentes a nivel de América Latina el Ecuador tiene una de las tasas más alta, más del 20% están embarazadas o son madres. **Objetivo:** Determinar las características del embarazo en adolescentes escolarizadas de los Cantones Biblián y Déleg de la Provincia del Cañar y la asociación de embarazo no planificado con variables sociodemográficas y salud sexual. **Método y materiales:** Estudio de nivel relacional, analítico transversal. Muestra por conveniencia de 23 adolescentes escolarizadas de Biblián y Déleg. Previo consentimiento informado se aplica una encuesta validada, la información se procesó mediante el programa (software SPSS 23.0), obteniéndose frecuencias absolutas y relativas, aplicándose Chi cuadrado en el grupo de embarazo no planificado. **Resultados:** Prevalencia 2,7%, El 73,9% sector Rural, el 56,5% son familias amplias, el 91,3% recibieron información sexual previa al embarazo, el 30,4% inicio su primera relación sexual a los 14 años, el 82,6% no planificaron el embarazo. El análisis de las variables asociadas determinó: Estado civil (Chi2 de 4,333 y un p de 0,035), nunca dialogan sobre temas de sexualidad en el hogar (Chi2 de 2,814 y un p de 0,035), el lugar donde conoce a su pareja otro (baile, discoteca, bar), con un Chi2 de 12,173 y un p de 0,017 demostrando asociación con el embarazo no planificado. **Conclusiones:** Se evidencia que los embarazos en la adolescencia aumentan y las edades de las embarazadas disminuyen considerablemente, por lo que es necesario no cerrar los ojos ante esta realidad.

Palabras claves: Embarazo, adolescentes, factores asociados, planificado.

Summary

Adolescent pregnancy in Latin America Ecuador has one of the highest rates, more than 20% are pregnant or are mothers. **Objective:** To determine the characteristics of pregnancy in school-aged adolescents of the Cantons Biblián and Déleg of the Province of Cañar and the association of unplanned pregnancy with sociodemographic variables and sexual health. **Method and materials:**

Study of relational level, transversal analytical. Sample for convenience of 23 adolescents enrolled in Biblián and Déleg. Prior informed consent a validated survey was applied, the information was processed through the program (software SPSS 23.0 WINDOWS), obtaining absolute and relative frequencies, applying Chi square in the unplanned pregnancy group. Results: Prevalence 2,7%, 73.9% Rural sector, 56.5% are large families, 91.3% received sexual information prior to pregnancy, 30.4% began their first sexual intercourse at age 14, 82.6% % did not plan pregnancy within the factors related to marital status with a Chi of 4.333 and a Pv of 0.035, they never discuss sexuality issues in the home, with a Chi of 2.814 and a Pv of 0.035, the place where they meet his other partner (dance, disco, bar), with a Chi of 12,173 and a Pv of 0,017 demonstrating association with unplanned pregnancy. Conclusions: It is evident that pregnancies in adolescence increase and the ages of pregnant women decrease considerably, so it is necessary not to close our eyes to this reality.

Keywords: Pregnancy, adolescents, characteristics of the population.

Introducción

La OPS indica que la tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana. Aunque en los últimos 30 años en América Latina y el Caribe la fecundidad total es decir, el número de hijos por mujer- ha disminuido, las tasas de fecundidad en las adolescentes se han reducido ligeramente, se estima que cada año, en la región, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años y 2 millones de niños nacen de madres con edades entre los 15 y los 19 años.

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. En el año 2014, fallecieron cerca de 1900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales son un 50% más alta entre recién nacidos de madres menores de 20 años comparado con los recién nacidos de madres de 20 a 29 años. La falta de información y el acceso restringido a una educación sexual integral y a servicios de salud sexual y reproductiva adecuados tienen una relación directa con el embarazo adolescente. Se plantea una serie de recomendaciones para reducir el embarazo adolescente, que van desde apoyar programas multisectoriales de prevención dirigidos a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad, hasta un mayor acceso a métodos anticonceptivos y educación sexual, entre otros.

El embarazos en la adolescencia es un problema social que viene dándose desde años atrás y cada vez aumenta el número de embarazos, motivo por la cual esto se convierte en un problema que afecta a los

adolescentes que comienzan una actividad sexual en tempranas edades, esto ocurre tanto en países subdesarrollados como desarrollados y a la vez desencadenando embarazos no deseados o no planificados.

La adolescencia es la etapa donde los jóvenes experimentan en el reafirmar su personalidad, un cúmulo de contradicciones, esta transición ocurre desde su perspectiva infantil en un cuerpo que sufre transformaciones que la convierten en mujer, siendo esto una de las etapas más trascendentales de la vida en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto con una diversidad de cambios, tanto en la conducta como en la ámbito social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica.

Se trata de un momento en la vida del ser humano que se manifiesta, a veces en forma muy notable los intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados, llevando así a los jóvenes a tener o iniciar su vida sexual de una forma muy acelerada sin medir las consecuencias de sus actos, que en un futuro pueden convertirse en situaciones sociales que afecten no solo a él o la joven sino al entorno que los rodea, truncando metas, sueños y oportunidades y es por ello que se ejecutó esta investigación sobre el Embarazo en los Adolescentes Escolarizadas de los cantones Biblián y Déleg.

La finalidad de este estudio es conocer la particular realidad del embarazo en las adolescentes embarazadas de dos cantones de la provincia del Cañar, para proponer nuevas líneas de investigación e intervención.

Introducción al problema

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud, múltiples propuestas y acciones no han logrado disminuir este problema, lo que nos convoca a brindar o proporcionar información relevante para disminuir las tasas de prevalencia de embarazos en adolescentes, debido a que en la actualidad continúa como uno de los principales problemas de salud pública, evento que se produce a inicios de la pubertad o edad fértil, que empieza según la OMS a los 10 años y termina a los 19 años final de la adolescencia (Pantoja, 2012)

Diversos estudios muestran la magnitud de lo enunciado, en la provincia del Guayas se registró el mayor número de embarazos en adolescentes (653 casos) sigue Manabí con (300), Los Ríos (240) y Pichincha (218). Lo más alarmante es que de ese número, 289 ya tuvieron dos hijos. Y actualmente hay en el país 120 000 madres adolescentes de 15 a 19 años. (2)

En Ecuador el 21% de las mujeres entre 20 y 24 años tuvieron un hijo antes de cumplir los 18 años, situándose en la posición más alta para Sudamérica, y un punto porcentual por encima del promedio de América Latina y el Caribe. Solo en 2010 se registraron 11.870 partos adolescentes. (3)

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 12 a 19 años son de 122.301, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos. De acuerdo

con cifras de la Secretaría de Salud, tres de cada diez mujeres se convierten en madres antes de cumplir 20 años, y entre el 40 y 60% de los embarazos entre las jóvenes, no son deseados. (4)

La información general de estudios nacionales y de otras localidades son un referente para contrastar con la ejecución de un estudio local que pretende analizar y conocer las características, así como la asociación, tanto del número de adolescentes embarazadas como con las variables de caracterización (sociodemográficas, conocimientos de sexualidad, apgar familiar, etc, en los cantones Biblián y Déleg).

Importancia del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 años y la adolescencia tardía 17 a 19 años. (5)

Nuestro país tiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina. De acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas. Según los datos del INEC en el Ecuador existen 122.301 madres adolescentes con más del 50% en la región costa y apenas un 6,3% en la Amazonía. (5)

El embarazo en adolescentes es una prioridad de Salud Pública en la región de América Latina y el Caribe, puesto que esta región ocupa el segundo lugar a nivel mundial, después de África Subsahariana. Según el Centro de Estadísticas para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Ecuador es el tercer país a nivel de la región con la tasa más alta de embarazo en adolescentes (10-19 años), después de Nicaragua y República Dominicana. (MSP, 2015)

Sin embargo, las niñas más vulnerables que enfrentan mayor riesgo de complicaciones y muerte debido al embarazo y el parto, son de 14 años o menos”.

Según datos de la Fiscalía General del Estado, en el año 2013 se presentaron 961 denuncias de violación contra niñas menores de 14 años. En el Ecuador, según la ENSANUT 2012. El 39.2% de las mujeres de 15 a 19 años reportan haber tenido experiencia sexual. El 7.5% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, y el 30.1% antes de los 18 años. El 89.9% de adolescentes menores de 15 años tuvieron su primera relación sexual con personas mayores que ellas. De éstas, el 9.1% fue con una persona mayor de 24 años. (7)

En el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021 se argumenta que el 7.8% de las mujeres que se embarazaron antes de los 15 años fue con una persona de 30 años o más y que el 7.5% de embarazos en menores de 15 años termina en aborto. (8)

El Ecuador contó durante el período 2011 -2014 con la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes - ENIPLA, como política pública

intersectorial y prioritaria. El 12 de diciembre de 2014 mediante Decreto Ejecutivo N°491, publicado en el Registro Oficial No. 395, se transfirió a la Presidencia de la República la rectoría, ejecución, competencias funciones, representaciones y delegaciones del proyecto denominado “Estrategia Intersectorial de Prevención de Embarazo Adolescente y Planificación Familiar” – ENIPLA.

En línea con este Decreto Ejecutivo, en el año 2015, se desarrolló el Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia, cuya misión es “disminuir la incidencia del embarazo adolescente en el Ecuador a través de la movilización de la sociedad mediante estrategias, programas y actividades multisectoriales para recuperar el rol protagónico de la familia y contribuir al desarrollo de todas las dimensiones del ser humano en la vida de los y las adolescentes”.

El Ministerio de Salud Pública, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud – MAIS, garantiza el derecho a la atención integral en salud sexual y salud reproductiva teniendo como referente los derechos sexuales y derechos reproductivos, de todas las personas; con énfasis en los grupos de atención prioritaria. (9)

Con este contexto se pretende determinar las características del embarazo en adolescentes a nivel local, considerando las variables sociodemográficas, conocimientos de sexualidad, apgar familiar, etc, en las estudiantes de las unidades educativas de los Cantones Biblián y Déleg de la Provincia del Cañar, para lo cual se cuenta con los permisos correspondientes de los directores de las instituciones educativas y con el consentimiento informado de las adolescentes madres/embarazada.

Metodología

Tipo de estudio: estudio de nivel relacional, analítico, de tipo transversal, el propósito es determinar las características del embarazo en adolescentes escolarizadas de los Cantones Biblián y Déleg de la Provincia del Cañar y la asociación de embarazo no planificado con las variables sociodemográficas, conocimientos de sexualidad y apgar familiar.

Muestra: por conveniencia de 23 adolescentes escolarizadas de los cantones Biblián y Déleg, comprendidas entre las edades entre los 13 y 19 años.

Para ello se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión: Adolescentes embarazadas y madres escolarizadas que pertenecen al rango de edad de 13 a 19 años, y quienes firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Adolescentes escolarizadas embarazadas que no firmaron el consentimiento informado.

Para la recopilación de los datos se utilizó dos cuestionarios y un instrumento para determinar la funcionalidad familiar:

Encuesta sociodemográfica: consta de 11 preguntas sobre las características socio demográficas de las adolescentes. Cuestionario de recolección de datos sobre conocimientos de sexualidad: consta de 16 preguntas cerradas, sobre el conocimiento y la información de salud reproductiva de las adolescentes.

Apgar familiar, esto es un instrumento que permite medir la funcionalidad de una familia, muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil.

Variable de estudio: Embarazo en adolescentes, planificado o no.

Variabes asociadas: Factores sociales y culturales de los embarazos en las adolescentes, nivel de Instrucción, Institución., edad, Estado civil, Residencia, Procedencia, conocimientos de sexualidad y apgar familiar.

Se describen las características de los embarazos en las adolescentes escolarizadas, y se analiza mediante el Chi cuadrado de Pearson si hay asociación de las variables enunciadas según si el embarazo en adolescentes fue planificado o no.

Procesamiento de la información: la información se procesó mediante el programa (software SPSS 23.0 WINDOWS), obteniéndose frecuencias absolutas y relativas, aplicándose Chi cuadrado en el grupo de Embarazo no planificado.

Resultados

Los participantes en el estudio fueron 23 adolescentes embarazadas/madres estudiantes con una prevalencia de los dos cantones Biblián y Déleg de 2,7 casos de cada 100 adolescentes escolarizadas.

El 60,9% de las adolescentes pertenecen al cantón Biblián demostrando que existe mayor prevalencia en este lugar, el 34,8% corresponde a la edad de 18 seguido de un 30,4% de 17 años, el 47,8% de la población estudiada cursa el segundo año de bachillerato, el 73,9% proviene del sector Rural, el 69,6% profesan la religión Católica cabe recalcar que todas las religiones son de igual importancia para quienes la practican o creen, el 56,5% viven en una familia amplia, es decir, conformada por la pareja e hijos más otros integrantes. En cuanto a la información sobre sexualidad el 91,3% de las adolescentes en estudio recibieron información sexual previa a la concepción del embarazo, el 30,4% inicio su primera relación sexual a los 14 años, seguido de un 26,1% a los 16 y un 21,7% a los 15 años, además se observa que el 82,6% de las adolescentes madres y en periodo de gestación no planificaron el embarazo, lo que permite saber que muchas de las adolescentes no son responsables de sus actos y no miden las consecuencias (Tabla 1).

Tabla N 1. Características del embarazo en adolescentes escolarizadas de los cantones Biblián y Déleg.

Variable	N	%
Cantón al que pertenece		
Biblián	14	60,9
Déleg	9	39,1
Edad de las adolescentes		
15 años	2	8,7
16 años	5	21,7
17 años	7	30,4
18 años	8	34,8
19 años	1	4,3
Año lectivo		
Primero de bachillerato	6	26,1
Segundo de bachillerato	11	47,8
Tercero de bachillerato	6	26,1
Procedencia		
Urbana	6	26,1
Rural	17	73,9
Religión		
Católica	16	69,6
Evangélica	3	13,0
Cristiana	4	17,4
Tipo de familia a la que pertenece		
Nuclear	4	17,5
Amplia	13	56,5
Monoparental	6	26,0
Recibiste información sobre sexualidad previa al embarazo		
Sí	21	91,3
No	2	8,7
Edad de tu primera relación sexual		
13 años	2	8,7
14 años	7	30,4
15 años	5	21,7
16 años	6	26,1
17 años	1	4,3
18 años	2	8,7
Planificaste tu embarazo		
Sí	4	17,4
No	19	82,6

Fuente: Adolescentes embarazadas/madres encuestadas de los cantones Biblián-Déleg.

En cuanto a los factores relacionados al 82.6% de embarazos no planificados, en el estado civil el 43,6% de adolescentes decide mantener una relación en unión libre, demostrando asociación con un Chi de 4,333 y un P de 0,035. En los datos del Apgar Familiar se evidencia que el 47,8% de la población en estudio está dentro de una familia disfuncional, sin embargo, no se encuentra asociación con el embarazo no planificado. Por otra parte el 69,5% de los embarazos no planificados, nunca dialogan sobre temas de sexualidad en el hogar, este factor demuestra asociación con un Chi de 2,814 y un p de 0,035, a su vez el 47,8% conoce a su pareja en otro lugar (baile, discoteca, bar), encontrando asociación con el embarazo no planificado con un Chi de 12,173 y un p de 0,017 (Tabla N 2).

Tabla N 2. Factores asociados a embarazos no planificado, Instituciones educativas Biblián-Déleg, 2017

Variable	No planificado		Planificado		OR (IC 95%)	Chi	P valor
	N	%	N	%			
Estado Civil							
Soltera	8	34,7	3	13,1	0,087(0,000-0,202)	4,333	0,035
Casada	1	4,3	1	4,3			
Unión Libre	10	43,6	0	0			
Apgar familiar							
Disfuncional	11	47,8	2	8,7	0,130(0,000-0,311)	7,874	0,052
Patológica	2	8,7	1	4,3			
Funcional	6	26	1	4,3			
Temas sobre Sexualidad							
Si	3	13,1	0	0	0,522(0,253-0,790)	2,814	0,035
No	16	69,5	4	17,3			
Lugar donde conociste a tu pareja							
Vecino	0	0	1	4,3	0,43(0,000-0,153)	12,173	0,017
Colegio	8	34,8	0	0			
Otro(baile, discoteca, bar)	11	47,8	3	13,1			

Fuente: Adolescentes embarazadas/madres encuestadas de los cantones Biblián-Déleg.

Discusión

De las 23 adolescentes embarazadas y madres el 60,9% pertenecen al cantón Biblián y el 39,1% a Déleg. El 34,8% corresponde a la edad de 18 años frente a un 8,7% de 15 y un 4,3% de 19 años. En cuanto a la residencia de las adolescentes encontramos que pertenecen al sector rural con un 73,9%, mientras que el 26,1% pertenecen al sector urbano.

Las adolescentes encuestadas de los Cantones Biblián y Déleg el 56,5% vive dentro de una familia Amplia, el 26% conforma una familia Monoparental y solo el 17,5% proviene de una familia Nuclear.

La frecuencia y porcentajes en las instituciones educativas el cantón Biblián se observó que el 82,6% de los embarazos en adolescentes no fueron planificados, lo que permite saber que muchas de las adolescentes no son responsables de sus actos y no miden las consecuencias, otro factor puede ser de acuerdo a su cultura, creencias y tradiciones, el 17,4% de embarazos fueron planificados.

El 30,4% de las adolescentes en estudio afirman haber tenido su primera relación sexual a los 14 años, seguido de un 26,1% 16 frente a un 4,3% que inicio a los 17 años.

El 91,3% de la población de adolescentes encuestadas responden que si recibieron educación sexual previa al embarazo, mientras que el 8,3% responden no haber recibido educación sexual previa al embarazo.

De los dos cantones donde se realizó dicho estudio sobresale tres instituciones educativas del Cantón Biblián con 14 adolescentes representando el 60,9%, mientras que en las dos instituciones educativas del cantón Déleg se contó con 9 (39,1%) adolescentes para el estudio.

Es importante señalar que una limitante importante del presente estudio es que la muestra es pequeña, por lo que se recomienda incrementar su tamaño para obtener resultados concluyentes.

En un estudio realizado en México contrariamente a nuestro estudio, las adolescentes provenían de familias de clase media urbana, con una amplia mayoría (80%) que provenían de familias nucleares diferente a las familias estudiadas que apenas el 17,5% son de tipología nuclear. La estratificación por edad en este estudio y el realizado por nosotros reveló que las adolescentes embarazadas en su mayoría son mayores de 15 años , no se reportan casos de menores de ésta edad.

En el estudio se demuestra que el 60,8% han iniciado su vida sexual antes de los 16 años, contrariamente al estudio mexicano que reporta el inicio de la vida sexual activa entre los 16 y 19 años en un mayor porcentaje (85.6%), la mayoría de ellas tuvo su primera relación sexual con su pareja , con cuatro a once años más que ellas, en cuanto a la variable estado civil, en el estudio de local predomina el estado de soltera y unión libre contrariamente al mexicano en donde prevalece el estado civil de casadas.

Otros factores involucrados fueron las condiciones de la vivienda, la educación sexual y el conocimiento de los métodos de planificación familiar. (Carrión Vásquez, 2004).

En Sud América, las adolescentes tienen relaciones sexuales por primera vez a una edad media de 17 años, a los 19 años el 60% de las mujeres ya han tenido relaciones sexuales, en Bolivia las relaciones sexuales se inician en promedio a la edad de 15 años en el presente estudio el inicio se reporta a los 13 años . (12)

En otros estudios realizados existe gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años. A esto se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se relacionan con una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud. (13)

Otros estudios aseguran que las consecuencias desagradables que con mayor frecuencia acompañan al embarazo en la adolescencia son: la interrupción de los estudios y de la preparación técnico-profesional. La posibilidad de convertirse en madre soltera hace después más difícil establecer un hogar estable y se inicia así una sucesión de uniones de corta duración. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de condición por temor a la reacción de su grupo familiar. (14)

Conclusión

En este estudio el embarazo en adolescente es más frecuente en el sector rural, las adolescentes viven en familias ampliadas con su pareja, refieren que han recibido educación sexual, sin embargo no han utilizado ningún método anticonceptivo, existiendo un alto índice de embarazos no planificados.

La población de jóvenes estudiadas inician las relaciones sexuales a temprana edad en un escenario de riesgo, ya sea por curiosidad, por complacer a la pareja o por influencia de las amistades y la sociedad que la rodea.

De esta manera se crea un escenario de rechazo y cuestionamiento hacia la embarazada adolescente en sus diferentes ambientes de interacción social, la familia, la escuela, los amigos y la comunidad, de esta forma los embarazos en la adolescencia aumentan y las edades de las embarazadas disminuyen considerablemente, por lo que es necesario no cerrar los ojos ante esta realidad.

Agradecimiento

Agradecimiento a las adolescentes encuestadas, a los directivos de las instituciones educativas y a la estudiante de Enfermería Adriana Rivera por la colaboración en la ejecución del presente estudio.

Referencias bibliográficas

1. Pantoja I. Las complicaciones del embarazo en la adolescencia y el parto son la principal causa de mortalidad de las niñas de 15 a 19 años en los países en desarrollo.. [Online]; 2012. Available from: <https://plan-international.es/por-ser-ni%C3%B1a/campa%C3%B1a/embarazo-adolescente>.
2. Aquino VJR. Repositorio.ug.edu.ec. [Online].; 2013 [cited 2018 Mayo 30. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1978/1/TESIS%20VIVIANA%20RODRIGUEZ%20AQUINO.pdf>.
3. Pérez APO. repositorio.puce.edu.ec. [Online].; 2016 [cited 2018 mayo 30. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/123456789/13013/Disertaci%C3%B3n%20Completa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Tapia Paguay MXMPMDRGJA. Factores culturales, sociales y emocionales en el embarazo precoz en adolescentes, Subcentro de Salud de la parroquia de San Antonio de Ibarra - Imbabura, Mayo Octubre del 2015. [Online].; 2015 [cited 2018 mayo 30. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6172/2/06%20ENF%20714%20ARTICULO.pdf>.
5. Zurita M. Plan Nacional de Prevención del Embarazo. [Online].; 2010. Available from: http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3962_03ponce.pdf.
6. MSP. Educación sexual - Plan familia. [Online].; 2015. Available from: <http://www.elcomercio.com/tendencias/embarazo-adolescentes-educacionsexual-planfamilia-saludpublica.html>.
7. Salinas M, Castro M, Mantilla O. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. In.: Panamericana; 2014. p. 15-19-36.
8. Cedeño C. Embarazo adolescente- Generalidades. [Online].; 2016. Available from: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.
9. Ledesma , V.. Carcaterísticas del embarazo precoz en adolescentes. [Online].; 2015. Available from:

<file:///C:/Users/HP/Documents/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>.

10. Pedroza M, Ramírez A. 3. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana.. In. Brasil: Su Salud; 2010.
11. Carrión Vásquez J. adolescente., Factores socioculturales que condicionan el embarazo. [Online].; 2004. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf043d.pdf>.
12. Rico Terán PSMV. Factores de riesgo asociados a adolescentes embarazadas de 15 a 19 años, La Paz - Bolivia. [Online].; 2005 [cited 2018 mayo 30. Available from: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S9999-88882005000100005&script=sci_arttext.
13. López Rodríguez Y. scielo.sld.cu/scielo.php. [Online]. [cited 2018 mayo 30. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000400011.
14. SáezI MYG, SáezII DIH, MartínIII DMC, RieraVI DRH, Pérez DSMB. <http://scielo.sld.cu/scielo.php>. [Online].; 2010 [cited 2018 mayo 30. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100013.
15. Noguera N, Alvarado H. El embarazo en adolescentes. [Online].; 2012. Available from: [1. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de Enfermería. Rev Colomb Enferm. 2012; 7\(1\):151–160.](#)
16. Velasco A, Alvarez S, Vázconez A. Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años. In. Madrid: Panamericana; 2014.
17. Sotomayor L, Lavielle P. Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. In. Chile: Panamericana; 2016.
18. MSP. Características generales de los embarazos en adolescentes del Ecuador. [Online]. [cited 2012 04 08. Available from: https://www.unicef.org/ecuador/NA_EcuadorContemporaneo_ultima_version.pdf.



CAPÍTULO VI EMERGENCIAS

Perfil epidemiológico de los adolescentes, que acuden a emergencia hospitalaria.

Dr. Rubén Darío Rojas Chica
rubinoalfa@yahoo.com
Universidad Católica de Cuenca –Extensión Azogues

Dr. Eduardo Villa Samaniego
eduvillasasa@yahoo.es
Universidad Andina Simón Bolívar

Md. Lorena Buri Guamán
lorelk1992@live.com
Universidad de Cuenca

Resumen

La adolescencia, es un grupo de edad importante, que comprende aproximadamente el 30% de la población en América Latina y el Caribe, en Ecuador la población adolescente de 10 a 19 años fue aproximadamente 1.9 millones, al momento no hay datos publicados, respecto a la atención de adolescentes en servicios de emergencia en el Ecuador. Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el servicio de emergencia del Hospital Homero Castanier Crespo, de la ciudad de Azogues, en el periodo de enero a diciembre del 2017, en donde se incluyeron a todos los adolescentes de 10 a 19 años de edad que acudieron a la consulta, las variables analizadas fueron: edad, sexo, residencia, motivo de consulta, destino del paciente, diagnóstico por especialidad, realizó una revisión sistemática, de las historias clínicas, para la obtención de la información. Resultados: se atendieron 4456 adolescentes en el servicio de emergencia, el 58,10% fueron mujeres y el 41,80% fueron hombres, se encontró, una prevalencia de las patologías respiratorias con un 22,90 %, seguida de las patologías digestivas 20,70 %, las patologías de trauma con 14,5%, los embarazos en adolescentes representan 13,30 % del total de las atenciones. La primera causa de hospitalización fue, el embarazo en adolescentes que representó un 64 %, la segunda causa fue el trauma, representa un 16,8%, La tercera causa fue la ingesta de sustancias representó un 8,7 % de los ingresos hospitalarios. Conclusión: Los adolescentes mujeres son las que mayoritariamente utilizan los servicios de emergencia, las patologías respiratorias, digestivas, trauma y embarazo en adolescentes son las patologías prevalentes, la principal causa de hospitalización, fue el embarazo en adolescentes, representando, un problema de salud público, para el país.

Palabras clave: adolescente, servicio de emergencia, embarazo en adolescente, morbilidades, consumo de sustancias.

Abstract

Adolescence is an important age group, comprising approximately 30% of the population in Latin America and the Caribbean, in Ecuador the adolescent population of 10 to 19 years was approximately 1.9 million, at the moment there is no published data, regarding the attention of adolescents in emergency services in Ecuador. Material and methods: a descriptive, retrospective study was carried out in the emergency service of the Hospital Homero Castanier Crespo, in the city of Azogues, from January to December 2017, where all adolescents from 10 to 10 were included. 19 years of age who attended the consultation, the variables analyzed were: age, sex, residence, reason for consultation, destination of the patient, diagnosis by specialty, carried out a systematic review of the medical records, to obtain the information. Results: 4456 adolescents were attended in the emergency service, 58.10% were women and 41.80% were men, it was found, a prevalence of respiratory diseases with 22.90%, followed by digestive pathologies 20, 70%, the pathologies of trauma with 14.5%, teenage pregnancies represent 13.30% of the total of the attentions. The first cause of hospitalization was adolescent pregnancy, which represented 64%, the second cause was trauma, representing 16.8%. The third cause was the intake of substances, representing 8.7% of hospital admissions. Conclusion: The adolescent women are those who mostly use emergency services, respiratory pathologies, digestive, trauma and pregnancy in adolescents are the prevalent pathologies, the main cause of hospitalization, was pregnancy in adolescents, representing, a public health problem, for the country.

Keywords: adolescent, emergency service, teenage pregnancy, morbidities, substance use.

Introducción:

La adolescencia, es un grupo de edad importante, que comprende aproximadamente el 30% de la población en América Latina y el Caribe,¹. En Ecuador la población adolescente de 10 a 19 años son aproximadamente 1.9 millones, lo que representa el 32% de todos los niños, niñas y adolescentes en el país ⁽²⁾.

La adolescencia es una etapa caracterizada por cambios fisiológicos, emocionales, cognitivas y del comportamiento, que afectan en los vínculos familiares y sociales, a pesar de ser una población joven, saludable, la prevalencia de su morbimortalidad muestra cambios, en comparación a décadas anteriores. Dentro de la estrategia y plan de acción regional hacia los adolescentes y jóvenes por la OPS nos indica que las principales causas de morbimortalidad son accidentes, homicidios, suicidios, enfermedades transmisibles y embarazos no deseados ⁽³⁾.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos ^{(4), (5)}.

Embarazo: la mujer adolescente embarazada comparada con las mujeres adultas tiene mayor riesgo de tener consecuencias adversas en salud tiene menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleo informal, pobreza y sus niños sufren más riesgos ⁽³⁾.

Salud mental y trastornos de conducta: El suicidio es una de las principales causas de mortalidad, los trastornos depresivos unipolares son la principal causa de autolisis, en los Estados Unidos uno de cada 10 adolescentes y jóvenes sufre alguna enfermedad mental ⁽³⁾.

Consumo de sustancias variadas: un estudio en el Caribe evidenció que el 40% de mujeres y 54% de los varones consumen alcohol, uno de cada 10 adolescentes consumió drogas ilícitas ⁽³⁾.

La importancia de este estudio radica, en que al momento se carece de estudios, realizados en nuestro medio, acerca del tema, los prestadores de la Red Pública integrada de Salud del Ecuador, tanto públicos como privados, no llevan un registro adecuado de la información sobre las consultas de adolescentes, en los servicios de emergencia, información relevante para la planificación, la organización, y la gestión de talento humano, capacitado en atención de adolescentes, para que presten una atención integrada y multidisciplinaria, a este sector vulnerable y vital de la sociedad ecuatoriana.

En el estudio, La Niñez y adolescencia en el Ecuador contemporáneo, 2014, del El Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional, información analítica sobre la niñez y adolescencia con el propósito de motivar la formulación de políticas públicas dirigidas a avanzar en la garantía de los derechos y en la reducción de las brechas detectadas hacia el logro de la equidad y justicia social, muestra con datos tomados de INEC, Estadísticas Vitales, 2011 y SIISE, 2011 Elaboración: OSE, 2014, que la primera causa de mortalidad en adolescentes, son los accidentes de tránsito, suicidio, homicidios, influenza, neumonía, el embarazo, parto y puerperio ocupa el octavo lugar ⁽⁶⁾.

En el año 2011 según este estudio las principales causas de egreso hospitalario fueron embarazo, parto y puerperio en primer lugar, apendicitis hernia y obstrucción intestinal, enfermedades infecciosas intestinales, enfermedades del sistema urinario, influenza y neumonía ⁽⁷⁾.

Existen varias hipótesis de los problemas en la atención de adolescentes en la consulta de emergencia:

De los servicios de emergencia, que no está capacitados, para brindar una atención integrada, multidisciplinaria a las y los adolescentes, no existen instalaciones físicas exclusivas para atención de

adolescentes⁸, la edad de corte para la atención, es de 15 a 16 años, luego de lo cual son atendidos como adultos, por personal que no está capacitado adecuadamente.

Carencia de talento humano, especializado en la atención de adolescentes, que no llevan un registro adecuado de las atenciones, de las y los adolescentes, que permitan visualizar los cambios en el perfil epidemiológico, para una mejor organización, planificación y gestión de recursos.

Factores del mismo adolescente, que muchas veces no acude a los servicios hospitalarios por diversas causas.

A nivel de estado existen varias organizaciones gubernamentales, que protegen a los adolescentes como el consejo de la niñez y adolescencia, existen leyes que protegen y priorizan a los adolescentes, pero no se cumplen, a nivel de salud, no se realiza la denuncia obligatoria de casos en los que sospecha o evidencia, abuso o violencia física o sexual a los adolescentes, intentos de autolisis, consumo de drogas, agresiones con armas, que no son reportadas, fortaleciendo la impunidad, la misma familia muchas veces, no quiere que se continúe con el proceso legal, cuando el agresor es familiar, o pariente cercano.

Objetivo

Conocer el perfil epidemiológico de los adolescentes, en el servicio de emergencia, del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, donde se incluyeron a todos los adolescentes de 10 a 19 años de edad que llegaron al servicio de emergencia en el Hospital Homero Castanier Crespo, de la ciudad de Azogues, en el periodo de enero a diciembre del 2017.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, residencia, motivo de consulta, diagnóstico por especialidad (se engloba por áreas, como trauma, quirúrgicas, clínicas, ginecológicas, pediátricas), destino del paciente.

La información fue obtenida de las historias clínicas, bajo normas de absoluta confidencialidad.

Las variables cuantitativas tendencia central y de dispersión.

Para el procesamiento de datos se utilizó el programa de Excel, Epi Info 2011.

En la categoría de trauma, se incluyen accidente de tránsito, lesiones deportivas, quemaduras, heridas. Patologías respiratorias, se incluyen patologías infecciosas y enfermedades crónicas (asma, etc).

Patologías digestivas se incluyen patología gastroduodenal, infecciones gastrointestinales y ácido pépticas.

Patologías de piel incluyen las infecciosas y e inmuno-alérgicas.

Patologías psicosociales, engloba patologías psiquiátricas (trastornos de personalidad, crisis de ansiedad, intento de auto eliminación, mas situaciones sociales tales como maltrato, abuso sexual, situaciones de violencia, violencia de género, domesticas.

Patologías urinarias infecciosa, en la patología neurológica se incluyeron patología infecciosa y no infecciosa del sistema nervioso.

En patología quirúrgica se incluyeron patologías abdominales y genitales.

Patologías ginecológicas, incluyen consultas por salud sexual y reproductiva, se incluyeron patologías, infecciosa y anticoncepción.

El embarazo en adolescente se incluyó en otro ítem, por la relevancia epidemiológica que conlleva.

Se definió intoxicación a la exposición a sustancias posiblemente toxicas y sus posibles efectos.

En la categoría otros se incluyeron las patologías hematoncológicas, endocrinológicas, oftalmológicas, cardiovasculares y las no clasificadas.

Resultados

Tabla 1.
Consulta de adolescentes en servicios de emergencia. Características de la población. Año 2018

VARIABLE	CATEGORÍA	FA(n)	FR(%)
POBLACIÓN	10-14 años	1874	42%
	15-19 años	2582	57,99%
SEXO	Masculino	1867	41,90%
	Femenino	2589	58,10%
RESIDENCIA	Urbano	3186	71,51%
	Rural	1269	28,48%
MOTIVO DE CONSULTA	Enfermedades respiratorias	1024	22,90%
	Enfermedades Digestivas	925	20,70%
	Embarazo en adolescente	593	13,30%
	Trauma	650	14,50%
	Enfermedades neurológicas	203	4,50%
	Enfermedades del tracto urinario	189	4,20%
	Ginecológicas	127	2,80%
	Infecciosas	57	1,20%
	Ingesta de sustancias	49	1,09%
	Quemaduras	14	0,3%
	Otros	581	13,00%
TOTAL		4456	100%
ESPECIALIDAD	Medicina General	2429	55,18%
	Ginecología	734	16,47%
	Pediatría	678	15,21%
	Cirugía	615	13,80%
TOTAL		4456	100%
DESTINO FINAL	Domicilio	3458	77,62%
	Hospitalización	697	15,64%
	Observación	300	6,73%
TOTAL		4456	100,00%

FA: Frecuencia absoluta

FR: Frecuencia relativa

Tabla 1. En el periodo analizado hubo 4456 consultas en los servicios de emergencia, la media de edad fue 13 años, la mediana fue de 15,75 años, la moda fue 14.

Del total de las consultas el 58,10% fueron mujeres y el 41,80% fueron hombres, mostrando una mayor tendencia a acudir a los servicios de las adolescentes mujeres que varones, una prevalencia de adolescentes del sector urbano con un 71,51 %, del sector rural acudieron un 28,48 %, además existe un predominio de adolescentes del grupo de edad de 15-a 19 años con un 57,99 % de la población de estudio y en el grupo de edad de 10 a 14 años, un 42,01 %.

En el estudio se encontró, una prevalencia general de las patologías respiratorias con un 22,90 %, seguidas de las patologías digestivas 20,70 %, las patologías de trauma con 14,5%, los embarazos en adolescentes representaron un 13,30 % del total de las atenciones.

En otros, fueron englobadas patologías de muy baja prevalencia y también aquellos que no fueron registrados adecuadamente por el personal médico representa un 13% de la totalidad de los pacientes, que no podemos conocer cuál fue su destino, o su incidencia en las estadísticas de morbilidad de la institución. En cuanto a la especialidad de la atención, la mayoría de atención la realizó personal de medicina general, representando 55,18% del total de las atenciones, ginecología con un 16,47%, pediatría 15,21 %, cirugía 13,80 %.

El destino final de la atención, en el estudio se encontró que la mayoría fueron remitidas a su domicilio un 77,62 %, fueron hospitalizados 15,64 %, se derivó a observación un 6,73 %, de las atenciones.

Tabla 2.
Consulta de adolescentes en el servicio de emergencia según las principales morbilidades y destino

	DOMICILIO		HOSPITALIZACIÓN		OBSERVACIÓN	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Enfermedades respiratorias	1011	22,68%	14	0,31%	3	0,06%
Enfermedades Digestivas	666	14,94%	101	2,26%	182	4,08%
Trauma	634	14,22%	94	2,10%	72	2%
Embarazo en adolescente	243	5,40%	346	7,76%	4	0,08%
Enfermedades neurológicas	192	4,30%	17	0,38%	10	0,22%
Enfermedades del tracto urinario	182	4,08%	22	0,49%	9	0,20%
Ginecológicas	125	2,80%	2	0,04%	0	0%
Infecciosas	54	1,21%	3	0,06%	0	0%
Ingesta de sustancias	3	0,06%	47	1,05%	0	0%
Quemaduras	12	0,26%	6	0,13%	1	0,02%
Otros	395	8,86%	5	0,11%	1	0,02%
TOTAL	3517	78,92%	657	14,74%	282	6,32%

FA: Frecuencia absoluta

FR: Frecuencia relativa

Tabla 2. De las 4456 atenciones realizadas en el servicio de emergencia, observamos que la mayoría de patologías fueron referidas a domicilio, siendo los principales motivos de consulta la enfermedad respiratoria representa 22,68 % seguidas de las enfermedades digestiva 14,94 %, seguidas de trauma 14,22, luego embarazo en adolescentes con un 5,40 %, fueron referidas a su domicilio.

De los adolescentes que requirieron hospitalización, la primera causa fue, el embarazo en adolescentes que represento un 7,76% constituyendo un problema de salud pública, que tiene un alto costo social y económico para el sistema de salud ecuatoriano.

Las otras causas de hospitalización, fueron enfermedades digestivas, trauma y la ingesta de sustancias.

Tabla3.
Consultas de adolescencia en servicio de emergencia. Diagnóstico según rango de edades año 2017.

	EDAD				Total
	10 - 14		15 - 19		
	FA	FR	FA	FR	
Enfermedades Digestivas	402	9,02%	523	11,73%	1024
Enfermedades respiratorias	565	12,67%	459	10%	925
Embarazo en adolescente	32	0,71%	560	12,56%	597
Trauma	173	3,88%	477	10,70%	650
Enfermedades neurológicas	190	4,26%	13	0,29%	203
Enfermedades del tracto urinario	150	3,36%	89	1,99%	239
Ginecológicas	15	0,33%	112	2,51%	127
Infecciosas	37	0,83%	20	0,44%	47
Ingesta de sustancias	36	0,80%	13	0,29%	49
Quemaduras	11	0,24%	3	0,06%	14
Otros	301	6,75%	280	6,28%	581
TOTAL	1912	42,90%	2549	57,20%	4456

FA: Frecuencia absoluta

FR: Frecuencia relativa

Tabla 3, se evidenció una prevalencia de las enfermedades respiratorias y digestivas, tanto en la adolescencia temprana y tardía, manteniendo el perfil epidemiológico, sin embargo, fue relevante el embarazo en adolescentes, que se presentó desde la adolescencia temprana, encontramos 32 casos en el rango de 10 a 14 años, y 560 casos en el rango de edad de 15 a 19 años, se evidencio la precocidad del embarazo en adolescentes. El trauma fue más frecuente en la adolescencia tardía, enfermedades neurológicas, ingesta de sustancias y quemaduras fue más frecuente en la adolescencia temprana.

Tabla 4.
Consulta de adolescente en servicio de emergencia según principales diagnósticos y sexo.

	VARONES		MUJERES		TOTAL
	FA	FR	FA	FR	FA
Enfermedades respiratorias	502	11,26%	526	12,47%	1028
Enfermedades Digestivas	344	7,71%	605	13,57%	949
Trauma	499	11,19%	301	6,75%	800
Embarazo en adolescente	0	0,00%	593	13,30%	593
Enfermedades neurológicas	92	2,06%	127	2,80%	219
Enfermedades del tracto urinario	61	1,36%	152	3,40%	213
Ginecológicas	0	0,00%	127	2,85%	127
Infecciosas	20	0,44%	34	0,76%	57
Ingesta de sustancias	37	0,83%	12	0,26%	50
Quemaduras	9	0,20%	10	0,22%	19
Otros	303	6,79%	98	2,19%	401

FA: Frecuencia absoluta

FR: Frecuencia relativa

Tabla 4, prevalecen la enfermedad respiratoria y digestivas, tanto en el sexo masculino como femenino, el embarazo en adolescentes afectó al sexo femenino, con 13,30 % casos, la ingesta de sustancias afecta al sexo femenino en mayor proporción al igual que las ginecológicas, las patologías de trauma afecto más al sexo masculino en un 11,19%.

Conclusión

Como conclusiones de nuestro estudio se evidencia que, existe un mayor número de adolescentes mujeres que acudieron al servicio de emergencia constituyendo un 58,11% de las 4456 consultas, acudieron un 71,51% del sector urbano en comparación con el sector rural, epidemiológicamente se observó una prevalencia de las enfermedades respiratorias con un 22,90 % seguidas de las enfermedades digestivas siendo la tercera causa de consulta el embarazo en adolescentes con un 13,30% (593) de este grupo el rango de edad de 10 a 14 años fueron 32 pacientes y en el rango de 15 a 19 años 560. La primera causa de hospitalización es el embarazo de adolescente, presentando un alto costo económico para el sistema de salud.

Es importante resaltar que, en el diagnóstico de las consultas clasificado como otros, encontramos 581 pacientes que representan el 13 % de las mismas lo que indica una deficiencia en el correcto registro de las atenciones por parte de personal médico.

Agradecimiento

Un agradecimiento al Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues –Ecuador, a sus autoridades, personal de enfermería y médico, que de manera desinteresada colaboraron en la gestión de la información necesaria para este estudio.

A los adolescentes motivo y alma de esta investigación, por la consecución y cumplimiento de sus derechos, un fraterno reconocimiento, por alcanzar sus metas y sueños.

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la salud. SALUD DEL ADOLESCENTE. Pan American Health Organization [Internet] 2012. [Consultado 05 Mar 2018]. Disponible en:http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3177%3AAsalud-del-adolescente&catid=2442%3Aadolescent-health-program&Itemid=2428&lang=es
2. UNICEF Ecuador e Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC. Situación de la niñez, Datos Demográficos. [Internet] 2015 [Consultado 05 Mar 2018]. Disponible en:https://www.unicef.org/ecuador/children_28772.html.
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los Adolescentes y jóvenes 2010- 2018. [Internet] 2010 [Consultado 05 Mar 2018]. Disponible en: https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fsalud-mujeres-ninos%2Fwp-content%2Fuploads%2F2012%2F06%2FEstrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf&h=ATPdAyOZQ1xz5Js97kQhuihhfVpL1GpxoFswr48q2c2Wqw8I2iF-lKHhH2nsqjU5kUvT_ieOKqUZJJCFtZdipAhQkbM4-kw7Q3eQnSaCzjInC_ck-MOv
4. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. OMS [Internet] 2018 [Consultado 05 Mar 2018]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
5. Lucía Maurente*, Ma Inés Ferreira†, Mariana Más†, Karen Hernández†, Ana Rimolli†, Florencia Castellanos†, Javier Prego, Gustavo Giachetto, Loreley García. Consulta adolescente en servicios de emergencia pediátrica. Rev Méd Urug 2017; 33(4):9-18. [Internet] 2017 [Consultado 05 Mar 2018]. Disponible en: http://www.rmu.org.uy/revista/proximo/rmu33-4_868_maurente-consulta.pdf

6. Margarita Velasco Abad Soledad Álvarez Velasco Gioconda Carrera Herrera Alison Vásconez. La niñez y la adolescencia en el Ecuador contemporáneo avances y brechas en el ejercicio de derecho. UNICEF. [Internet] 2017 [Consultado 05 Mar 2018]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/NA_Ecuador_Contemporaneo.pdf
7. Jhon Usiña, Darwin Céspedes Julio Yunga. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2014, Instituto Nacional de estadísticas y censo. [Internet] 2014 [Consultado 05 Mar 2018]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
8. Ullan AM, et al. El cuidado de los adolescentes en los hospitales españoles: los pacientes invisibles. Rev Calid Asist. 2010. doi:10.1016/j.cali.2009.12.006
9. Tajer, Debora.J, Reid, Graciela, Cenen,Elizabeth, Solis, Mónica Equidad de género en la calidad de atención en adolescencia <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v21n1/v21n1a23.pdf>



CAPÍTULO VII ONCOLOGÍA

Incidencia del cáncer en edad pediátrica en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca durante el periodo 2012 a 2016

Dr. Erick Franz Castillo Amaya
erickf_castillo@yahoo.com
Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca

Dra. Andrea Alexandra Martínez Sotomayor
andremarsotomayor@yahoo.com
Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Resumen

El cáncer durante en niños y adolescentes es un problema de salud pública debido a su alta mortalidad, a pesar de tener una baja incidencia, la misma que nivel mundial se encuentra alrededor del 3% y a nivel local se sitúa alrededor del 5%. En los niños, los padecimientos hematológicos malignos como la Leucemia y Linfoma ocupan los primeros lugares en frecuencia afectando más de la mitad de los pacientes, seguido de tumores del Sistema Nervioso Central (SNC), Sarcomas óseos y Sarcomas de tejidos blandos siendo esos los más frecuentes dentro de los tumores sólidos. La relación al género y edad presenta características particulares que tienen relación con la adolescencia, sobre todo cuando existe aumento en la incidencia de los tumores germinales y tiroideos. El diagnóstico temprano y los avances en los tratamientos oncológicos infantiles con poliquimioterapia, terapias blanco y combinaciones con radioterapia y cirugía han permitido un aumento de la sobrevivida que en términos generales puede llegar hasta el 90% en países desarrollados y en Ecuador se ha registrado alrededor del 70%. La etiología del cáncer es multifactorial, debida a la interacción de factores físicos, químicos, genéticos, médicos y cromosómicos que se combinan para producir un tipo concreto de tumor. Aunque las enfermedades neoplásicas pueden pasar desapercibidas, es de suma importancia conocer los síntomas y signos de alarma para un diagnóstico temprano.

Palabras clave: cáncer, niños, adolescentes, incidencia, ecuador.

Abstract

Cancer in children and adolescents is a public health problem due to its high mortality, despite having a low incidence, which is around 3% worldwide and locally is around 5%. In children, malignant haematological diseases such as Leukemia and Lymphoma occupy the first places in frequency affecting more than a half of patients, followed by tumors of the Central Nervous System, bone Sarcomas and soft tissue Sarcomas being these the most frequent within solid tumors. The relationship to gender and age has particular characteristics that are related to adolescence, especially when there is an increase in the incidence of germ and thyroid tumors. Early diagnosis and advances

in infant oncology treatments with polychemotherapy, white therapies and combinations with radiotherapy and surgery have allowed an increase in survival that in general terms can reach up to 90% in developed countries and in Ecuador it has been registered around the 70% The etiology of cancer is multifactorial, due to the interaction of physical, chemical, genetic, medical and chromosomal factors that combine to produce a specific type of tumor. Although neoplastic diseases can go unnoticed, it is very important to know the symptoms and alert signs for an early diagnosis.

Keywords: cancer, children, adolescents, incidence, Ecuador

Introducción

A pesar de la baja incidencia del cáncer en la edad pediátrica y en la adolescencia, se ha convertido un problema de salud a nivel mundial por las altas tasas de mortalidad que se presentan, debido a diagnósticos tardíos y su consecuente retraso en el inicio del tratamiento. Actualmente se ha establecido como la segunda causa más frecuente de mortalidad infantil a nivel mundial ⁽¹⁾.

Existen marcadas diferencias con los tumores malignos de los adultos, en cuanto a la incidencia y respuesta al tratamiento, así como los programas de detección oportuna que se realiza en los adultos.

El cáncer se presenta con más frecuencia en adolescentes entre 15 y 20 años de edad con una incidencia de 12.400 casos, mientras que en niños menores de 15 años se reportan 8.700 casos anuales, con tasas de incidencia de 14.9/100.000 y 13.4/100.000 personas . Existen picos en la incidencia de acuerdo a la edad de los pacientes, en menores de 5 años se reportó 24% de los cánceres según el sexto informe del Registro de tumores SOLCA Cuenca, presentándose otro cambio en la incidencia entre los 15 y 19 años por la proliferación celular propia de la edad ⁽²⁾.

Los cánceres más frecuentes en la infancia son las Leucemias seguidas de Linfomas, tumores del SNC y Neuroblastomas según el SEER 3, durante la adolescencia las incidencias de los tumores toman un giro, destacando los tumores germinales como los más frecuentes, seguidos de Leucemias, Linfomas y cánceres del SNC ⁽⁴⁾.

No existe diferencias en la incidencia en relación al género, sin embargo, algunos tipos de cánceres pueden tener incidencia ligeramente mayor en Leucemias, Linfomas, tumores renales y tiroideos. Los adolescentes y adultos jóvenes son a menudo diagnosticados con tipos de cáncer diferentes a los que se diagnostican en niños más jóvenes o en adultos de más edad. Por ejemplo, los adolescentes tienen mayor probabilidad que los niños más jóvenes de ser diagnosticados con Linfoma de Hodgkin y con cáncer de testículo ⁽³⁾.

En lo que respecta a diagnósticos específicos, la supervivencia es más baja para los adolescentes de 15 a 19 años de edad que para los niños más jóvenes. Por ejemplo, el índice de supervivencia a 5 años

para la Leucemia Linfoblástica aguda en el período de 2007 a 2013 fue de 91 % para niños menores de 15 años de edad en comparación con 74 % para adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Importancia del problema

Debido a que el cáncer en niños y adolescentes no es una sola entidad, sino un grupo de patologías con características determinadas, que, aunque poco frecuentes, presentan un gran impacto social y económico para los sistemas de salud y la población general al comprometer la sobrevivencia de los pacientes. Consideramos que es necesario conocer las estadísticas internacionales y sobre todo a nivel local y regional, ya que las últimas registradas son las del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca del año 2009, con esto se pretende dar a conocer las características de nuestra población en cuanto a la incidencia de enfermedades oncológicas más frecuentes en este grupo etario.

Metodología

El presente trabajo es un estudio descriptivo, donde se pretende conocer la incidencia de las enfermedades neoplásicas durante la infancia y la adolescencia en los pacientes del Instituto del cáncer SOLCA Cuenca atendidos en el período 2012 – 2016.

Para esto hemos incluido todos los pacientes atendidos en el período de tiempo antes descrito, teniendo en cuenta el diagnóstico, la edad, sexo y sitio del tumor primario.

Resultados

Durante el período del estudio se atendieron 6491 pacientes oncológicos, de los cuales encontramos 303 cánceres en edad pediátrica, lo que representa el 5% de todos los pacientes de todas las edades atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca.

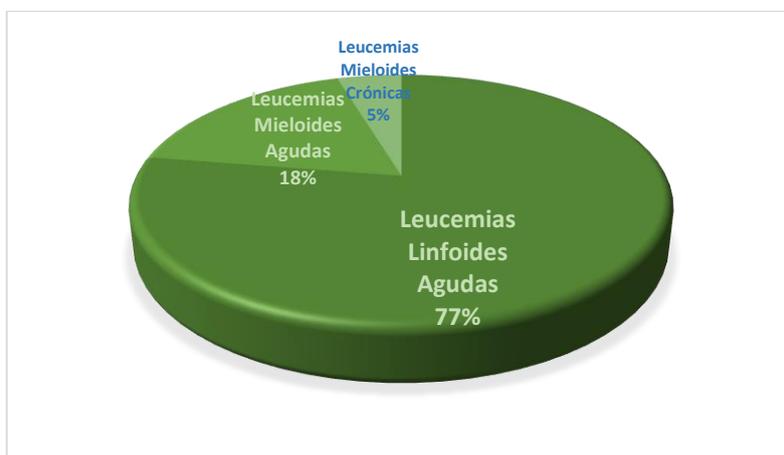
De acuerdo a la edad encontramos mayor incidencia en el grupo de 5 a 9 años con 90 pacientes que corresponde al 29.7% de los casos y en el grupo de 15-18 años con 83 pacientes, que corresponde al 27.4%

Con relación al género existe una relación 1.2: 1, siendo más frecuente en varones con 167 casos que representan el 55.1% durante este período de tiempo. Teniendo en cuenta que de acuerdo a los grupos etarios existe distribución uniforme, sin tener en cuenta la histología de los tumores.

Las neoplasias más frecuentes durante la niñez y la adolescencia son las hematológicas, mismas que abarcan el 56.5% del total de cánceres. Siendo las Leucemias las que ocupan el primer lugar con 129 casos que representa el 42.6%, de las cuales existe predominio en el sexo masculino con 74 casos que corresponde al 57% y 55 casos a mujeres que representan el 42.6%, al momento del diagnóstico la edad media es de 8.7 años.

Las Leucemias Linfoides agudas son las más frecuentes reportándose en 100 pacientes que corresponde al 77.5% de los casos y las Leucemias Mieloides en 29 casos que corresponde al 22.5%, de las cuales 23 son agudas y 6 casos de Leucemias Mieloides crónicas. (Gráfico N° 1)

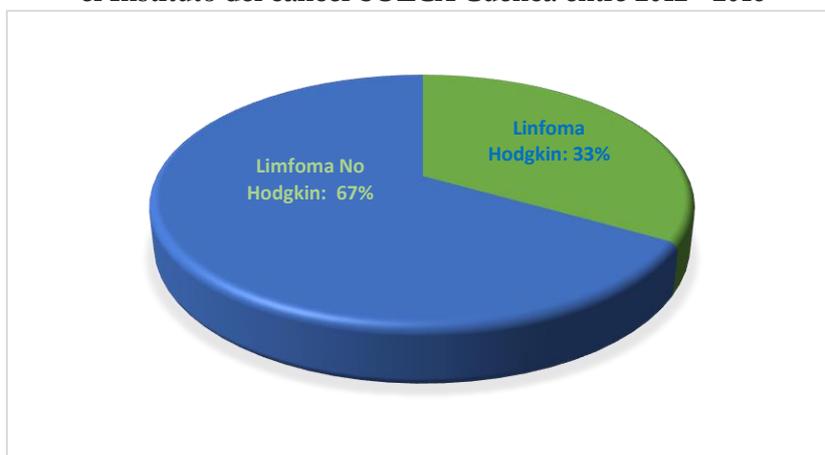
Gráfico N°1. Distribución de pacientes con diagnóstico de Leucemia en edad pediátrica en el Instituto del cáncer SOLCA Cuenca entre 2012 - 2016



Fuente. Registro de Tumores SOLCA Cuenca

Dentro de las enfermedades hematológicas también encontramos a los Linfomas, los mismos que ocupan el segundo lugar en la incidencia general, se encontraron 42 casos que representan el 13.9% del total de casos oncológicos. La edad media de los pacientes con Linfomas es de 10.7 años, con predominio de los grupos etarios de 5 – 15 años, que representan más del 50%. Los datos reflejan un predominio en el sexo masculino donde se reportaron 35 casos que corresponde con el 83.3%. Existe predominio de los Linfomas No Hodgkin con 28 pacientes y una incidencia que llega al 67% de todos los casos. Los Linfomas de Hodgkin se presentaron en 14 pacientes que corresponder al 33%. (Gráfico N° 2)

Gráfico N°2. Distribución de pacientes con diagnóstico de Linfomas en edad pediátrica en el Instituto del cáncer SOLCA Cuenca entre 2012 - 2016

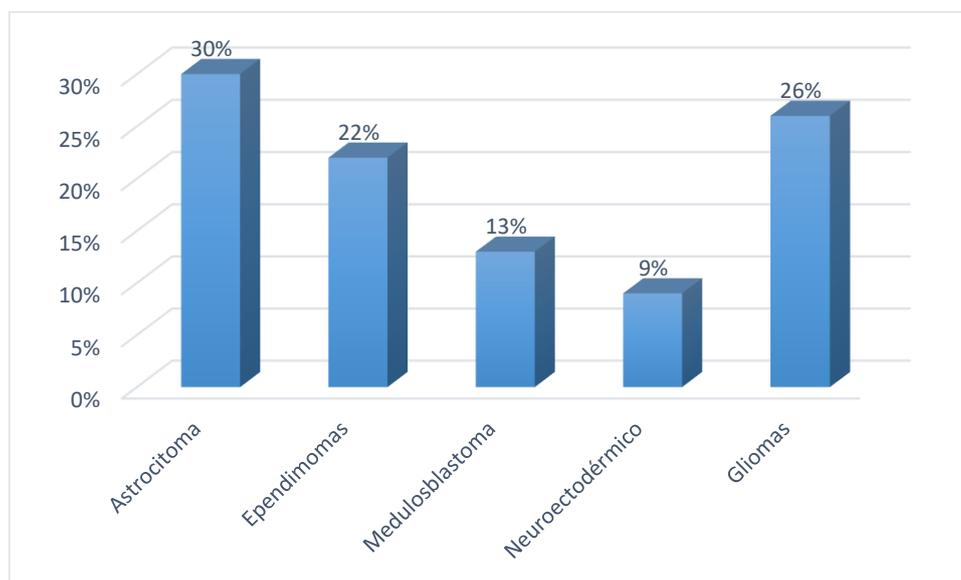


Fuente. Registro de Tumores SOLCA Cuenca

Los tumores del SNC ocupan el tercer lugar en frecuencia, en el presente estudios se encontraron 23 casos que representan el 7.6% de todos los tumores de esta edad, con una edad media de 9 años, de los cuales 14 pacientes son de sexo masculino (60.9%) y 9 pacientes de sexo femenino (39.1%).

Los tipos histológicos más frecuentes son los Astrocitomas donde se reportaron 7 casos, seguidos de los Gliomas con 6 casos, y los Ependimomas con 5 casos, Meduloblastomas en 3 casos y los tumores Neuroectodérmicos con 2 casos. (Gráfico N°3)

Gráfico N°3. Distribución de pacientes con diagnóstico de Tumores del Sistema Nervioso Central en edad pediátrica en el Instituto del cáncer SOLCA Cuenca entre 2012 - 2016

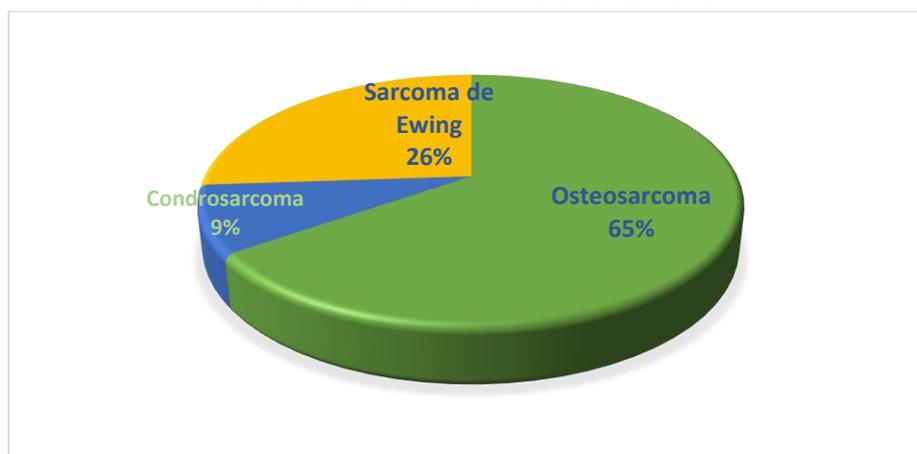


Fuente. Registro de Tumores SOLCA Cuenca

Los tumores óseos se ubican en el cuarto lugar en frecuencia de los tumores en niños y adolescentes, se encontraron 23 casos que corresponden al 7.6% del total de la población en edad pediátrica, de los cuales existe una relación similar según el sexo con 12 casos en varones (52.2%) y 11 casos de mujeres (47.8%), al tener en cuenta la edad presentan un pico de incidencia a partir de los 10 años donde se concentran la mayoría de los casos que corresponden al 82%.

El tipo histológico predominante son los osteosarcomas con 15 casos que representa el 65.2%, seguido de los sarcomas de Ewing con 6 casos que representa el 26.1% y 2 casos de condrosarcomas (8.7%). (Gráfico N° 4) El fémur es el hueso más frecuentemente afectado en el 43.48% de los casos, seguido de la tibia en el 17.4%, el húmero en el 13% de los casos y el peroné en el 13%.

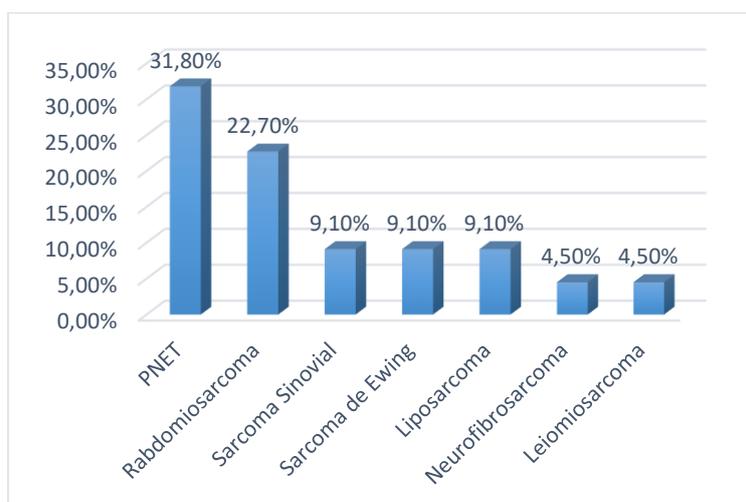
Gráfico N°4. Distribución de tumores óseos de acuerdo a su histología en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca entre 2012 – 2016



Fuente. Registro de Tumores SOLCA Cuenca

Los tumores de tejidos blandos ocupan el quinto lugar en incidencia, los cuales están representados por los sarcomas con sus distintos tipos histológicos, se encontraron 22 casos (7.3%) durante el período de estudio, no existe diferencias de acuerdo al sexo, encontramos 10 mujeres y 12 varones, siendo el promedio de edad de 10.8 años, distribuidos en forma uniforme en los distintos grupos etarios, con predominio en el grupo de 15 a 18 años en el cual se encontraron el 31.8% de los casos. El tipo histológico más frecuente es el tumor Neuroectodérmico Primitivo (PNET) con 7 casos que representa el 31.8% de los casos, seguido de los Rabdomiosarcomas con 5 casos que corresponden al 22.7%, en menor frecuencia se encuentran los Sarcomas Sinoviales, Sarcomas Ewing y Liposarcomas que en conjunto representan el 27.3%. (Gráfico N°5)

Gráfico N°5. Distribución de pacientes en edad pediátrica con diagnóstico de Sarcomas de acuerdo a la histología en el Instituto del cáncer SOLCA Cuenca entre 2012 - 2016



Fuente. Registro de Tumores SOLCA Cuenca

En menor frecuencia encontramos a los pacientes con diagnóstico de tumores de células germinales en los cuales se encontraron 18 pacientes que corresponden al 5.9% del total de casos en este grupo etario. La distribución en cuanto al sexo es igual, 50% varones y 50% mujeres, con respecto a la edad, el promedio se situó en 11 años y el grupo etario más afectado es a partir de los 10 años en el cual encontramos un aumento significativo en la incidencia que se encuentra en el 67%, de especial importancia los adolescentes mayores de 15 años cuya incidencia es cercana al 50%.

Los tipos histológicos más frecuentes en los varones son los Carcinomas Embrionarios con el 45% de los casos, seguido de los tumores germinales mixtos con el 23%. Y en menor frecuencia los Seminomas y tumores del Saco Vitelino.

En las mujeres la histología predominante son los tumores germinales mixtos con el 23 % de los casos, y las otras histologías como carcinomas embrionarios, cistoadenocarcinoma, disgerminoma, teratoma inmaduro y tumores del seno endodérmico en menor frecuencia.

Un capítulo particular son los tumores germinales extragonadales que en los varones se reportó un caso de carcinoma embrionario mediastinal y 2 casos de similar histología en las mujeres a nivel de idéntica localización.

Existen otros tipos de tumores en menor frecuencia, como los tumores renales, en este estudio encontramos 13 pacientes con cánceres del riñón que representan 4.3%, la edad promedio fue de 5 años, siendo el grupo etario más afectado el de 5 a 9 años en el cual se encuentran el 54% de los casos.

Las histologías más frecuentes son los tumores de Wilms, los cuales abarcan el 77% de los casos, seguidos de los nefroblastomas con 3 casos que representan el 23% de los casos.

Encontramos 8 casos de tumores hepáticos, los cuales representan el 2.6%, distribuidos en forma uniforme con 50% en sexo masculino y 50% en sexo femenino, el promedio de edad se encontró en 1.7 años de edad, siendo un tumor exclusivo del grupo etario de 0 a 4 años con el 100% de los casos. El tipo histológico que se encontró en todos los pacientes fue el hepatoblastoma.

Hay varios tumores que en los últimos años han aumentado su incidencia no solo en los adultos, sino en los niños, como el cáncer de tiroides, que se encontró en 11 pacientes (3.6%) de los cuales en el sexo femenino se presentaron 73%, con una edad promedio de 14 años, y un aumento en la incidencia a partir de los 15 años con el 64% de los casos.

El carcinoma papilar de tiroides es la histología predominante con el 91% de los casos, y carcinoma folicular con el 9%.

Discusión

El cáncer durante la infancia y la adolescencia se define como un grupo amplio y heterogéneo de enfermedades cuyo factor común es un desequilibrio que se produce en la relación proliferación/muerte celular, provocado por alteraciones genéticas que se acumulan y conllevan una proliferación celular anormal y una expansión clonal ⁽⁵⁾.

Su incidencia es aproximadamente de 1 por cada 7,000 niños en Estados Unidos. Sin embargo, sigue siendo la causa más frecuente de fallecimiento por enfermedad en el periodo comprendido entre el año y los 14 años de vida. 6, ocupando el segundo lugar en mortalidad en varios países ⁽¹⁾.

En EEUU durante el año 2017 se diagnosticaron 15.270 nuevos casos en edades entre 0 y 19 años y se calcula que las muertes debidas a esta patología fueron de 1.790. 7, así mismo en los niños de 0 a 14 años, se calcula que 10 270 serán diagnosticados con cáncer y 1190 morirán por esa enfermedad en 2017.

En España se diagnostican en alrededor del 3% de todos los cánceres. Dato que contrasta con el 5% que encontramos en este grupo de pacientes durante este periodo de tiempo del estudio.

La incidencia anual de tumores malignos en España según la estadística del Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNII) de la Sociedad Española de Oncología Pediátrica (SEOP): 1980-2004, es de 850 nuevos casos anuales, en niños < 15años y de 500 casos más, entre 15 y 19 años ⁽⁸⁾.

Según el RNII, la tasa de incidencia del cáncer infantil por 100. 000 niños < de 15 años es:

- EE UU 139
- Europa 137
- España 145
- México 15.9
- Ecuador 17

A nivel local en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca durante el período comprendido entre 2012 y 2016 se diagnosticaron 6491 casos oncológicos entre adultos y niños, de los cuales 303 casos (5%) son en niños y adolescentes ⁽¹⁰⁾.

El cáncer sigue siendo una de las principales causas de mortalidad entre menores de 18 años en las últimas décadas, a pesar que ha disminuido considerablemente por la combinación de tratamientos quirúrgicos y adyuvantes con quimioterapia y posteriormente radioterapia. Actualmente en EEUU mueren 1.500 a 1.600 niños menores de 15 años ⁽⁹⁾.

Existen picos en la incidencia de acuerdo a la edad de los pacientes, en mayores de 5 años se reportó un 29 % de los cánceres y otro a partir de los 15 años que tendrían relación con los tumores germinales, según el presente estudio de tumores pediátrico en el hospital de SOLCA Cuenca, datos similares a los reportados en el sexto informe del registro hospitalario ⁽²⁾.

Dentro de los diez cánceres más frecuentes, las enfermedades hematológicas han sido los tipos más comunes de cáncer diagnosticados en niños y adolescentes. En EEUU, los principales tumores son las leucemias, seguidos de los tumores del SNC, los Linfomas, Sarcomas de tejidos blandos, Neuroblastomas y tumores renales.

En Latinoamérica y a nivel local existen pocas diferencias en cuanto a la frecuencia. En el presente análisis del registro de tumores del Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca en el cual se recopiló los datos desde el año 2012 al 2016, en cuyo período se estudiaron 303 pacientes, siendo las enfermedades hematológicas las que predominaron con más del 50% de la frecuencia. Las Leucemias ocupan el 42.6%, seguido de los Linfomas con el 13.9%. Los tumores sólidos juntos tienen menor frecuencia, dentro de los cuales los más frecuentes fueron los del Sistema Nervioso Central, óseos, sarcomas de partes blandas y los tumores de células germinales. 10 (Cuadro N°1)

Cuadro N°1. Distribución según edad y género en pacientes en edad pediátrica en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca entre 2012 - 2016

Tipos Histológicos	Femenino	Masculino	Total	Porcentaje
Leucemias	55	74	129	42,60%
linfomas	7	35	42	13,90%
Tumores del SNC	14	9	23	7,60%
Sarcomas Óseos	12	11	23	7,60%
Sarcomas de Partes Blandas	10	12	22	7,30%
Tumores Germinales	9	9	18	5,90%
Tumores Renales	10	3	13	4,30%
Tumores Tiroideos	8	3	11	3,60%
tumores Hepáticos	4	4	8	2,60%
Retinoblastomas	4	2	6	2,00%
Neuroblastomas	1	3	4	1,30%
Tumores epiteliales inespecíficos	3	1	4	1,30%
Total	137	166	303	100,00%

Fuente. Registro de Tumores SOLCA Cuenca

En la adolescencia las estadísticas tienen un giro en cuanto a la frecuencia de los tumores, siendo los tipos más comunes en adolescentes de 15 a 19 años los linfomas, seguidos por los tumores de cerebro y otros tumores del sistema nervioso central, las leucemias y tumores germinales gonadales (testículo y ovario), cáncer de tiroides y melanoma ⁽⁷⁾. En Europa se mantienen estadísticas similares en cuanto a la frecuencia de las enfermedades ⁽⁸⁾.

Nosotros encontramos que en la adolescencia las enfermedades hematológicas no reflejan un predominio como lo tienen los tumores germinales y los tumores óseos. así mismo en cierto tipo de tumores como los hepatoblastomas en el que 100% de los casos se encontraron en niños menores de 4 años y en los tumores renales el 80% de los casos se describieron en niños menores de 9 años.

Leucemias

Es el tipo de neoplasia más frecuente en los niños menores de 15 años con una incidencia del 30% de todos los cánceres esta esta edad, de los cuales la Leucemia linfoblástica aguda ocurre 5 veces más que las leucemias mieloides. 12 En el presente estudio encontramos que las Leucemias ocupan el primer lugar en incidencia, con el 42.6% de los casos, con predominio de las leucemias agudas con el 77% en frecuencia, seguidas de las leucemias mieloides aguda con el 18% y las crónicas con el 5%, datos similares en Latinoamérica en el que se encontró la incidencia de las leucemias en el 38% de los casos, con predominio de las leucemias linfoblásticas (1).

Linfomas

Los linfomas son el conjunto de enfermedades neoplásicas de los linfocitos. Se diferencian de las leucemias en que el proceso oncogénico ocurre en fases extramedulares del desarrollo linfocitario. El origen de los diferentes linfomas dependerá de la estirpe y de la etapa en la que el linfocito inicie su proceso de malignización.

El linfoma de Hodgkin (LH) representa el 7% de las neoplasias en la edad pediátrica y el 1% de la mortalidad debida a cáncer infantil. Es excepcional en el lactante y su incidencia va aumentando durante la infancia hasta ser la neoplasia más frecuente entre los 15 y los 19 años de edad. Nosotros encontramos 42 casos de linfomas, de los cuales 14 casos tienen histología de LH que corresponde al 5% de todos los cánceres, presentándose un predominio entre los 5 años y 15 años con más del 50% de los casos, teniendo solo 1 caso en menor de 5 años.

En los países desarrollados, se observan dos picos de incidencia, el primero en la adolescencia o al inicio de la edad adulta, y el segundo en ancianos; sin embargo, en los países en vías de desarrollo, el primer pico de incidencia se adelanta a la edad infantil. El 80% de los casos de LH en menores de 5 años de edad, se da en varones, a los 12 años de edad la proporción niño/niña se iguala y, a partir de los 15 años de edad, la proporción se invierte, el 80% de los casos se da en niñas.

El Linfoma No Hodgkin (LNH), se trata de un grupo heterogéneo de enfermedades que incluye a todos los linfomas excepto el LH. La clasificación de los LNH ha cambiado a lo largo del tiempo, debido a los avances en la histopatología, inmunología, citogenética y biología molecular.

Actualmente existen

1. las neoplasias de precursores linfoides, que incluyen al linfoma linfoblástico T (20%) y al linfoma linfoblástico B (3%)
2. Neoplasia de células B maduras, que incluyen al linfoma de Burkitt (40%), linfoma difuso de células grandes B (20%) y linfoma de células B mediastínico primario (2%)
3. Neoplasia de células maduras, como el linfoma anaplásico de células grandes.

Los LNH en niños son enfermedades muy agresivas. Pueden debutar con cuadros clínicos extremadamente graves, como son: síndrome de la vena cava superior, compresión de la vía aérea, síndrome de lisis tumoral, insuficiencia respiratoria o cardíaca por derrames masivos, insuficiencia renal por afectación renal directa o de la vía urinaria, síndromes de compresión medular, etc. En los casos menos graves, la forma de presentación clínica dependerá de la localización como afectación de la piel, masa abdominal o mediastínica, acompañada de síntomas B. En el presente análisis encontramos 28 casos de LNH que representan el 67% de los linfomas con edad promedio de 10 años ⁽¹³⁾.

Tumores del sistema nervioso central

Los tumores del sistema nervioso central SNC son un grupo de entidades tanto benignas como malignas que afectan al encéfalo y la médula espinal, constituyen la segunda neoplasia más frecuente en niños, después de la leucemia, y por consiguiente el tumor de órgano sólido más común en la infancia. Representan entre un 15 y 20% del total de los casos nuevos de cáncer que se diagnostican por año en España en menores de 15 años y la primera causa de muerte por enfermedad oncológica a esta edad. 14 En el presente estudio ocupa el tercer lugar en incidencia por debajo de las leucemias y linfomas, reportándose 23 casos que representan el 7.6% del total de cánceres, la edad media es de 9 años, con un ligero predominio en el sexo femenino (61%), los tipos histológicos más frecuentes son los Astrocitomas, Gliomas y Ependimomas.

Tumores óseos

Los tumores óseos malignos suponen el 6% de todas las neoplasias infantiles, entre los cuales los más frecuentes son los Osteosarcomas que se presentan en el 4.7% de los casos, presentando una tasa de incidencia de 3/100.000/año, siendo esta incidencia mayor en la adolescencia entre los 15-19 años con tasas de 11/100.000/año, con predominio en el sexo masculino 1.4:1. son muy agresivos, con metástasis en el 20% de los pacientes al momento del diagnóstico. Y tasas de mortalidad de 0.15/100.000/año ⁽¹⁵⁾.

Los Osteosarcomas son los tumores óseo primario más frecuente en los niños. Se relaciona con la exposición a la radiación ionizante, enfermedad de Paget y displasia fibrosa. Se asocia a ciertas enfermedades congénitas poco frecuentes. El síntoma inicial es el dolor en la región afectada, y posterior tumefacción local. La mayoría de los tumores se presentan en las extremidades, siendo los huesos largos los más comprometidos, encontrando afección de la metáfisis distal del fémur y proximal de la tibia en el 57.6% y 11% en el húmero ⁽¹⁵⁾.

El presente trabajo describe a los tumores óseos en el cuarto lugar en frecuencia del 7.6%, sin diferencias con relación al género, la edad de mayor frecuencia fue a partir de los 10 años donde se concentraron el 82% de los casos. Y el fémur es el hueso más afectado con el 43% de los casos, seguido de la tibia. Los tipos histológicos más frecuentes son los Osteosarcomas (65.2%), seguido de los Sarcomas de Ewing (26.1%) condrosarcomas (8.7%). El fémur es el hueso más frecuentemente afectado en el 43.48% de los casos, seguido de la tibia en el 17.4%, el húmero (13%) y el peroné en el 13%.

Tumores de tejidos blandos

Se describe al Rabdomiosarcoma como el principal tumor de partes blandas, el mismo que se origina en el tejido musculoesquelético, se presenta con mayor frecuencia en los 10 primeros años de la vida. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas, dependiendo de la localización del tumor ⁽¹⁾.

Nosotros encontramos que los sarcomas de tejidos blandos se presentaron en el quinto lugar de frecuencia, con el 7.3% del total de tumores malignos en esta edad; de los cuales los Rabdomiosarcomas se encuentran en el segundo lugar dentro de este grupo con el 1.6%, dato similar al reportado por la Organización Panamericana de la Salud; sin embargo el subtipo histológico más frecuente fueron los tumores Neuroectodérmicos Primitivos (PNET), los cuales se encontraron en el 2.3% de los casos de cánceres en esta edad, existiendo distribución uniforme en cuando a la edad y género, las histología menos frecuentes de los sarcomas de tejidos blandos incluyen a los sarcomas sinoviales, sarcomas de Ewing, Fibrohistiocitomas maligno, neurofibrosaromas, Liposarcomas y Leiomiomasarcomas.

Tumores de células germinales

Los tumores de células germinales (ICG) constituyen un heterogéneo grupo de neoplasias que, aunque se manifiestan de forma muy diversa tanto desde el punto de vista clínico como

del biológico, comparten el hecho de derivar de células germinales primitivas. Se incluyen en este amplio grupo los tumores germinales benignos o Teratomas, tumores malignos (Coriocarcinoma, tumor de Seno Endodérmico, Germinomas) o tumores mixtos con componentes de Teratoma Inmaduro.

Las Neoplasias de células germinales, que pueden crecer en los ovarios o testículos, o en otros sitios como región sacrococcígea, retroperitoneo, mediastino, cuello y cerebro. Ocupan entre el 7° y el 8° lugar como causa de cáncer infantil ⁽¹⁾.

Los tumores germinales pueden ser gonadales y extragonadales, y suponen alrededor del 3% de todas las neoplasias en menores de 15 años, aumentando al 7% si ampliamos la edad hasta los 19 años. Esta amplia diferencia ubica a los TCG en la segunda neoplasia más frecuente, sólo superada por los linfomas de Hodgkin.

Existen dos picos de incidencia máxima en la infancia, uno en los 2 primeros años de la vida y otro en la pubertad, y cada uno de ellos se asocia a tipos histológicos y localizaciones predominantes. Así, al nacimiento y primera infancia suelen ser teratomas benignos en ocasiones con tumor de seno endodérmico y de localización habitualmente extra gonadal, mientras que en la adolescencia se localizan preferentemente a nivel gonadal y suelen ser malignos con componentes mixtos de Coriocarcinoma o carcinoma embrionario. Otra característica diferencial de interés es la incidencia mucho mayor de tumores germinales en niñas que en niños con relación 4:1 desde el nacimiento hasta los 14 años, mientras que en adolescente y adultos jóvenes la relación se balancea hacia los varones 2:1. ⁽¹⁶⁾.

Ocupando el sexto lugar en frecuencia durante los 5 años del estudio se encuentran los TCG, que corresponden al 5.9% del total de casos. La distribución por género es igual, El grupo etario más afectado es a partir de los 10 años en el cual encontramos un aumento significativo en la incidencia que se encuentra en el 67%, de especial importancia los adolescentes mayores de 15 años cuya incidencia es cercana al 50%. Los tipos histológicos más frecuentes en los varones son los carcinomas embrionarios con el 45% de los casos, seguido de los tumores germinales mixtos con el 23%. Y en menor frecuencia los Seminomas. En las mujeres la histología predominante son los tumores germinales mixtos con el 23 % de los casos, y las otras histologías como Carcinomas Embrionarios, Cistoadenocarcinoma, Disgerminoma, Teratoma Inmaduro y tumores del seno endodérmico en menor frecuencia.

Otros tipos de tumores

Dentro de los tumores sólidos tenemos enfermedades con menor frecuencias como los tumores renales (4.3%).

Dentro de los cuales el más frecuente es el tumor de Wilms, que es una neoplasia maligna embrionaria, cuyo origen ha sido atribuido a trastornos en la histogénesis renal, desarrollándose cuando los tejidos blastemales metanéfricos fallan en madurar. Siendo uno de los tumores maligno en el que se alcanzaron tasas de curación cercanas al 90% gracias al empleo de quimioterapia neoadyuvante, desarrollo de técnicas quirúrgicas y al uso radioterapia. A nivel mundial es la quinta neoplasia maligna en pediatría, es el tumor renal más frecuente y constituye aproximadamente el 6% de todos los casos de Cáncer en niños. La edad de presentación oscila entre 1 y 4 años, el 90% ocurren en menores de 7 años. En el presente estudio encontramos similar incidencia a la descrita en la literatura mundial con 4.3% de frecuencia, con predominio en el sexo femenino con el 76% que se contrapone a los datos latinoamericanos, siendo el grupo de edad más frecuentemente afectado los menores de 9 años (85%). Hay que prestar especial importancia ya que es uno de los tumores Es que se relaciona con varias malformaciones congénitas ⁽¹⁾.

En los últimos años se han incrementados los tumores tiroideos, los cuales se encontraron con una frecuencia de 3.6%, con predominio en el sexo femenino (86%) al igual que sus similares adultos y con mayor afectación durante la adolescencia (64%), lo que confiere un factor de mal pronóstico.

En menor frecuencia nombramos a los tumores hepáticos (2.6%), Retinoblastomas 2% y Neuroblastomas 1.3%, los cuales tiene predominio en las edades más tempranas como el Hepatoblastoma que se encontró con una edad promedio de 1.3 años afectando al 100 de niños menores de 4 años.

Supervivencia

Los índices de supervivencia de la mayoría de los cánceres infantiles han mejorado en las últimas décadas, la mejoría ha sido especialmente notable en ciertos tipos de cáncer, en particular, en los tumores germinales y en la Leucemia Linfoblástica aguda, que es el tipo más común de cáncer en niños la cual en los años 20 era menor a 10% y en el 2013 aumentó considerablemente al 88%. 3 En los últimos reportes encontramos que la supervivencia en

países como Alemania, Austria y Canadá se encuentran sobre el 90%, situándose nuestro país en el puesto 42 con una supervivencia de 62.6% ⁽¹⁷⁾.

Al igual que en varios países en el Ecuador las tasas de supervivencia han aumentado en los últimos años, situándose en el 62% según el registro de tumores de Quito 4, esta diferencia en cuanto a la supervivencia se justifica por el abandono al tratamiento que se produce en el 27 % de los pacientes, pero además el retaso en el diagnóstico y el consecuente retraso en el inicio del tratamiento afectan esta sobrevivencia, sobre todo en los países en vías de desarrollo en los cuales pasa una media de 4 a 6 meses y se visita entre 5 y 20 médicos desde el inicio de los síntomas hasta que se inicia el tratamiento específico ⁽¹⁸⁾.

Etiología

A pesar que no se conoce la etiología exacta de los cánceres en la edad pediátrica, se pueden mencionarse algunos factores relacionados.

- a. Factores Físicos: La exposición a rayos UV que aumenta el riesgo de cáncer de piel y las radiaciones ionizantes en dosis >10 GY, sobre todo en la vida intrauterina, durante tratamientos radiantes en la infancia, los cuales se relacionan con cáncer de tiroides y Leucemias Linfoblásticas agudas y sarcomas radio inducidos ⁽¹⁹⁾.
- b. Factores Químicos y medicamentosos. Algunos medicamentos podrían tener efectos carcinógenos en los niños cuando son administrados a la madre durante el embarazo; un ejemplo es el dietilbestrol, que se utilizó en los años setenta. Así mismo, la exposición a plaguicidas se ha asociado con Leucemia, Linfoma No Hodgkin y Neuroblastoma, mientras que solventes como el benceno representan un factor de riesgo de leucemia en niños. El componente N-nitroso que se encuentra en algunos alimentos curados y el tabaco consumidos durante el embarazo pueden inducir tumores del SNC, en tanto el alcohol y algunos diuréticos usados durante el embarazo han sido vinculados a tumores infantiles como Neuroblastoma y tumor de Wilms ⁽¹⁹⁾.
- c. Factores biológicos. Algunos virus como el virus de Epstein Barr, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis B y C, virus linfotrópico humano tipo 1 (HTLV1) y el papiloma virus están asociados con cánceres específicos, según el virus y los tejidos que afecta ⁽¹⁾.
- d. Factores Genéticos. Alrededor del 5 % de los cánceres en edad pediátrica son causados por mutaciones genéticas hereditaria. Por ejemplo, 30 % de los casos de Retinoblastoma, son causados por una mutación hereditaria del gen *RB1*.

- a. Existen varias mutaciones hereditarias asociadas con síndromes familiares, como el síndrome de Li-Fraumeni, el síndrome de Beckwith-Wiedemann, la anemia de Fanconi, el síndrome de Noonan y el síndrome de von Hippel-Lindau, que aumentan el riesgo de cáncer en niños.
- b. Los pacientes con cromosopatías como la trisomía 21, tienen hasta 20 veces más probabilidad de padecer leucemia que los niños que no tienen este síndrome 21. y el síndrome de Turner (45X0) y Klinefelter (47 XXY) Son frecuentes en ambos procesos los tumores de estirpe germinal y pueden prevenirse con la extirpación profiláctica de las cintillas ováricas residuales. Los varones con síndrome de Klinefelter, tienen un riesgo aumentado de cáncer de mama.

Genes y su relación con el cáncer

Los oncogenes son genes implicados en el crecimiento y la diferenciación celular, estando regulada su expresión por diversos genes supresores, lo que permite un adecuado y controlado crecimiento y desarrollo celular.

La tumorigénesis altera este control, y provoca cambios genéticos directos de activación de oncogenes e inactivación de genes supresores de estos oncogenes. La carcinogénesis tiene pues, cuatro fases:

1. Iniciación tumoral, mediante la cual se produce daño irreparable en el ADN celular
2. Promoción tumoral, por la cual se produce una expansión clonal de la célula tumoral dando inicio a la carcinogénesis
3. Conversión maligna, que es la transformación de una célula de preneoplásica en neoplásica y donde ya tiene un fenotipo tumoral; y
4. Progresión tumoral, que es cuando la célula neoplásica comienza su expansión y crecimiento descontrolado ⁽¹⁹⁾.

Tipos de genes relacionados con la tumorigénesis

Los Protooncogenes son genes reguladores positivos del crecimiento y proliferación celular. Una mutación en uno solo de sus alelos puede provocar la aparición de cáncer. Por ejemplo, la mutación en un alelo del gen MEN2 (Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 2) ⁽¹⁹⁾.

Los Genes de supresión tumoral (Antioncogenes), son genes implicados en la regulación negativa de la división celular, siendo habitualmente supresores de los oncogenes. Podemos encontrar mutaciones de estos genes, tanto en tumores germinales como en tumores esporádicos, siendo más frecuente encontrarlos alterados en estos últimos.

Entre estos genes podemos destacar el WT1, cuya misión es la adecuada formación del sistema genitourinario y los tejidos mesoteliales. Tiene una actividad represora o activadora, y su insuficiencia favorece la aparición de tumores de Willms infantiles. A su vez, está sobreexpresado en algunos tipos de leucemias y tumores sólidos.

Otro conocido gen de supresión tumoral es el RB1, que es un regulador negativo del ciclo celular reprimiendo la transcripción de genes que tiene lugar en la fase S del ciclo celular. Su insuficiencia da lugar a la aparición de Retinoblastomas, en algunos casos de forma familiar.

El PTEN (Phosfatase and Tensine Homolog) también es un gen supresor, y se encuentra relacionada con diferentes síndromes de sobrecrecimiento asociados a tumores, y afectado por el gen mTOR. Se encuentra sobre expresada en: tumores vasculares, gliomas, Astrocitomas subependimarios de células gigantes, Hamartomas y Angiomiolipomas, entre otros, el PTEN regula la muerte y la proliferación celular a través del complejo PI3K/ATK/mTOR). Durante la progresión cancerígena, PTEN es uno de los genes más frecuentemente mutados o delecionados en las células tumorales. Por otra parte, en ciertos tumores, la inactivación de este gen puede transformar oncogenes en genes de supresión tumoral. Así, su relación con la proteína p53 permite que ambos actúen coordinadamente para suprimir el crecimiento tumoral en ciertos tumores ⁽¹⁹⁾.

Los Genes reparadores de ADN, son los encargados de codificar proteínas que reparan los errores que se producen en la replicación del ADN, su alteración predispone a la presencia de tumores por acumulación de mutaciones, por lo que pueden afectar a oncogenes o genes de supresión tumoral transformando una célula somática en cancerosa.

Estas alteraciones son las responsables de los cánceres que aparecen en el Xeroderma pigmentoso o el síndrome de Bloom, ambos con una especial susceptibilidad al cáncer cutáneo en las zonas expuestas a la luz solar ⁽¹⁹⁾.

Síntomas

En todas las consultas de niños al servicio de salud, sea para seguimiento de niño sano, control de crecimiento, consulta externa o de urgencia por cualquier causa, y en instituciones de primero, segundo o tercer nivel de atención, el médico debe indagar acerca de la posibilidad de que el niño pueda tener algún tipo de cáncer. Tal consigna se lleva a cabo simplemente por medio de preguntas que se registran en la historia clínica y clasificando los signos o síntomas inespecíficos que puedan encontrarse cuando se hace un examen físico completo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han propuesto agrupar los probables síntomas y signos de cáncer, los cuales se los categoriza en el cuadro

número 2, y el posterior manejo que se debería considerar de acuerdo al riesgo de malignidad. (cuadro N°2)

Cuadro N°2. Clasificación de acuerdo a los síntomas y signos según la OPS

Evaluar	Clasificar	Tratar
<p>Uno de los siguientes signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fiebre por más de 7 días sin causa aparente ■ Dolor de cabeza, persistente y progresivo; de predominio nocturno, que despierta al niño o aparece al momento de levantarse en la mañana y puede acompañarse de vómitos ■ Dolores óseos que han aumentado progresivamente en el último mes e interrumpen su actividad ■ Petequias, moretes y/o sangrados ■ Palidez palmar o conjuntival severa ■ Leucocoria (ojo blanco) ■ Estrabismo que ha ido apareciendo ■ Aniridia (falta de iris) ■ Heterocromía (ojos de diferente color) ■ Hifema (sangre dentro del ojo) ■ Proptosis (ojo saltado) ■ Ganglios > 2,5 cm diámetro, duros, no dolorosos, con evolución ≥ 4 semanas ■ Signos y síntomas neurológicos focales, agudos y/o progresivos: <ul style="list-style-type: none"> ■ Convulsión sin fiebre ni enfermedad neurológica de base ■ Debilidad unilateral (de una de las extremidades o de un lado del cuerpo) ■ Asimetría física (facial) ■ Cambios del estado de conciencia o mental (en el comportamiento, confusión) ■ Pérdida del equilibrio al caminar ■ Cojera por dolor ■ Dificultad para hablar ■ Alteraciones en la visión (borrosa, doble, ceguera súbita) ■ Masa palpable en abdomen ■ Hepatomegalia y/o esplenomegalia ■ Masa en alguna región del cuerpo sin signos de inflamación 	<p>POSIBLE CÁNCER O ENFERMEDAD MUY GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Referir urgentemente a un hospital de alta complejidad con servicio de hemato-oncología pediátrica, si no es posible a un servicio de hospitalización de pediatría ▶ Estabilizar al paciente, si es necesario iniciar líquidos intravenosos, oxígeno, manejo de dolor ▶ Si se sospecha tumor cerebral y hay deterioro neurológico iniciar manejo para hipertensión endocraneana ▶ Hablar con los padres, explicar la necesidad e importancia de la referencia y la urgencia de la misma ▶ Resuelva todos los problemas administrativos que se presenten ▶ Comuníquese con el centro de referencia
<p>Uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pérdida de apetito en los últimos 3 meses ■ Pérdida de peso en los últimos 3 meses ■ Cansancio o fatiga en los últimos 3 meses ■ Sudoración nocturna importante, sin causa aparente ■ Palidez palmar o conjuntival leve ■ Linfadenopatía dolorosa o con evolución < 4 semanas o con diámetro ≤ 2,5 cm o consistencia no dura ■ Aumento de volumen en cualquier región del cuerpo con signos de inflamación 	<p>AL GÚN RIESGO DE CÁNCER</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Examen físico completo en busca de una causa para los signos encontrados ▶ Revise la alimentación del niño y corrija los problemas encontrados ▶ Si hay pérdida de peso, pérdida de apetito, fatiga o cansancio refiera a consulta con el pediatra para iniciar estudios e investigar posible TBC, VIH ▶ Si tiene palidez palmar leve, inicie hierro y controle cada 14 días. Si empeora, referir urgentemente. Si en control del mes no ha mejoría, solicitar hemograma y frotis de sangre, buscar causa de anemia y tratar o referir según corresponda ▶ Tratar la causa de la linfadenopatía con antibiótico si es necesario y control en 14 días, si no mejora referir ▶ Tratar con antibiótico el proceso inflamatorio que produce aumento de volumen en una región del cuerpo y controle en 14 días, si no mejora referir ▶ Enseñe signos de alarma para regresar de inmediato ▶ Asegure inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo
<p>No cumple criterios para clasificarse en ninguna de las anteriores</p>	<p>NO TIENE CÁNCER</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Asegure inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo ▶ Asegure un ambiente libre de tabaco ▶ Recomiende alimentación saludable y actividad física regular

Referencia. Organización Panamericana de la Salud. 2014. Diagnóstico Temprano del Cáncer en la niñez.

Conclusiones

Hemos mostrado la frecuencia de las principales causas de tumores malignos en edad pediátrica atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, dichos datos son un reflejo de nuestra población en la cuales observamos estadísticas similares a la literatura latinoamericana y mundial en determinadas patologías y en otras mostramos que a nivel local existen particularidades propias de la región y que debemos tomar en cuenta en el momento de la atención de nuestros pacientes y en el proceso de diagnóstico.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. 2014. Diagnóstico Temprano del Cáncer en la niñez. Atención. Atención integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia; Washington DC EEUU
2. Registro de tumores SOLCA Cuenca, 2015, Epidemiología del cáncer en el cantón Cuenca 2005 – 2009, Sexto informe, Ecuador
3. Childhood, 2016. Cancer rates calculated using the Incidence SEER18 Research Database, November 2016 submission, Third Edition (ICD-O-3) malignant histologic codes 9470/3, 9471/3, and 9474/3).
4. Registro de tumores SOLCA Quito, 2013. Incidencia del cáncer en Quito periodo 2011 – 2013, Ecuador.
5. Carrasco Salas P, Lapunzina P, Pérez-Martínez A, 2017, Anales de Pediatría de Barcelona, vol. 87:Núm.3, 125-7 España.
6. Elliss-Brookes L, McPhail S, Ives A, et al. 2012. Routes to diagnosis for cancer - determining the patient journey using multiple routine data sets. *British Journal of Cancer*; 107(8):12201226. England.
7. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. 2017, Cancer Statistics, 2017, *Cancer Journal for Clinicians*. Jan;67(1), EEUU.
8. Alvarez Silván, A, et al, 2017, Signos y Síntomas de Alarma en el Cáncer Infantil, *Vox Paediatrica*, Vol. 24, Núm. 2, España.
9. Pizzo Philip, Poplack D, 2010. Principles and Practice of Pediatric Oncology, seven editions. Chapter 2. EEUU.
10. Registro de tumores SOLCA Cuenca, 2018, Boletín Informativo 2012 - 2016, Registro hospitalario de tumores del Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca. Ecuador
11. Guerrero Quiroz E, Bastidas Sánchez A, et al, 2018. Supervivencia y Factores Asociados a Infiltración al Sistema Nervioso Central en pacientes pediátricos con Leucemia Linfoblástica Aguda Diagnosticados por Citometría de Flujo en Sudamérica 2017. Ecuador.
12. Terwilliger T, Abdul-Hay M, 2017, Acute lymphoblastic leukemia: a comprehensive review and 2017 update, *Blood Cancer Journal* 7, e 577 NY, EEUU.
13. Sánchez de Toledo Codina J, Sábado Álvarez C, 2016, Linfoma de Hodgkin y No Hodgkin, *Sepeap*, Vol XX, N°6, Madrid España.
14. Baena-Gómez M.A, Mateos-González M, 2014, Tumores del sistema nervioso central en niños. Experiencia del hospital infantil Reina Sofía, *Vox Paedriátrica*, Vol 21, N°1. España.
15. Amaya Zepeda R, 2013, Diagnóstico oportuno de Osteosarcoma en niños y adolescentes en primer y segundo nivel de atención médica, Evidencias y recomendaciones, Consejo de salubridad general, México.
16. Nuria Pardo García, Arturo Muñoz Villa, et al. 2005. Tumores de células Germinales, *Clinical and Translational Oncology*; Vol. 7, Nùm.8:361-9. España
17. Allemani C, et al 2018, Global surveillance of trends in cancer survival 2004 – 14 (CONCORD-3): Analysis of individual records for 37 513 025, patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries, *Lancet*. 2018 Jan 30. pii: S0140-6736(17)33326-3. doi: 10.1016/S0140-6736(17)33326-3.

18. González-Paredes Y, et al, 2014. Retraso en el diagnóstico y en la referencia oportuna del niño con cáncer a un centro especializado en atención oncológica pediátrica. Experiencia del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE, Gaceta Mexicana de Oncología, 2014;13(1):31-38.
19. Gonzalez Meneses A, 2017. Bases genéticas y moleculares de los tumores infantiles, Sepeap, Volumen XXI, Núm.8.
20. Andrés M, Fernández B, Fernández Delgado M, 2012, Alteraciones hematológicas en personas con síndrome de Down, Revista Española Pediatría 2012; Volumen 68, número 6, p 421-423



CAPÍTULO VIII

ADICCIONES

Caracterización en el consumo de sustancias psicoactivas de los usuarios ingresados en la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues

Lcda. Gloria Luzmila Pogyo Morocho. Enf. Especialista.
glorialuzp2010@yahoo.com
Universidad Católica de Cuenca

Lcda. Victoria Marina Salinas Contreras.
vickysalinas_92@hotmail.com

Lcda. Elvia Narcisca Godoy Durán. Mgs.
engodoyd@ucacue.edu.ec.
Universidad Católica de Cuenca

Resumen

En el Ecuador el consumo de sustancias psicoactivas esta dado en su mayor parte por la población joven siendo una amenaza en el futuro El propósito de este estudio fue caracterizar datos sociodemográficos, inicio y causas de consumo en los usuarios ingresados en la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues “COTEMUAZ” mediante un estudio descriptivo transversal basado en una encuesta. Los 25 usuarios ingresados respondieron el cuestionario luego del consentimiento informado estimándose que la población ingresada corresponde a adultos jóvenes de 18 a 25 años que representa el 36%, en la procedencia el 64% corresponde a la región sierra; en el nivel de educación esta el primario con un 44%; del estado civil son casados el 48%, solteros 40%; según la ficha socioeconómica aplicada para el ingreso el 84% corresponde al nivel medio. La sustancia de mayor consumo fue el alcohol con un 68%, seguido de la cocaína en un 56% y la marihuana en un 44%. La edad en que se inició el consumo es de 10 a 18 años con un 80% seguido del intervalo de 19 a 26 años con un 20%, se sobrestima que la causa de consumo fue por curiosidad en un 52 %, un 20% incitados por amigos, un 16% por problemas (familiares, sociales, emocionales, económicos, etc.) y un 8% por tristeza. El consumo aparece en edades tempranas por lo que se recomienda implementar programas de prevención del consumo de sustancias dirigido a los adolescentes de las instituciones educativas y promocionar la Salud Mental.

Palabras clave: consumo, drogas, usuarios, datos sociodemográficos.

Abstract

In Ecuador, the consumption of psychoactive substances is mainly due to the young population being a threat in the future. The purpose of this study was to characterize sociodemographic data, initiation and causes of consumption in users admitted to COTEMUAZ through a descriptive study. cross-

section based on a survey. The 25 admitted users answered the questionnaire after informed consent, estimating that the admitted population corresponds to young adults from 18 to 25 years old, representing 36%, in the origin 64% corresponds to the mountain region; in the level of education this is the primary with 44%; of the marital status, 48% are married, 40% are single; according to the socioeconomic profile applied for income, 84% corresponds to the average level. The substance with the highest consumption was alcohol with 68%, followed by cocaine by 56% and marijuana by 44%. The age at which the consumption began is from 10 to 18 years with 80% followed by the interval from 19 to 26 years with 20%, it is overestimated that the cause of consumption was out of curiosity at 52%, 20% incited for friends, 16% for problems (family, social, emotional, economic, etc.) and 8% for sadness. Consumption appears at an early age, so it is recommended to implement substance use prevention programs for adolescents in educational institutions and to promote Mental Health.

Keywords: consumption, drugs, users, sociodemographic data.

Introducción

De acuerdo a la OMS la prevalencia del uso de droga es alta en adultos jóvenes que en el resto de las edades mayores en todo el mundo, en America Latina el uso de drogas legales e ilegales se da en los jóvenes que oscilan edades entre 18-24 años especialmente universitarios. (1). En el Ecuador el consumo de drogas alcohol u otras sustancias no específicas han aumentado en los últimos tiempos por varios factores entre ellos los sociales así como el consumo de bebidas alcohólicas forma parte de la cultura de los ecuatorianos desde que nacen, crecen, logros personales y profesionales o cualquier otro acontecimiento con la idea que es normal.

Sin embargo esta permisividad social en cuanto al consumo de alcohol ha tenido y tiene efectos profundos en la persona, su familia y entorno, cuando del consumo ocasional se pasa a la dependencia o adicción captando a víctimas cada vez más jóvenes, con secuelas realmente dramáticas para la persona y para la sociedad en su conjunto, razón por la cual se ha hecho que se busque programas dirigidos frente a esta problemática, creándose fundaciones con ayuda social como es el caso de la Comunidad Terapéutica Municipal de Azogues en la provincia del Cañar el COTEMUAZ que es una institución que lucha por reeducar al ser humano que ha caído en las dependencia de dichas sustancias y luego reintegrarle a la sociedad como ser social, activo y productivo.

Al igual que en otros países las medidas de control de drogas en el Ecuador han sido modificadas es así que en la nueva Constitución aprobada por referendo en septiembre de 2008 en el artículo 364 prohíbe la “Criminalización de adicción a las drogas” donde dice textualmente “Las adicciones son un problema de salud pública, al estado le corresponde desarrollar programas coordinados de información y prevención y control del consumo de alcohol y sustancias estupefacientes y

psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos” (2).

Las drogas son aquellas sustancias con propiedades psicoactivas susceptibles que provoca dependencia y adicción e incluso la muerte, el período más susceptible para el inicio del consumo de una o más sustancias psicoactivas, es la pre adolescencia y la adolescencia.

Algunos factores psicológicos y socio ambientales parecen ser los causantes del inicio y de mantenimiento del consumo y junto con las propiedades farmacológicas de las sustancias mantienen el desarrollo de la dependencia física y psíquica de la sustancia (3).

Las situaciones de consumo de estas sustancias varían de acuerdo a los países es así que en Colombia la más consumida es la marihuana seguida de la cocaína, del total de consumidores de drogas ilícitas el 87% son de marihuana (4).

En México, la edad promedio para el inicio del consumo de drogas esta entre los 12 y 15 años de edad detallando que la edad de inicio de consumo de alcohol es de 12 años, 13.1 para el tabaco; 14.2 para la cocaína; 14.3 para la marihuana, y 14.5 para las metanfetaminas.

Adicción

Según la Organización Mundial de la Salud, este es un patrón de conducta de consumo de fármacos que se caracteriza por aferramiento insuperable al consumo de una sustancia, conducta de búsqueda compulsiva de la misma y gran tendencia a las recaídas después de la supresión (5).

Tipos de drogas.

Cocaína. - Es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro se presenta como un polvo blanco que produce euforia, ansiedad, aumento de la capacidad del cuerpo para efectuar trabajos físicos y taquicardia e hipertensión. Los consumidores de esta droga desarrollan una fuerte sensación de placer, seguida de una fatiga luego de su acción.

Las principales vías de administración de la cocaína son orales, nasales, intravenosas y pulmonares el uso nasal es un proceso de inhalar por la nariz la cocaína en polvo pasando directamente a la sangre a través de las membranas nasales (6).

La inyección o la administración intravenosa transportan la droga directamente a la sangre aumentando así la intensidad de su efecto. Al fumar, se inhala el vapor o el humo de la cocaína a los pulmones, donde la sangre lo absorbe a la misma velocidad que cuando se inyecta, su efecto eufórico es casi inmediato. A nivel del sistema nervioso el neuronal parece ser el más afectado por la cocaína (6).

Anfetaminas.-Las anfetaminas son un tipo de droga estimulante del sistema nervioso central, ese tipo de sustancias tienen varias presentaciones entre ellas capsulas que producen en el individuo alteraciones como sensaciones de alerta y un aumento en sus niveles de autoestima. También es usado en procesos terapéuticos de la supresión del apetito y en la narcolepsia (7).

Las anfetaminas son drogas adictivas, capaces de generar dependencia pasada su acción el organismo experimenta un efecto de rebote, caracterizado por astenia, diaforesis, acompañados de estados de angustia y desesperación. La vía más común de consumo de las anfetaminas es la vía oral, si bien también pueden ser usadas por vía intravenosa e incluso fumadas o esnifadas por la nariz.

Al igual que otros tipos de sustancias estas producen anorexia, posible paranoia y agresión, cefalea, midriasis, taquicardia e hipertensión y a grandes dosis puede producir visión borrosa, disartria, convulsiones, crispación o sacudidas, arritmia, insomnio, además puede producir delirio, pánico y alucinaciones, particularmente si se toman altas dosis durante varios días.

Otro de los efectos son los psicológicos que se presentan como euforia, sensación de autoestima aumentada, verborrea, cuadros sicóticos similares a la esquizofrenia, delirios persecutorios y, alucinaciones, inquietud excesiva, irritabilidad, convulsiones, incluso morir, depresión reactiva, delirios paranoides (8).

Metanfetaminas. - La metanfetamina es un estimulante sumamente adictivo que afecta el sistema nervioso central, es un polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua o licor.

Tiene un alto potencial para ser abusada y que se puede obtener solamente por medio de prescripción médica. Se utiliza para el tratamiento de la narcolepsia que es un trastorno del sueño.

Dentro de sus efectos a corto plazo tenemos: Aumento de atención y reducción de fatiga, aumento de actividad física, anorexia, disminución del sueño, sensación de euforia, taquipnea, arritmias, hipertermia y a largo plazo: Adicción, psicosis (paranoia, alucinaciones, actividad motora repetitiva) cambios en la estructura y función del cerebro, amnesia, comportamiento agresivo o violento, trastornos emocionales graves problemas dentales, pérdida de peso.

Tabaco. - Alrededor del mundo existen aproximadamente 55 millones de cigarrillos y 1200 millones de fumadores, la esencia del cigarrillo es la nicotina que es la causante del 90% de muertes por cáncer al pulmón, el 75% de defunciones relacionadas al aparato respiratorio y bucal, el 25% de fallecimientos por enfermedades del corazón (9).

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto estrategias para controlar esta epidemia del consumo de cigarrillo como en aumentar el precio, prohibir o regular la publicidad, generar

ambientes cerrados libres de humo de tabaco, prohibir que las empresas tabacaleras patrocinen eventos, incorporar información fuerte del daño del tabaco en el atado de cigarrillos, entre otros.

Dentro de sus efectos adversos esta la alteración del olfato y el gusto, trastornos de la fertilidad, apnea, enfermedades respiratorias crónicas como el cáncer de pulmón, boca, laringe entre otras (10).

Todos estos daños pueden ser prevenibles si el individuo se concientiza del daño que esta produciendo a su organismo, lo ideal es que lo inicie en la edad joven cuando lo inicio el consumo del cigarrillo.

Alucinógenos. - Los alucinógenos son sustancias químicas que se extraen de plantas o que pueden ser sintetizadas en los laboratorios, al igual que otras drogas esta altera la percepción y disminuyen la capacidad para identificar entre la realidad y la fantasía, además refiere alucinar en escuchar sonidos voces , ver imágenes con colores. Una persona que lo consume se le observa con las pupilas dilatadas y tienen sensibilidad a la luz. A nivel mental hay variaciones de acuerdo a la dosis del consumo se les observa que presentan movimientos violentos autodestructivos (11).

Marihuana. - Es una droga que se obtiene de la planta llamada Cannabis Sativa, la sustancia que contiene esta droga, es responsable de los diferentes cambios, en la calle es conocida como: cáñamo, churro, doña Juana, hierba. Los efectos nocivos que causa en el organismo están a nivel de cerebro produce disminución de la capacidad para realizar movimientos, altera la memoria y rendimiento intelectual, distorsión de sonidos, insensibilidad al tacto, pérdida de estabilidad.

En los órganos reproductores hay una disminución de la hormona sexual masculina donde la cantidad de espermatozoides de los fumadores crónicos tienen una función debilitada, así como la mujer da lugar a menstruaciones irregulares, períodos de ovulación más cortos, lo que indica que la fertilidad puede verse afectada reduciéndose su capacidad de fecundar. Por la inhalación del humo a nivel pulmonar produce irritación de los mismos sobre todo en fumadores por largo tiempo y llegar a producir enfisema y cáncer (12).

Hachís. - El hachís es un tipo de resina que se extrae de la marihuana, este es quizá uno de los psicoactivos que más ha dado pie a la imaginación de leyendas y experimentaciones artísticas. La palabra hachís proviene de los hassassins, miembros de una secta famosa por sus asesinatos y vinculada al uso de este psicofármaco.

Esta sustancia se elabora extrayendo la resina de la marihuana seca con ayuda de un cedazo, se agita dentro de un tamiz hasta que la resina atraviese los agujeros de la malla toda vez separada de la materia vegetal. Esta resina se presta para formar una bola o una tableta de hachís, se fuma o se ingiere mezclado con miel o mantequilla. Sobre su mecanismo de acción al llegar al cerebro se sabe que es similar al de la marihuana, tarda al menos 30 minutos en aparecer cuando ha sido fumado y hasta una

hora y media cuando ha sido ingerido, en cuyo caso puede prolongarse hasta por cinco o seis horas. La diferencia de esta con la marihuana es que esta se presenta en forma de barra mientras que la marihuana es presentada en forma de hierba seca.

Éxtasis.- Es una droga sintética psicoactiva que altera la mente con propiedades alucinógenas y similares a las de la anfetamina. Los efectos adversos que produce son: Dificultades psicológicas, confusión, depresión, problemas para conciliar el sueño, ansiedad severa y paranoia durante el uso y que puede durar días incluso semanas tras el uso. Este tipo de sustancias produce síntomas como tensión muscular, apretar los dientes involuntariamente, náuseas, visión borrosa, movimientos oculares rápidos, desmayo y diaforesis, taquicardia e hipertensión arterial, lo cual representa un riesgo particular para personas con enfermedad circulatoria o cardíaca (13).

A los usuarios se les llaman “fundeadores”, por utilizar una funda plástica para sus fines, debido a la facilidad de obtención y no ser una sustancia controlada, con la que se pueden adquirir estos productos y los daños irreversibles que ocasionan en el cerebro, es fundamental estar alerta a la presencia de: Dermatitis a nivel de las fosas nasales, tos continúa (no siempre), presencia de fundas plásticas o tarros vacíos con residuos de inhalantes, desorientación en el tiempo, espacio y persona, embriaguez o borrachera sin olor a alcohol. Los inhalantes pueden provocar la muerte por asfixia o paro cardíaco.

Heroína. - La heroína es una droga ilegal altamente adictiva de acción rápida, droga procesada de la morfina, este tipo de sustancia se le va a encontrar en forma de polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra pegajosa conocida como goma o alquitrán negro. Esta puede administrarse por vía venosa, inhalatoria o cutánea.

Al no conocer los efectos secundarios graves que esta droga produce, la persona que lo consume corre el riesgo de llegar a una sobredosis o de morir, además esta predispuesta a adquirir enfermedades infectocontagiosas como el VIH, hepatitis y otras que pueden presentarse por el uso de agujas u otros equipos de inyección ya utilizadas (14).

La forma como se consume es por vía venosa, oral que puede ser inhalada o aspirada, la persona que lo consume o el adicto puede llegar en incluso a inyectarse cuatro veces al día donde adquiere mayor euforia en un tiempo de de 7 a 8 segundos, por vía intramuscular su inicio es lento y la euforia aparece entre de 5 a 8 minutos. Cuando la heroína se inhala o se fuma se sienten sus efectos máximos después de unos 10 a 15 minutos, toda esta forma de consumo produce adicción.

Importancia del problema.

El consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias controladas aumentan rápidamente, y contribuye de forma significativa a la carga mundial de morbilidad. Entre el alcohol y el tabaco hay varias semejanzas debido a que estas son sustancias legales y están ampliamente disponibles en la mayor parte del mundo, estas tienen la capacidad de cambiar la conciencia, el humor y el pensamiento del individuo. Se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir alrededor de 250 millones de personas entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014. Al igual se considera que un porcentaje aproximado de más de 29 millones de personas que lo consumen sufren trastornos relacionados con las drogas (15).

Dentro de los factores que se relacionan con el consumo de drogas en la adolescencia están los centrados en el individuo donde se relacionan con la influencia social que favorecen el consumo de este tipo de sustancias. Al igual la edad es otro factor dentro de esta problemática y la más afectada es la de la preadolescencia y adolescencia (16).

El uso indebido de las drogas ya sea lícitas o ilícitas siguen siendo un grave problema para la sociedad, la salud pública y el gobierno, en virtud que están asociadas a problemas de salud y alteraciones neurocomportamentales, así como la transmisión de enfermedades infecciosas como VIH, hepatitis. Existen factores asociados al consumo de sustancias como la violencia intrafamiliar, poca atención de los padres hacia los hijos que son factores de riesgo que influye en la personalidad del adolescente llevándolo a buscar refugio en el consumo de drogas, tabaco o alcohol (17).

Tomando en consideración lo antes mencionado es de gran importancia trabajar con grupos de ayuda dirigido hacia los adolescentes y adultos jóvenes para prevenir el consumo de sustancias como son las drogas el alcohol y otras que causan daño a la salud del individuo volviéndolo vulnerable a adquirir enfermedades físicas y mentales.

Metodología

El presente estudio se llevó a cabo en el Centro Terapéutico Municipal de Azogues "COTEMUAZ" ubicado en la provincia de Cañar cantón Azogues, sector Pampavintimilla perteneciente a la parroquia Javier Loyola, a autopista Cuenca - Azogues Km 7.

Tipo de estudio

Descriptivo transversal puesto que se describe características presentes en el consumo de sustancias psicoactivas en los usuarios ingresados.

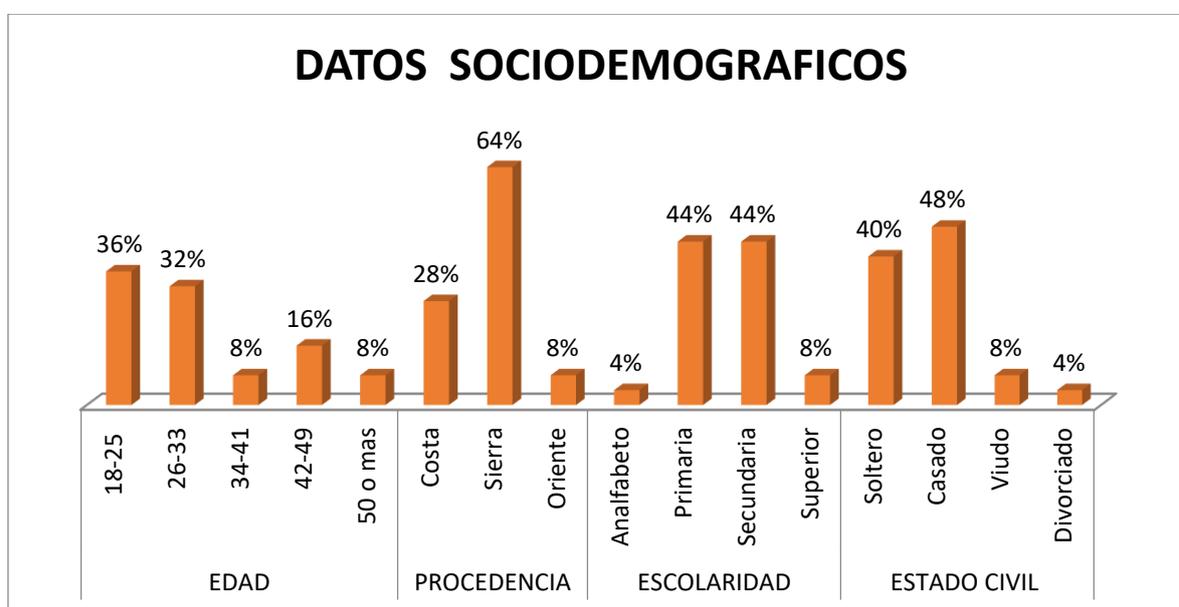
UNIVERSO: Son todos los usuarios ingresados en el Centro Terapéutico Municipal de Azogues, total de 25.

La técnica utilizada se realizó través de la aplicación de una encuesta y la revisión de la historia clínica, el instrumento para la recolección de datos fue un formulario base tomado del CONSEP el cual fue adaptado al presente trabajo. La tabulación de datos se realizó mediante el programa de Microsoft Excel.

Para los criterios de inclusión se tomó a todos los pacientes ingresados y que firmaron el consentimiento para la realización del presente trabajo.

Resultados

Grafico N.- 1

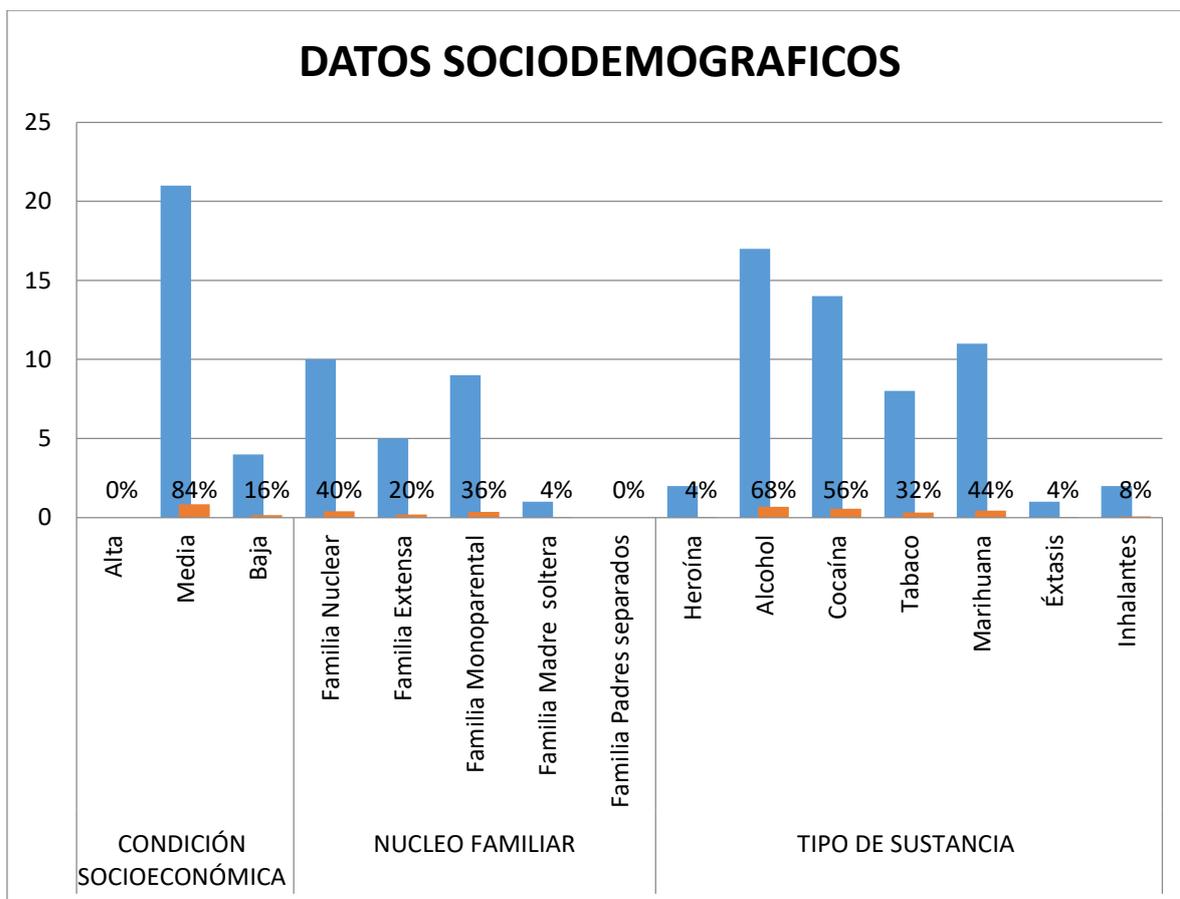


Fuente: Encuesta Centro Terapéutico Municipal de Azogues

Elaborado por: Las autoras.

Análisis: La edad de los usuarios corresponde a un 36 % se encuentra entre los 18 a 25 años siendo este un grupo etario, el más predispuesto a presentar problemas sociales y familiares debido a la falta de madurez emocional para afrontar dichas situaciones, un 32 % pertenece a la edad de 26-33 relacionando que el consumo se encuentra estimada en la población adulta joven. La procedencia se considera de gran importancia para conocer el lugar donde se da más el consumo de estas sustancias, en base a los resultados se estima la región Sierra en un 64%, Costa 28% y Oriente el 8%. Según el nivel de escolaridad el 44% corresponde a educación primaria, seguido de un 44% nivel secundario, y superior un 8% sin descartar que también existe analfabetismo y en relación el estado civil de los usuarios un 48% son casados, solteros 40%, divorciados 4% y viudos un 8%.

Grafico N.- 2



Fuente: Encuesta Centro Terapéutico Municipal de Azogues

Elaborado por: Las autoras.

Análisis: La condición socioeconómica de los usuarios pertenecen al nivel medio con un 84%, bajo 16% y alto 0%. El estudio identificó en base a la estratificación del nivel socioeconómico realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y ficha socioeconómica tomada del Ministerio de Salud Pública. De acuerdo al núcleo familiar se observa que un 40% pertenece a la familia nuclear, 20 % familia extensa, familia monoparental un 36%, familia madre soltera 4%. Si tomamos en consideración que familia es el núcleo principal y la base de nuestra sociedad en el artículo 67 de nuestra constitución manifiesta que deberá recibir apoyo y protección del Estado con el fin de que cada uno de sus miembros asuma sus derechos como sus deberes. Se puede observar que en mayor proporción de consumo es el alcohol con un 68% debido a que es una droga licita y de fácil acceso, seguido de la cocaína con un 56%, marihuana un 44%, tabaco 32%, inhalantes 8%, éxtasis y heroína en un 4%.

Tabla N.- 1

Antecedentes familiares en usuarios.

Antecedentes de consumo		
Padres	2	8%
Hermanos	6	24%
Tíos	5	20%
Primos	4	16%
Hijos	1	4%
Sin antecedentes	7	28%
Total	25	100%

Fuente: Encuesta Centro Terapéutico Municipal de Azogues

Elaborado por: Las autoras.

Análisis: En base a los datos estadísticos sobre los antecedentes familiares de consumo de se observa que el 24% de los usuarios tiene antecedentes familiares de consumo relacionado a los hermanos, un 20%, tíos un 16% primos, y un 28% no tiene antecedentes familiares.

Tabla N.- 2

Causa del inicio del consumo en usuarios

Causa del inicio del consumo		
Factores	Nº de usuarios	Porcentaje
Curiosidad	13	52%
Problemas	4	16%
Tristeza	2	8%
Amigos	5	20%
Otros	1	4%
Total	25	100%

Fuente: Encuesta Centro Terapéutico Municipal de Azogues

Elaborado por: Las autoras.

Análisis: Según los datos, el 52% inicia su consumo por curiosidad, un 20% fue por los amigos, un 16% por problemas entre ellos sentimentales, familiares o sociales. La curiosidad sigue siendo un factor trascendental para que el joven o el individuo busque probar dichas sustancias.

Tabla N.- 3
Edad en el que inició el consumo de las sustancias.

Edad de inicio de consumo		
Edad	Nº de usuarios	Porcentaje
10 - 18 años	20	80%
19 - 26 años	5	20%
27 - 34 años	0	0
35 - 42 años	0	0
más de 42 años	0	0
Total	25	100%

Fuente: Encuesta Centro Terapéutico Municipal de Azogues

Elaborado por: Las autoras.

Análisis: En base a los resultados se destaca que las edades en las cuales se inicia el consumo son de 10 a 18 años con un 80%, un 20 % entre 19 a 26 años, determinando que el inicio del consumo lo hacen a edades tempranas con consecuencias graves debido que es una edad en donde existen cambios psicológicos y físicos importantes dentro del individuo.

Discusión

La edad de los usuarios ingresados en el centro terapéutico corresponde entre los 18 a 25 años con un 36 % siendo este un grupo etario el más predispuesto a presentar problemas sociales y familiares debido a la falta de madurez emocional para afrontar dichas situaciones, un 32 % pertenece a la edad de 26-33 años que al igual debe ser considerado para programas de prevención, y un 16 % de 42 a 49 años determinando que los de edad más avanzada están menos propensos para la dependencia de sustancias. En estudios similares El Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas –CONSEP – ha realizado el IV Estudio Nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años del Ecuador donde los grupos de edad de la población estudiada son relativamente homogéneos, entre las edades de 12 a 17 años: 13,8%; de 18 a 26 años:15,8%; de 26 a 35 años: 24,3%; de 36 a 45 años: 19,7% y de 46 a 65 años: 26,4%.

La procedencia se considera de gran importancia para conocer el lugar donde se da más el consumo de estas sustancias En base al cuadro estadístico los usuarios que acuden a este centro de atención pertenece a la región de la Sierra con un 64%, el 28 % de la costa y del Oriente con el 8%, cabe señalar que el valor de la region sierra se encuentra elevado por la ubicación geográfica del centro. De igual forma estudios a nivel del país de consumidores según datos del CONSEP en la IV encuesta por región corresponde a 36,3% a la sierra, 61,5% a la costa y 2,2% al oriente.

El nivel de escolaridad de los usuarios se considera relevante debido a que este representa su nivel de conocimiento académico, así tenemos que un 44% con educación primaria, 44% secundaria y superior 8%. Según el cuarto estudio nacional del Ecuador CONSEP sobre el uso de drogas en la población de 12-65 años diò como resultado que la educación básica estaba representada por el 25,1%, bachillerato 49,3%, educación superior 23.3%.

Según el estado civil de los usuarios un 48% son casados, solteros un 40%, divorciados 4% y viudos 8%, y de acuerdo a cuarto estudio realizado por el CONSEP los resultados son similares un 34,8% son solteros, 36,4% casados, 18,3% están en unión libre, 3,1% son divorciados, 3,5% separados y 4,0% viudos

En la condición socioeconómica las poblaciones en estudio pertenecen al nivel medio con un 84%, la baja 16% y el alta 0%. El estudio se identificó en base a la estratificación del nivel socioeconómico realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). De acuerdo a este resultado podemos ver que en la población de estudio no corresponde el nivel económico alto debido a que este centro es de sector público. y estas personas deciden ir a centros de adicciones privados o consultas externas por las apariencias sociales.

De acuerdo al núcleo familiar se observa que un 40% pertenece a una familia nuclear, 20 % familia extensa, familia monoparental 36%, familia madre soltera 4%. La familia es fuente de protección, afecto y seguridad para sus miembros. Es un espacio privilegiado para la socialización primaria de modo que un ambiente seguro, da a los niños y adolescentes sus normas y valores.

El consumo de sustancias por los usuarios ingresados en este centro es el alcohol con un 68% debido a que es una droga lícita y de fácil acceso, seguido de la cocaína con un 56%, marihuana un 44%, tabaco 32%, inhalante 8%, éxtasis y heroína 4%. Si comparamos con Colombia un país vecino al consumo de la marihuana es de un 87% porcentaje alto comparado a nuestro país De acuerdo con el informe de la OMS, en América Latina lo que más se ingiere es cerveza (53%); seguida de un 32,6% de licores (vodka, whisky), y un 11,7% de vino. En Ecuador las cifras también son lideradas por la cerveza con el 67%, los licores con un 32% y el vino con el 1%

Sobre los antecedentes familiares de consumo se observa que el 24% de los usuarios tuvieron relación por los hermanos mayores, un 20%, de los tíos, un 16% primos, y un 28% no tiene antecedentes familiares, a lo que la influencia por los familiares no es un factor para el inicio del consumo sin descartar que el rol familiar influye en este problema social.

En base a los datos sobre la edad en las cuales se inicia el consumo es de 10 a 18 años con un 80%, un 20 % entre 19 a 26 años, determinando que el inicio del consumo lo hacen a edades tempranas la misma que trae consecuencias graves debido a que esta es una etapa en donde existen cambios psicológicos y físicos importantes dentro del individuo. Relacionando con las estadísticas de las

principales ciudades del Ecuador hay que destacar que, de acuerdo a los indicadores de las edades, menores de 12 años, entre 12 y 14; entre 15 a 17 años, en Quito se inician en el consumo, los tres grupos etarios que constituyen la población vulnerable y que han consumido algún tipo de droga ilícita con porcentajes de 1,5%; 3,8% y 5,6% respectivamente. Le sigue en prevalencia la población adolescente de Cuenca con un porcentaje de 3,0% y la población adolescente de Guayaquil entre los 12 y 14 años.

Conclusiones

Sobre la edad de los usuarios esta corresponde a un 36 % que se encuentra entre los 18 a 25 años siendo este un grupo etario, el más predispuesto a presentar problemas sociales y familiares debido a la falta de madurez emocional para afrontar dichas situaciones, un 32 % pertenece a la edad de 26-33 años que al igual debe ser considerado para programas de prevención.

El consumo de sustancias por los usuarios ingresados en el centro es el alcohol con un 68% debido a que es una droga lícita y de fácil acceso, seguido de la cocaína con un 56%, marihuana un 44%, tabaco 32%, inhalante 8%, éxtasis y heroína 4%.

Según los datos, el 52% inicia su consumo por curiosidad, un 20% fue por los amigos, un 16% por problemas entre ellos sentimentales, familiares o sociales. La curiosidad sigue siendo un factor trascendental para que el joven o el individuo quiera experimentar.

Las condiciones socioeconómicas de los usuarios pertenecen a la media con un 84%, la baja 16% y el alta 0%. Según la ficha socioeconómica utilizada en el ministerio de salud pública.

En base a los datos estadísticos sobre los antecedentes familiares de consumo sobresale el 24% se relaciona a los hermanos, un 20%, a tíos un 16% primos, y un 28% no tiene antecedentes familiares.

En base a los datos estadísticos se ha descrito que las edades en las cuales se inicia el consumo son de 10 a 18 años con un 80%, un 20 % entre 19 a 26 años, determinando que el inicio del consumo lo hacen a edades tempranas la misma que trae consecuencias sociales graves.

Referencias bibliográficas

1. Organización mundial de la salud. [Online].; 2004 [cited 2017 03 12. Available from: WWW. WHO,INT/ ABUSO DE CONSUMO DE SUSTANIAS PUBLICACION /NEUROCIENCIA.
2. Constitución de la república del Ecuador. 2008..

3. R. SV, Hermida. Consumo de drogas y factores de riesgo en los jóvenes del Municipio de Oviedo.. [Online]. Available from: <http://www.codajic.org/sites..>
4. Situación de consumo de drogas. [Online]. [cited 2017 06 16. Available from: www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo
5. Organización mundial de la salud. [Online].
6. La cocaína. [Online]. [cited 2017 06 5. Available from: <http://www.narconon.org/es/informacion-drogas/cocaina.html>
7. Anfetaminas composición y propiedades. [Online]. [cited 2018 03 19. Available from: https://energycontrol.org/files/pdfs/prospecto_speed.pdf.
8. Anfetaminas, drogas y drogadependencia.. [Online]. [cited 2017 12 12. Available from: www.lasdrogas.info/adicciones-sustancias-anfetaminas.html
9. Neurociencias del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas.. [Online]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf
10. C. P. Alcohol y Drogas. 2011.
11. Observatorio de drogas en Colombia , Problematika de drogas.. [Online]. Available from: www.odc.gov.co.
12. Paulina B. Consumo de marihuana y sus efectos en salud mental y las habilidades cognitivas.. 2010; 10.
13. Extasis. Signos y Síntomas del consumo. [Online];; 2018. Available from: [www.narconon.org/signos y síntomas](http://www.narconon.org/signos-y-sintomas)
14. M Z. intoxicaciones por drogas ilícitas, cocaína, marihuana y heroína.. In.; 2011. p. 1-62.
15. Informe mundial sobre el consumo de drogas. [Online];; 2016 [cited 2017 12 18. Available from: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
16. Los adolescentes , el alcohol y otras drogas.. [Online];; 2016 [cited 2017 11 15. Available from: [www.acap.org/adolescentes , alcohol y otras drogas.](http://www.acap.org/adolescentes_alcohol_y_otras_drogas)
17. Oscar M, Rubio. Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes. [Online]. Available from: [ww.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a07.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v41n3/v41n3a07.pdf).

EDITORIAL



FUNIDES

FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO SOCIAL

ISBN: 978-9942-8715-2-7



9 789942 871527