



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE
EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD DE ATACAMES –
ESMERALDAS. 2009 – 2011**

**TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA
OPTAR POR EL GRADO DE MAGISTER EN
EPIDEMIOLOGÍA**

MAESTRANTE

**OBSTETRIZ YULY AMELIA
ESTUPIÑÁN OBANDO**

TUTOR

DR. JHONY REAL COTTO MSC

GUAYAQUIL – ECUADOR

2016



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”**

Esta Tesis cuya autoría corresponde a la Obstetriz. **YULY AMELIA ESTUPIÑÁN**, ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar por el Grado de **MAGÍSTER EN EPIDEMIOLOGÍA**.

**Dr. Mario Ortiz San Martín Esp.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL**

**Dra. Elisa Llanos Rodríguez M.Sc. Dr. Marco Ruiz Pacheco M.Sc.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

**Ab. Mercedes Morales López
SECRETARIA
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA**

CERTIFICADO DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del trabajo de investigación de Tesis para optar el título de Magister en Epidemiología, de la Facultad Piloto de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Certificoque: he dirigido y revisado la tesis de grado presentada por la Obstetriz Yuly Amelia Estupiñán Obando, con Cédula de Identidad # 0801660994

Cuyo tema de Tesis es **PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ATACAMES – ESMERALDAS. 2009 – 2011.**

Revisado y corregido la Tesis, se aprobó en su totalidad, lo certifico:

MG. DR. JHONY REAL COTTO

TUTOR

AUTORÍA

Las ideas, conceptos y demás procedimientos vertidos en el presente trabajo, son de exclusiva responsabilidad del autor.

Obstetriz Yuly Amelia Estupiñán Obando

CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO

Yo, Lcda. Bertha Balladares Silva. Dpl. Sup., con domicilio ubicado en la ciudad de Guayaquil; por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR:** Que he revisado la tesis de grado elaborado por la Sra. **Obstetriz Yuly Amelia Estupiñán Obando** con C.I. # 0801660994, previo a la Obtención del título de **MAGISTER EN EPIDEMIOLOGÍA.**

TEMA DE TESIS: PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ATACAMES – ESMERALDAS. 2009 – 2011.

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.

Lcda. Bertha Balladares Silva Dpl. Sup

C.I. # 0904273000

Nº DE REGISTRO: 1006 - 10 - 709057

Nº TELÉFONO: 0987333782

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional; por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo todo momento.

Obstetriz Yuly Amelia Estupiñán Obando

AGRADECIMIENTO

Al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta hermosa realidad.

A mi familia que sabiendo que no existirá forma alguna de agradecer una vida de sacrificios, esfuerzos y amor, quiero que sientan que el objetivo alcanzado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudó a conseguirlos fue su gran apoyo.

A mi tutor, por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación logró que llegara a alcanzar esta meta.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en todo momento. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado; por ayudarme cada día a cruzar con firmeza el camino de la superación.

ÍNDICE GENERAL

Contenido

Páginas

Carátula	II
Contracarátula Aprobación del tribunal	III
Certificado del tutor	V
Certificado del Gramátologo	VI
Dedicatoria	VII
Agradecimiento	VIII
Índice General	XII
Índice de cuadros	XV
Índice de Gráficos	XVII
Repositorio	XIX
Resumen	XX
Abstract	
INTRODUCCIÓN	1
EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del Problema	3
1.2 Descripción del Problema.	4
1.3 Formulación del problema	5
1.4 Delimitación del problema	5
1.5 Preguntas de Investigación	5
1.6 Formulación de objetivos	6
1.6.1 Objetivo General	6
1.6.2 Objetivo Específicos	6
1.7 Justificación del problema	6

1.8. Viabilidad	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Fundamentos teóricos	33
2.2.1 la adolescencia	33
2.2.1.1. Características de la adolescencia	34
2.2.1.2 Fases o etapas de la adolescencia	35
2.2.2 Desarrollo	39
2.2.2.1 Aspectos psicológicos Fundamentales	40
2.2.3 Factores de Riesgos	41
2.2.3.1 Factores protectores	41
2.2.3.2 Factores asociados	44
2.2.4 Embarazo en la adolescencia	45
2.2.4.1 Causas del Embarazo en la adolescencia	46
2.2.4.2 Consecuencias del Embarazo en la adolescencia	47
2.2.4.3 Consecuencias de la madre	47
2.2.4.4 Consecuencia en Bebé	48
2.2.5 Prevención del embarazo	48
2.2.6 Repercusiones Psicosociales	51
2.2.6.1 la madre adolescente	51
2.2.6.2 Los Hijos	53
2.2.6.3 El padre adolescente	53
2.2.6.4 la pareja adolescente	54

2.2.6.5 La sociedad	54
2.3 Marco conceptual	55
2.4 Marco legal	57
2.5 Elaboración de Hipótesis	60
2.6 Variables de investigación	60
2.7 Operacionalización de Variables	61
3. METODOLOGÍA	63
3.1 Tipo de Investigación	63
3.2 Diseño de la Investigación	63
3.3 Métodos de investigación	63
3.4 Localización de la zona de trabajo	65
3.4.1 Caracterización De La Zona De Trabajo	65
3.4.2 Período de Investigación	66
3.4.3 Procedimiento de la investigación	66
3.4.4. Análisis de la Información	66
3.4.5 Aspectos Éticos y legales	67
3.5 Universo y Muestra	67
3.5.1 Universo	67
3.5.2 Muestra	67
3.6 Criterios de inclusión / exclusión	67
3.6.1 Criterios de inclusión	67
3.6.2 Criterios de exclusión	68
3.7 Recursos empleados	68

3.7.1	Talento Humano	68
3.7.2	Recursos Físicos	68
3.8	Resultados y discusión	69
4	Propuesta	84
5	Conclusiones	86
6	Recomendaciones	87
	Bibliografía	88
	Anexos	133

ÍNDICE DE CUADROS

Contenido	Páginas
CUADRO 1.	69
Prevalencia de embarazo en adolescentes en Atacames- Esmeraldas. Período 2009-2011	
CUADRO 2.	70
Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011	
CUADRO 3.	71
Embarazadas adolescentes, según estado nutricional, atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011	
CUADRO 4.	72
Embarazadas adolescentes, según Nivel de Instrucción, atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011	
CUADRO 5.	73
Embarazadas adolescentes, según Procedencia, atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011	
CUADRO 6.	74

Embarazadas adolescentes, según Ocupación, atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011

CUADRO 7. 75

Embarazadas adolescentes, según gestas, atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011

CUADRO 8. 76

Embarazadas adolescentes, según Índice de Masa Corporal, Atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011

CUADRO 9. 77

Embarazadas adolescentes, según Semana de inicio de Control del embarazo, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

CUADRO 10. 79

Embarazadas adolescentes, según Edad de inicio de relaciones sexuales, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

CUADRO 11. 80

Influencia de Problemas con Padres para embarazo de las adolescentes, atendidas en el Centro de Salud de

Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

CUADRO 12.	81
Predisposición del Factor económico para el embarazo en adolescentes. Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011	
CUADRO 13.	82
Predisposición del Rendimiento Académico en las embarazadas adolescentes. Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Contenido

Páginas

Gráfico 1. Prevalencia de embarazo en adolescentes en Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011	69
Gráfico 2. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011	70
Gráfico 3. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011	71
Gráfico 4. Embarazadas adolescentes, según Nivel de Instrucción, Atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011	72
Gráfico 5. Embarazadas adolescentes, según Procedencia, atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011	73
Gráfico 6. Embarazadas adolescentes, según Ocupación, atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011	74
Gráfico 7. Embarazadas adolescentes, según gestas, atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011	75
Gráfico 8. Embarazadas adolescentes, según Índice de Masa Corporal, Atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas.	76

Período 2009-2011

Gráfico 9. 78

Embarazadas adolescentes, según Semana de inicio de Control del embarazo, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

Gráfico 10. 79

Embarazadas adolescentes, según Edad de inicio de relaciones sexuales, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

Gráfico 11. 80

Influencia de Problemas con Padres para embarazo de las adolescentes, atendidas en el Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011

Gráfico 12. 81

Predisposición del Factor económico para el embarazo en adolescentes. Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011

Gráfico 13. 82

Predisposición del Rendimiento Académico en las embarazadas adolescentes. Centro de Salud de Atacames, Esmeraldas. Período 2009-2011



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: “PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ATACAMES – ESMERALDAS. 2009 – 2011”

AUTOR/ES: Obstetrix Yuly
Amelia Estupiñán Obando

REVISORES: DR. JHONY REAL
COTTO

INSTITUCIÓN:
Universidad de Guayaquil

FACULTAD:
Facultad Piloto de Odontología

CARRERA: MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA

FECHA DE PUBLICACIÓN:

N° DE PÁGS.: 112

ÁREAS TEMÁTICAS: EPIDEMIOLOGÍA, SALUD PÚBLICA, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

PALABRAS CLAVES: Prevalencia, Embarazo, Adolescentes, Riesgos, Prevención.

RESUMEN: La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el período en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol como las adolescentes, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en las circunstancias en que ellas crecen su adolescencia tiene características particulares. Observándose esta problemática en el cantón Atacames. Siendo objetivo de esta investigación el determinar la prevalencia y factores de riesgo de embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Atacames. Esmeraldas 2009- 2011. Su metodología fue observacional de tipo descriptivo en las embarazadas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Atacames, con un universo y muestra de todas las pacientes durante el período 2009-2011 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En sus resultados se tuvo prevalencia del 29,07%, la misma que año a año ha venido incrementándose en número de atenciones en adolescentes. De las embarazadas adolescentes se observó que la mayoría estuvo en edades de 15 a 19 años con 70% pero existe un 6% de embarazadas menores de 13 años, con un mal estado nutricional de 2 por cada 3 pacientes; con un nivel de instrucción bajo que va desde ninguna instrucción a secundaria incompleta, siendo la mayoría del sector urbano, dedicadas a una ocupación de ama de casa. Eran nulíparas el 80%, que iniciaron el control del embarazo un 50%

después del segundo trimestre, e iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años en 3 de cada 4 adolescentes. En conclusión, la prevalencia de embarazos en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Atacames en la provincia de Esmeraldas tiene una proporción elevada estadísticamente, que corrobora la hipótesis. Sugiriéndose que el prevenir el embarazo en adolescentes es una de las metas a seguir por parte de la familia, mediante charlas educativas, informativas y comunicacionales sobre el tema, dentro de su núcleo familiar y fuera de éste para evitar los riesgos que puedan presentarse en su gestación.

N° DE REGISTRO (en base de datos):	N° DE CLASIFICACIÓN: N°	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTORES:	Teléfono: 0998531980	E-mail: yulietteorchid@hotmail.com
CONTACTO DE LA INSTITUCIÓN	Nombre:	
	Teléfono:	

RESUMEN

La maternidad es un rol de la edad adulta, cuando ocurre en el período en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol como las adolescentes, el proceso se perturba en diferentes grados. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en las circunstancias en que ellas crecen su adolescencia tiene características particulares. Observándose esta problemática en el cantón Atacames. Siendo objetivo de esta investigación el determinar la prevalencia y factores de riesgo de embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Atacames. Esmeraldas 2009- 2011. Su metodología fue observacional de tipo descriptivo en las embarazadas adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Atacames, con un universo y muestra de todas las pacientes durante el período 2009-2011 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. En sus resultados se tuvo prevalencia del 29,07%, la misma que año a año ha venido incrementándose en número de atenciones en adolescentes. De las embarazadas adolescentes se observó que la mayoría estuvo en edades de 15 a 19 años con 70% pero existe un 6% de embarazadas menores de 13 años, con un mal estado nutricional de 2 por cada 3 pacientes; con un nivel de instrucción bajo que va desde ninguna instrucción a secundaria incompleta, siendo la mayoría del sector urbano, dedicadas a una ocupación de ama de casa. Eran nulíparas el 80%, que iniciaron el control del embarazo un 50% después del segundo trimestre, e iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años en 3 de cada 4 adolescentes. En conclusión, la prevalencia de embarazos en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Atacames en la provincia de Esmeraldas tiene una proporción elevada estadísticamente, que corrobora la hipótesis. Sugiriéndose que el prevenir el embarazo en adolescentes es una de las metas a seguir por parte de la familia, mediante charlas educativas, informativas y comunicacionales sobre el tema, dentro de su núcleo familiar y fuera de este para evitar los riesgos que puedan presentarse en su gestación.

Palabras claves:

PREVALENCIA, EMBARAZO, ADOLESCENTES, RIESGOS, PREVENCIÓN.

SUMMARY

Motherhood is a role of adulthood, when this role occurs in the period in which the woman can not adequately fulfill well as in adolescence, the process is disrupted to varying degrees. Adolescent mothers belong to more vulnerable social sectors and the circumstances in which they grow their adolescence has particular characteristics such as poor nutrition. This problem can be observed in the canton Atacames, Esmeraldas. The objective of this study is to determine the prevalence and risk factors for teen pregnancy treated at the Health Center Atacames, Esmeraldas 2009-2011. The methodology was observational and descriptive type made in pregnant adolescents seen at the health center of Atacames, with a universe and sample of all patients during the period 2009-2011 that met the inclusion and exclusion criteria. In its findings the prevalence was 29.07%, but there was an increment in the number of features at teenagers in the next years. According to the pregnant teenagers that were observed, the most aged were for 15-19 years with 70%, but there is a 6% of pregnant women under 13 years with a poor nutritional status, almost 2 for every 3 patients has a low level of education ranging that can varied from no education to incomplete secondary. The 80% were nulliparous, who started birth control 50% after the second quarter, and began their sexual relations from 14 to 16 years in almost 3 to 4 teenagers studied. In conclusion, the prevalence of teenage pregnancies treated at the Health Center Atacames in the province of Esmeraldas has a high proportion statistically, which corroborates the hypothesis. As a suggestion for prevention of teen pregnancy one of the goals should be family control, through education, information and communication talks on the subject, within the family and outside of this core, in order to avoid risks that may arise in their gestation.

Keywords:

PREVALENCE, PREGNANCY, TEENS, RISKS, PREVENTION.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es considerada como un período de la vida libre de problemas de salud pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un caso especial. La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el período en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en las circunstancias en que ellas crecen su adolescencia tiene características particulares.

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

Entre 25 y 108 de cada 1.000 jóvenes de 15 a 19 años son madres en los países de América Latina y el Caribe, según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que ponen de relieve la alarmante situación de la maternidad adolescente. La mayor proporción de embarazos adolescentes de la región se registra en varios países de Centroamérica como Nicaragua, Honduras y Guatemala, así como en Venezuela, República Dominicana y Ecuador. Mientras los índices de maternidad tienden a disminuir en todos los grupos de edad de los países de la región, continúan en aumento en el grupo de adolescentes de entre 15 y 19 años. (Jiménez, Aliaga, & Rodríguez, 2011)(Caribe, 2012)

La fecundidad adolescente es más alta entre las clases sociales menos favorecidas, esto hace pensar que se trata de un fenómeno

transitorio porque de mejorarse las condiciones ella podría descender. La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provoca un aumento de la incidencia del embarazo adolescente, considerado actualmente un serio problema médico-social. Su prevalencia varía a nivel mundial y nacional. Dentro de los factores de riesgo descritos los más importantes son los individuales asociándose a resultados gineco obstétricos y psicosociales adversos. Dentro de los primeros se encuentran retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infección del tracto urinario, parto prematuro y complicaciones del parto. Las principales consecuencias psicosociales encontradas fueron la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos. (Mendoza T., Arias G., Pedroza P., Micolta C., Ramírez R, & Cáceres G., 2013)

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública que tiene implicaciones médicas, psicosociales, políticas y económicas que afectan no sólo a la adolescente y su familia sino también a su comunidad, debido a que la maternidad juvenil reproduce el ciclo de pobreza y tiene como consecuencia para la sociedad una alta pérdida de población con instrucción y productividad, que finalmente repercutirá en el desarrollo económico del país. (Blanco Gómez, 2010)

Las niñas de 12 a 14 años de edad son más propensas que otros adolescentes a tener relaciones sexuales no planeadas y de ser convencidos a tener sexo.

Hasta dos tercios de embarazos en la adolescencia ocurren en adolescentes de 18 a 19 años de edad.

Los factores de riesgo para el embarazo en adolescentes abarcan: edad más joven, rendimiento académico deficiente, desventaja económica, compañero masculino mayor, padres solteros o adolescentes

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El grado de vulnerabilidad de una adolescente, depende de su historia anterior sumada a la susceptibilidad inducida por los cambios biopsicosociales propios de esta etapa más los efectos positivos y negativos de los microambientes en los cuales se desenvuelve (familia, escuela, lugar de trabajo, recreación, la calle, entre otros), la cultura y el contexto socioeconómico y político del país; todo lo cual genera una combinación de factores de riesgo y protectores dentro de la dinámica del proceso salud enfermedad. La alta incidencia de embarazos en adolescentes en Latinoamérica, sólo es superada por África.

La adolescente puede o no admitir que ha tenido relaciones sexuales. Si la adolescente está embarazada generalmente se presentan cambios de peso (con más frecuencia es un aumento, pero puede haber también pérdida, si las náuseas y vómitos son considerables). El examen físico puede mostrar aumento en el perímetro abdominal y el médico puede sentir el fondo uterino (parte superior del útero agrandado).

En el Centro de Salud de Atacames se observa un incremento significativo del número de embarazadas adolescentes, sin que exista información estadística precisa de su prevalencia, factores de riesgo para que sean identificadas las causas que motivan este incremento, en tal virtud es necesario plantear una propuesta de investigación que permita en forma documentada establecer su prevalencia e identificar los factores relacionados con la misma.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué tipo de prevalencia y factores de riesgo tienen las embarazadas adolescentes en Atacames- Esmeraldas?

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Tema: Prevalencia y factores de riesgo de adolescentes embarazadas atendidas en el centro de salud de Atacames – Esmeraldas. 2009 – 2011

Campo de acción: Factores de riesgo.

Objeto de estudio: Prevalencia de adolescentes embarazadas

Área: Postgrado

Período: 2009-2011

1.5 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de embarazos en las adolescentes en Atacames- Esmeraldas?

¿Cuál es la edad, nivel de instrucción, ocupación, estado nutricional, procedencia de las adolescentes embarazadas en Atacames- Esmeraldas?

¿Qué factores de riesgo para que se presenten los embarazos en las adolescentes?

¿Cuáles serán las medidas preventivas para evitar el embarazo en adolescentes?

1.6 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y factores de riesgo de embarazo en adolescentes atendidas en el Centro de Salud Atacames. Esmeraldas 2009- 2011.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificarla prevalencia de embarazadas adolescentes atendidas en el Centro de salud de Atacames.
- Relacionar las embarazadas adolescentes con edad, estado nutricional, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, procedencia.
- Describir los factores de riesgo más importantes que se presenten embarazos en las adolescentes.
- Proponer medidas preventivas para evitar el embarazo en adolescentes.

1.7 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La mayoría de los embarazos en adolescentes son embarazo no deseado. El embarazo en una mujer adolescente puede llegar a término, produciéndose el nacimiento o interrumpirse por aborto ya sea este espontáneo o inducido (aborto con medicamentos o aborto quirúrgico) en el caso del aborto inducido de manera legal o ilegal dependiendo de las leyes sobre el aborto de cada país.

Las tasas de adolescentes embarazadas además de encontrarse en la misma situación que cualquier otra mujer embarazada deben enfrentarse a una mayor desprotección, mayores preocupaciones sobre su salud y su situación socioeconómica de manera especial las menores de 15 años y las adolescentes de países con escasa

atención médica y nula protección social a la adolescente embarazada a veces por falta de información.

La OMS considera fundamental la promoción de la educación sexual, la planificación familiar, el acceso a los métodos anticonceptivos y la asistencia sanitaria universal en el marco de la salud pública y los derechos reproductivos para evitar los problemas asociados al embarazo adolescente. La atención integral de las adolescentes es un elemento de suma importancia para el desarrollo del país y el futuro inmediato de la sociedad, por lo que es necesario contar con indicadores estadísticos de embarazadas adolescentes para la formulación de propuestas de solución. (Wikipedia la)

Con la información generada en el presente estudio se diseñará una propuesta de medidas de prevención, seguimiento de las normativas de la atención amigable a adolescentes y propuestas educativas que permitan reducir la prevalencia, actuando sobre los factores de riesgo que más inciden en la misma.

1.8 VIABILIDAD

El presente estudio es viable por cuanto es de interés de la institución y existen las autorizaciones correspondientes para su ejecución. Además, la maestrante labora en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica (a nivel mundial se estima) que la tasa media de natalidad en adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 mujeres mientras que tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000, siendo las más altas las del África Subsahariana.

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la morbi- mortalidad materna infantil y al incremento de pobreza. 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. (OMS, 2014)

Los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), hasta 2013, muestran que existe un 44% de adolescentes, entre 15 y 19 años, que tuvieron su primer hijo. El 50,25% del total de nacimientos ocurridos el 19,48% fueron de mujeres entre 15 y 19 años de edad. (Usiña & Carrera, 2013)

Ecuador ocupa el primer lugar, de la Región Andina, y el segundo en Latinoamérica, después de Venezuela, donde existe un gran porcentaje de embarazos no deseados en adolescentes.

En el Ecuador según el INEC el nivel de instrucción de la madre y tipo de asistencia profesional 2013 hay un total de 220.896 nacidos vivos, se observa que el 38,25% pertenece a madres que tienen instrucción secundaria el 27,60% tiene instrucción primaria, y el 17,68% tiene instrucción superior. De la misma manera existe un conjunto de madres (1,08%) que registra ninguna instrucción, 0,33% que han asistido a un centro de

alfabetización y el 0,38% de madres posee un posgrado. Relacionando a estas mismas mujeres con tipo de asistencia profesional en el parto se observa que el mayor número de mujeres que han recibido asistencia son las que tienen un nivel de instrucción secundaria (39,39%). Por el contrario, el mayor número de mujeres que no recibieron asistencia profesional en el parto tienen instrucción primaria (60,32%). Se puede concluir que cuando las mujeres van alcanzando ciertos niveles de instrucción, tienen mayor preocupación de que sus partos sean atendidos por algún profesional médico. (Usiña & Carrera, 2013)

Conocer los factores que podrían estar ligados con los casos de embarazadas adolescentes en las dos áreas urbanas del departamento de Boyacá, en el período de octubre del 2011 a mayo del 2012 con un total estimado de 400 de las cuales sólo se estudió a 62 adolescentes gestantes que asistieron a hospitales de tercer nivel de Tunja y Duitama.

A la población de mujeres gestantes con edades entre 12 y 20 años, asistentes a los programas de control prenatal para la cual se realizó un estudio observacional, de corte transversal analítico aplicada en una entrevista diseñada para observar los factores socioculturales relacionados con su embarazo.

Como resultado se obtuvo: Media de edad 18 años; 24,00% menores de 17 años; media de escolaridad 9,6 años; 51,60% sin bachillerato completo; edad promedio de las parejas 22,7 años (rango 17-43); 58,00% manifiesta tener pareja estable; edad promedio de inicio de la vida sexual 15,9 años; 12,90% inició su sexualidad con 14 años o menos; para 25,80% este era su segundo embarazo; 8,50% con antecedente de al menos un aborto; 32,30% clasifica como embarazos francamente no deseados; se registra un muy bajo nivel de conocimiento y por ende, de utilización de métodos de planificación familiar

Conclusión. En esta investigación se encontró como principales factores de embarazo en las adolescentes: la pobreza, bajo nivel de escolaridad, inicio temprano de la actividad sexual y escasa o nula información sobre temas relacionados con la sexualidad. (Ariza Riaño, Valderrama Sanabria, & Ospina Díaz, 2014)

El propósito de este trabajo fue determinar la prevalencia de la actividad sexual y conocer la edad en la cual se inicia e identificar los factores asociados al debut sexual en adolescentes escolares de colegios públicos del Municipio de Tuluá, Colombia.

Esta investigación fue recolectada como parte de un estudio observacional y de corte transversal, en adolescentes escolarizados de noveno, décimo y undécimo grados, con edades entre 14 y 19 años de los colegios públicos, para el año 2012.

La población de estudiantes participantes fue de 6614 de los cuales se escogió a 947 estudiantes.

Resultado.

Un total de 947 estudiantes fueron incluidos en el estudio, 330 (34,8%) del grado 9°, 315 (33,3%) del grado 10° y 302 (31,9%) del grado 11°. El promedio de edad de los encuestados fue $16,2 \pm 1,2$ años, con 389 (41,1%) varones y 558 (58,9%) mujeres.

Al momento del estudio, 500 (52,8%) adolescentes ya habían iniciado la actividad sexual, entre los cuales 139 (42,1%) pertenecían al grado 9°, 171 (54,3%) al grado 10° y 190 (62,9%) al grado 11°. La mediana de la edad de inicio de la actividad sexual fue 15 años (RI: 14-16 años). Los varones (n: 263; 67,6%) iniciaron su actividad sexual a una mediana de edad de 14 años (RI: 13-15 años) y las mujeres (n: 237; 42,5%) 15 años (RI: 14-16 años) ($p < 0,001$). Hallamos que entre todos los adolescentes, 180 (19%) habían iniciado la AS antes de los 15 años, 119 (30,6%) entre los varones y 61 (10,9%) entre las mujeres.

El 45,8% (n: 229) de los adolescentes que había iniciado la actividad sexual reportaron tener compañera/o sexual en la actualidad, 194 (84,7%) novio/a, 11 (4,8%) esposo/a, 18 (7,9%) familiar y 6 (2,6%) otro.

En cuanto a anticoncepción, 443 (88,6%) de los adolescentes con actividad sexual usan regular o irregularmente algún métodos (condón 84,8%, anticonceptivos inyectables 14,5%, anticonceptivos orales 4,6%, anticonceptivos de implante 4,1 y otros 0,3%). Las mujeres comenzaron a usar métodos anticonceptivos a una mediana de edad de 16 años (RI: 15-16 años).

El 7,2% (n: 17) de las mujeres con actividad sexual ha estado alguna vez embarazada, mientras 0,8% (n: 2) varones y 4,2% (n: 10) mujeres tienen un hijo actualmente. El 86% (n: 814) de los adolescentes reconoce que el embarazo en la adolescencia puede traer problemas tanto para la madre como para el hijo, 81,9% (n: 366) de los que no había iniciado la actividad sexual y 90% (n: 450) de los que la habían iniciado, diferencia estadísticamente significativa ($p=0,003$). Entre esos problemas reconocidos por los adolescentes están los económicos (n: 154; 18,9%), emocionales (n: 75; 9,2%), de salud (n: 59; 7,2%), escolares (n: 26; 3,2%), laborales (n: 13; 1,6%), combinación de varios tipos de problemas (n: 487; 59,8%).

Al comparar adolescentes con y sin actividad sexual, además de hallar que los adolescentes con AS eran un año mayores (con AS, 17 años; RI: 16 - 17 años; sin AS, 16 años; RI: 15-16 años) y en su mayoría de sexo masculino (hombres, 52,4%; mujeres, 28%), encontramos que los adolescentes con AS tuvieron una mayor proporción de consumo de licor (consumo de licor, 89,7%; no consumían licor, 68,8%), de tabaco (fumadores,

33,3%; no fumadores, 8,3%) y drogas psicoactivas (consumidores, 19%; no consumidores, 2,6%), diferencias estadísticamente significativas. En el 4,1% de los adolescentes la actividad sexual fue iniciada bajo efectos de alcohol o drogas psicoactivas. Los adolescentes con AS tuvieron un hermano/a que había sido padre o madre antes de los 20 años de edad y pertenecían en su mayoría a estratos socioeconómicos 1 y 2 (estratos 1 y 2, 72,8%; estratos mayores que 2, 63,3%), diferencias estadísticamente significativas cuando se compara con aquellos sin actividad sexual ($p < 0,001$). No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre adolescentes con y sin actividad sexual, para edad de la menarca, edad, educación y ocupación de los padres, número de personas que habitaban en la casa del adolescente, ni en el aspecto de quien dependen económicamente.

El tiempo libre de los estudiantes adolescentes es empleado en actividades como deporte (n: 195; 20,6%), internet (n: 94; 9,9%), televisión (n: 65; 6,9%), dormir (n: 46; 4,9%), lectura (n: 20; 2,1%), salir a bailar (n: 13; 1,4%), otras actividades (n: 111; 11,7%), combinación de varias actividades (n: 403; 42,6%), sin hallar diferencias estadísticamente significativa entre los adolescentes sin y con AS ($p > 0,05$). Cuando evaluamos el uso de tiempo libre en televisión y el internet en adolescentes sin AS y con AS, encontramos que no hubo diferencia estadísticamente significativa (sin AS n: 182; 40,7%; con actividad sexual n: 205; 41%; $p = 0,524$).

Para las variables del nivel individual, encontramos asociación estadísticamente significativa entre actividad sexual en la adolescencia y sexo masculino (OR: 2,8; IC 95% 2,1-3,8), aprobación y actitudes permisivas por parte del adolescente de relaciones sexuales antes de los 20 años de edad (OR: 4,1; IC 95% 3-5,8), consumo por el adolescente de licor (OR: 3,9; IC 95% 2,7-5,8), tabaco (OR: 5,5; IC 95% 3,6-8,6) y drogas

psicoactivas (marihuana, cocaína, popper, bazuco, éxtasis u otra) (OR: 8,8; IC 95% 4,4-19,2)

Con las variables del nivel familiar, encontramos asociación estadísticamente significativa entre AS iniciada en la adolescencia y no vivir con los padres (OR; 2; IC 95% 1,2-3,4), percepción del adolescentes de no compartir o compartir poco tiempo con la madre (OR: 2; IC 95% 1,5-2,7), no recibir educación sexual por la madre (OR: 1,5; IC 95% 1,12,1), percepción de los adolescentes de no compartir o compartir poco tiempo con el padre (OR: 1,5; IC 95% 1,2-2), tener más de dos hermanos (OR: 1,7; IC 95% 1,2-2,2), hermano/a que en la adolescencia fue padre o madre (OR: 1,9; IC 95% 1,4-2,8) y padres con aprobación y actitudes permisivas hacia el sexo en la adolescencia (OR: 3,5; IC 95% 2,64,7). No se halló asociación entre AS y la educación sexual por el padre ($p>0,05$).

En cuanto a las variables del nivel socio-cultural encontramos que las variables que se hallaron asociadas con AS en la adolescencia fueron, pertenecer a los estratos 1 y 2 (OR: 1,6; IC 95% 1,2-2,1) y pares o grupo de amigos del adolescente con aprobación y actitudes permisivas hacia el sexo en la adolescencia (OR: 6,6; IC 95% 3,4-14,2) como factores de riesgo. Se halló que haber recibido información de anticoncepción por personas diferentes a los padres, como equipos de educación en colegios o personal de salud, fue factor protector (OR: 0,7; IC 95% 0,41).

Después del análisis multivariado encontramos que, para el nivel individual las variables que se mantuvieron en el modelo fueron sexo masculino (OR: 2,4; IC 95% 1,7-3,3), aprobación y actitudes permisivas por parte del adolescente hacia la actividad sexual antes de los 20 años de edad (OR: 3,1; IC95% 2,1-4,5), consumo por el adolescente de licor (OR: 2,4; IC95% 1,6-3,6), tabaco (OR: 2,6; IC95% 1,5-4,3) y drogas psicoactivas

(marihuana, cocaína, popper, bazuco, éxtasis u otra) (OR: 2,6; IC 5%: 1,2-5,8), tabla IV. Para el nivel familiar, las variables que se mantuvieron en el modelo fueron no recibir educación sexual por la madre (OR: 1,6; IC95% 1,1-2,5), hermano/a que en la adolescencia haya sido padre o madre (OR: 2,3; IC95% 1,4-3,9) y padres que aprueban y tengan actitudes permisivas hacia la actividad sexual en la adolescencia (OR: 4,2; IC95% 2,8-6,3)

En el nivel socio-cultural del adolescente y la familia, las variables que se mantuvieron en el modelo fueron, pertenecer a los estratos socioeconómicos 1 y 2 (OR: 1,5; IC95% 1,1-2), pares o grupo de amigos del adolescente que aprueban y tienen actitudes permisivas hacia las relaciones sexuales en la adolescencia (OR: 5,9; IC95% 2,9-11,8) como factores de riesgo y haber recibido información planificación familiar por personas diferentes a los padres como equipos de educación en colegios o personal de salud (OR: 0,6; IC95% 0,4-0,9) como factor protector.

Conclusión. Factores individuales como sexo masculino, propia toma de decisiones, papel que desempeña la madre en la educación sexual de sus hijos y la influencia de pares o amigos en la toma de decisiones, se asociaron con el inicio temprano de la AS entre adolescentes. (Holguín M, Mendoza T, Esquivel T, Sánchez M, Daraviña B, & Acuña P, 2012)

.En esta investigación se Determinó los factores que inciden en el embarazo en las adolescentes, las causas sociales y familiares, las consecuencias del embarazo en la adolescencia y los daños físicos y psicológicos que sufren las adolescentes.

Este trabajo de investigación tomó como herramienta la encuesta-cuestionario para obtener los datos e informaciones requeridas.

Las preguntas fueron formuladas a 30 adolescentes del barrio Casandra de Barahona en el 2013.

De las adolescentes entrevistadas el 4% de ellas están casadas, el 10% están solteras, mientras que el restante 16% vive en unión libre; tomando en cuenta que el 11% de las misma sólo alcanzó un nivel primario, el 12% el nivel secundario y tan sólo el 7% de ellas ha llegado hasta la universidad.

De las jóvenes entrevistadas el 29% de estas sostienen relaciones sexuales, mientras que el 1% restante no. De las mismas un 19% tuvo su primera relación sexual entre los 15 y los 18 años, el 6% antes de los 15 años, 4% de ellas tuvieron su primer encuentro sexual siendo mayores de edad, pero sólo el 1% de estas no ha tenido relaciones.

De este porcentaje el 28% de las jóvenes sostiene relaciones sexuales con parejas estables, mientras que el 1% de estas sostiene relaciones con parejas ocasionales y el otro 1% no tiene relaciones. De la misma forma el 23% de estas adolescentes no usa el condón en sus relaciones íntimas y el restante 7% si los usa, de los cuales el 4% los usa siempre y el otro 3% sólo a veces, el 5% de las veces el uso del condón lo sugiere la pareja y el otro 2% lo sugieren las adolescentes; donde el 3% los adquiere en las farmacias, el 1% en los dispensarios médicos y el 3% los adquiere en otros lugares.

Del 23% de las adolescentes que dijeron no usar condón en sus relaciones sexuales, el 4% de ellas dice no usarlos porque no les gusta, el 1% dice no usarlos por incomodidad, el 8% sus parejas no les permiten utilizarlos y el restante 10% no los usa por otras razones no especificadas.

Del 30% de las entrevistadas el 24% de estas respondieron que al sostener relaciones se exponen a embarazos no deseados, el 4% dice exponerse a enfermedades tales como el VIH o SIDA, el 1% a abortos y sólo el 1% dice se exponen a otros riesgos. El 20% de las entrevistadas dijeron que la cantidad de adolescente embarazadas y su incremento se debe a la falta de educación sexual en el hogar y los centros de estudios, el 6% dijo deberse a la ausencia de uno o ambos padres en el hogar, el 3% a la influencia social (amigos/as, Barrio, etc.), mientras el restante 1% dijo que se debía a otros factores.

El 30% de las entrevistadas comparten el hecho de que es importante impartir educación sexual en las escuelas, pero difieren en la idea de a qué edad es prudente iniciar dicha educación; el 24% dice que debe iniciarse entre los 9 y los 12 años de edad, el 5% entre los 12 y los 15 años de edad y el 1% de 15 a 18 años.

Según el 11% de las entrevistadas al momento de impartir educación sexual en las escuelas es preciso separar entre varones y hembras y el 19% dice que es más favorable trabajar con ambos sexos.

Donde un 28% de las entrevistadas dijo que los medios de comunicación social (Tv, radio, periódico, Internet) juegan un rol de gran importancia en la educación sexual y el 2% no está de acuerdo.

El embarazo en las adolescentes constituye una de las causas y efectos principales o de mayor incidencia en el barrio Casandra de la provincia Barahona. Entre las que corresponden a esta etapa de la vida o desarrollo. La investigación señala el alto número de ellas que mantienen relaciones sexuales, la poca orientación y educación sobre sexualidad, el índice de

embarazadas o que han sido madres durante este período de la adolescencia. (Herasme Melo, 2013)

Disminuir la incidencia del embarazo y sus riesgos en adolescentes.

Este es un estudio de intervención educativa para modificar los criterios sobre el embarazo y sus riesgos en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa", municipio Minas, Camagüey, durante el período de enero de 2009 a enero de 2010. El universo estuvo constituido por 72 embarazadas, se realizó un muestreo probabilístico al azar simple, la muestra quedó conformada por 32 embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión, se aplicó un cuestionario creado al efecto, se incluyó variables como: concepto de adolescencia, edad de las primeras relaciones sexuales, conocimiento de métodos anticonceptivos, motivos por los que continuaron con el embarazo y complicaciones fundamentales en la adolescente embarazada.

Resultados: el 56,2 % desconocía conceptualmente el embarazo en la adolescencia, esto mejoró notablemente después de aplicado el programa, persistió sólo el 12,5 % con este criterio, el 31,2 % manifestó que la primera relación sexual debe ser al cumplir los 14 años o tener la primera menstruación. El 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal. Una vez finalizado el programa el 87,5 % expresó respuestas correctas. Conclusiones: se lograron transformaciones positivas en el conocimiento de cada uno de los temas impartidos. (Gilberto Enrique Menéndez Guerrero, Navas Cabrera, Hidalgo Rodríguez, & Espert Castellanos, 2012)

Identificar las necesidades de aprendizaje en algunos aspectos de la sexualidad en un grupo de adolescentes.

Estudio descriptivo realizado en el consultorio médico 10-25, del Grupo Básico de Trabajo No. 2 en Quemado de Güines en el período comprendido entre septiembre de 2009-2010.

El universo lo constituyeron 135 adolescentes dispensarizados en dicho consultorio y la muestra obtenida de forma no probabilística e intencional, quedó constituida por 65 adolescentes de ambos sexos.

Resultados: en la muestra había 35 muchachas y 30 muchachos. La mayoría brindó respuestas múltiples acerca de las vías para obtener conocimientos sobre sexualidad que pudieran estar en relación con las opciones disponibles pero el mayor porcentaje con 92,3 lo obtuvieron los amigos como fuente fundamental de información sobre el tema.

Al interrogar a estos adolescentes sobre el apoyo preferido en aspectos relacionados con la sexualidad, la figura de la madre con el 47,7 % fue la preferida.

Entre las razones que dieron los jóvenes para afirmar que es adecuado mantener relaciones sexuales en la adolescencia, la mayoría de ellos dieron más de una respuesta, las más frecuentes fueron: "garantizar la estabilidad de la pareja" y "ganar en experiencia", lo que representó el 39,3 % en aquellos que afirmaron el mantenimiento de las relaciones sexuales en esta etapa de la vida; "por embullo" y "elevar el prestigio entre sus compañeros", lo que agrupó el 28,6 % en cada caso, con menor frecuencia también señalaron "sentir placer", "evitar infidelidad en la pareja" y la más escasa. Antes de las acciones educativas y a pesar de que un amplio porcentaje consideraba a la adolescencia como un período apropiado para las relaciones sexuales, el nivel de conocimiento fue considerado como malo

en el 58,5 % y bueno en el 21,5 %. Posterior a las acciones educativas, el 87,7 % obtuvo un nivel bueno de conocimientos acerca de las relaciones sexuales en esta etapa de la vida y sólo el 4,6 % no mostró mejoría en sus conocimientos en este aspecto aunque presente en el 21,4 % fue "prueba de amor".

En cuanto a los conocimientos acerca de la anticoncepción en la adolescencia sólo después de las acciones educativas se alcanzó un alto porcentaje (89,2) de adolescentes con nivel de conocimiento bueno en este tema.

La mayoría de los adolescentes declaró razones donde reconocían el por qué no estaban preparados para afrontar una situación de embarazo. El motivo más frecuente planteado fue inmadurez psicológica (41 adolescentes lo que representó el 63,1 %). Otras razones expuestas fueron: inmadurez biológica, interrupción de estudios y dependencia económica en menores porcentajes, y otras aisladas no precisadas que también resultaron válidas como explicación a sus temores para afrontar el embarazo. Al término de la intervención, los conocimientos acerca del aborto y el embarazo en la adolescencia se habían incrementado notablemente en el grupo (66,2 % frente a 16,9 % al inicio de la intervención). Se reconoció que no hubo insatisfechos y sólo 2 para el 3,1 % se mostró poco satisfecho.

Conclusiones: las necesidades de aprendizaje de los adolescentes se centraron en aspectos generales de la sexualidad, el inicio precoz de las relaciones sexuales y sus riesgos. Las acciones educativas lograron elevar el nivel de conocimientos en la mayoría del grupo y se obtuvo un alto grado de satisfacción con las acciones ejecutadas. (Gómez Suárez, Díaz Álvarez, Sainz Rivero, Gómez Ibarra, & Machado Rodríguez, 2015)

Caracterizar a las adolescentes que han tenido algún embarazo y analizar la asociación de éste con el rezago educativo, a partir de una encuesta representativa en México.

Estudio transversal con información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012 en México, con diseño muestral probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados, con datos sociodemográficos y reproductivos de 1 790 mujeres de 12 a 19 años de edad con inicio de vida sexual y antecedente de embarazo. Se ajustaron tres modelos estadísticos para observar la asociación entre variables.

En México, del total de nacimientos registrados en 2012, 19.2% corresponde a mujeres adolescentes:¹ Desde hace algunos años se sabe que la maternidad temprana ocurre con mayor frecuencia en estratos socioeconómicos bajos:

Resultados: al analizar la información del total de mujeres adolescentes de 12 a 19 años de edad (8.9 millones de mujeres adolescentes), 20.5% tenía vida sexual activa (1.8 millones); de este porcentaje, 52% habían estado embarazadas alguna vez en su vida, de las cuales 7.8% estaba cursando su primer embarazo al momento de la encuesta.

Estado conyugal y cohabitación con pareja

De las adolescentes nunca embarazadas, 84.1% son solteras, mientras que 83.1% de las adolescentes con antecedente de embarazo está o ha estado unida. De las adolescentes embarazadas por primera vez al momento de la encuesta, 67.7% vive con la pareja ($p<0.05$).

Actividad actual, asistencia a la escuela, rezago educativo

De las adolescentes sin experiencia de embarazo, 52.3% son estudiantes, en tanto que aquéllas que tuvieron al menos un embarazo se dedican principalmente a las labores del hogar

(76.7%) ($p<0.05$). El máximo grado escolar alcanzado por las adolescentes sin antecedente de embarazo es de preparatoria o bachillerato (41.4%), mientras que gran parte de las adolescentes con antecedente de embarazo sólo cursó hasta secundaria (58.9%) ($p<0.05$). De las adolescentes con inicio de vida sexual y sin experiencia de embarazo, 36.1% tiene rezago educativo, y el porcentaje aumenta a 74.9% en el caso de las que alguna vez tuvieron un embarazo ($p<0.05$). Poco más de la mitad de las mujeres sin antecedente de embarazo asiste a la escuela al momento de la encuesta (54.1%), porcentaje que se reduce a 21.1% entre las que experimentan su primer embarazo y a 12.9% en adolescentes con antecedente de embarazo ($p<0.05$).

Nivel socioeconómico y derechohabiencia

De las adolescentes con embarazos previos o subsecuentes, 58.9% se encuentra en nivel socioeconómico bajo, mientras que 41% de las nunca embarazadas se encuentran en la misma situación económica ($p<0.05$). De las adolescentes sin antecedente de embarazo, 39.5% no está afiliado a ninguna institución de salud, en tanto que 59.6% de las previamente embarazadas están afiliadas al Seguro Popular ($p<0.05$).

Uso de anticonceptivos

El uso del condón entre las adolescentes sin embarazos previos es de 75.4 y 66.6%, en la primera y última relación sexual, respectivamente. El no uso de anticonceptivos entre las adolescentes con embarazo previo es de 47.6 y 43.8%, en la primera y última relación sexual ($p<0.05$).

Características asociadas con el embarazo adolescente

Entre las adolescentes con embarazo previo que viven con la pareja se tiene ocho veces más posibilidad de haber experimentado un embarazo (RM=8.4, 95%IC: 5.6-12.5) en relación con las que no viven con la pareja; hay dos veces mayor

posibilidad de pertenecer al nivel socioeconómico bajo en comparación con las de nivel socioeconómico alto (RM=2.4, 95%IC:1.2-3.3). En este mismo grupo, al tomar en consideración la situación escolar, se obtuvo que las mujeres con rezago educativo tienen dos veces más posibilidad de tener antecedente de embarazo (RM=2.4, 95%IC:1.6-3.8) en comparación con las estudiantes sin rezago educativo; el asistir a la escuela disminuye en 50% las posibilidades de haber presentado embarazos previos (RM=0.5, 95%IC:0.3-0.7).

Al analizar únicamente la situación de las adolescentes embarazadas por primera vez al momento de la encuesta en contraste con las nunca embarazadas, se obtiene que aquéllas que viven con la pareja tienen nueve veces más posibilidad de embarazo (RM=9.4, 95%IC: 4.4-20.0) en comparación con las que no viven con la pareja. A diferencia del modelo univariado, en el modelo ajustado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en nivel socioeconómico, rezago educativo y asistencia actual a la escuela.

Características asociadas al rezago educativo

Al considerar el modelo de rezago educativo ajustado por las variables de interés, tener más de un embarazo presenta dos veces más posibilidad de tener rezago educativo (RM=2.4, 95%IC: 1.5-3.6). Cohabitar con la pareja y tener un nivel socioeconómico bajo son variables de riesgo para rezago educativo, en tanto que la asistencia a la escuela es un factor protector.

Conclusión. Se requieren políticas y estrategias operativas eficientes para favorecer la permanencia escolar y reducir el rezago educativo en adolescentes con y sin hijos. (Villalobos Hernández, Campero, Suárez López, Atienzo, Estrada, & De la Vara Salaza, 2015)

Estimar las diferencias entre los subgrupos de adolescentes embarazadas de 13 a 15 años; y 16 a 18 años, con respecto a las complicaciones presentes durante el embarazo en la ciudad de Cartagena (Colombia).

Estudio de corte transversal en 100 adolescentes embarazadas, vinculadas a una fundación durante el año 2008. Se indagaron variables sociodemográficas, estado nutricional, afiliación al servicio de salud, ocupación, prácticas de salud sexual y reproductiva, control prenatal, anemia, infección urinaria y vaginal, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, hipertensión, semanas de embarazo y vía del parto. Los resultados se presentan mediante medidas de tendencia central y dispersión o proporciones según el tipo de variable. Las características basales de los grupos se compararon mediante la prueba de chi cuadrado.

Se estimó la asociación entre los dos grupos de edad y las complicaciones del embarazo por medio del odds ratio (OR). Resultados: se estudiaron un total de 100 embarazadas adolescentes primigestas de una fundación en Cartagena (Colombia). La edad tuvo una media de 15 años (DE 1,2). Las características basales. En lo que respecta al estado nutricional, el 41,1% de las adolescentes entre 16 a 18 años, y el 28,1% de las jóvenes en adolescencia temprana presentaron bajo peso. El 100% de gestantes asistió al control prenatal y el 100% de recién nacidos fueron dados de alta como vivos. En relación con las complicaciones durante el embarazo y parto.

Las adolescentes de menor edad presentan mayor riesgo de preeclampsia que las de mayor edad [OR 30,4 (3,6-672,2)], así mismo, se observa que las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar

parto pretérmino [OR 5,0 (1,86-13,7)] y parto por vía cesárea [OR 3,57 (1,25-10,5)].

Los resultados del presente estudio ratifican la mayor frecuencia de parto pretérmino y anemia durante el embarazo en ambos grupos, así como también una alta frecuencia de cesárea.

Conclusiones. Se concluye que el embarazo a edad temprana conlleva a un mayor riesgo de complicaciones. (Domínguez Anaya & Herazo Beltrán, 2011)

El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo, percepciones y creencias asociados al embarazo en la adolescencia para recomendar medidas de prevención para disminuir la incidencia de este problema.

Sitio de estudio. El centro de salud Tres de Mayo comprende un área geográfica de influencia de 10 comunidades urbana marginal de la parte norte de la ciudad de Comayagüela 2008.

Se efectuó un estudio de casos y controles en 67 adolescentes embarazadas y 67 adolescentes no embarazadas que fueron aparejadas de acuerdo a la edad y la procedencia, se realizó una investigación cualitativa.

Resultados. Los grupos en comparación fueron homogéneos en cuanto a algunos datos generales como la edad, el nivel de ingreso y el antecedente de que la madre tuvo gestaciones en la adolescencia. Solamente el nivel de escolaridad fue mayor en el grupo control: casos 6,6 años vrs controles 7,7. Las características de la población total de las 67 adolescentes embarazadas. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue a los 14 años de edad, siendo la edad más temprana a los 12 años. Aunque cerca de las dos terceras partes sabían que podían

quedar embarazadas en la primera relación sexual 41(61,2%), apenas el 28,4% refirió haber usado algún método contraceptivo, siendo el condón y las píldoras los métodos más utilizados. Solamente un 22,4% (15) de las entrevistadas manifestó que su embarazo era deseado. El tiempo promedio de inicio del control prenatal fue a los 11,4 meses (DE 5,6). La edad diferencial de la pareja fue mayor de 6 años en el 40% de las participantes. El estudio de casos y controles reveló asociación entre el tabaquismo (OR = 6,38; IC95%: 1,24-44,27), el haber completado solamente la educación primaria con el estado de caso (OR = 5,12; IC95%:2,20-12,10) y proceder de un hogar desestructurado (OR = 3,66; IC95%:1,51-8,98). El haber recibido educación sexual a nivel familiar fue un factor protector del embarazo en la adolescencia (OR = 0,40; IC95%:0,18-0,85).

Conclusión: El riesgo de un embarazo en la adolescencia parece venir influenciado por varios factores, destacándose la escolaridad incompleta y la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. La introducción de contenidos de educación sexual a nivel escolar es una estrategia a considerar para el manejo de este problema. (Ávila Montes, Barbena García, & Arguello Munguía, 2011)

Conocer algunas características de esta población y aportar elementos que puedan ayudar a mejorar el impacto de estos programas, para una mejor efectividad en los mismos, en razón del objetivo de disminución del embarazo adolescente.

Este estudio descriptivo retrospectivo que toma registros del programa de planificación familiar del centro de salud de Picachito ESE Metrosalud (Colombia) desde el mes de enero hasta diciembre de 2012, para realizar encuestas telefónicas a adolescentes objeto de la investigación.

Resultados: Se realizaron 38 encuestas de los 217 registros de la base de datos, en donde se indagó a cerca de aspectos como nivel de estudio, apoyo emocional, económico, planificación familiar y razón del embarazo entre otras. En cuanto a la razón del embarazo se encontró que el 73.7% de las adolescentes buscaba un embarazo, el 89.5% de las adolescentes cuenta con un nivel de estudio secundaria incompleta, el 42.1% tiene apoyo económico y emocional por parte de su pareja y el 81.6% tiene como actividad actual el hogar.

Conclusiones: Luego del análisis realizado a las diferentes variables, encontramos que más allá de las características socio económicas de este grupo de adolescentes, las cuales son claramente generadoras en gran parte de esta problemática, existe la necesidad de contar con programas que logren desarrollar estrategias, que permitan, más allá de dar una adecuada información y orientación, impactar y generar cambios en el comportamiento de esta población, en cuanto al manejo de su sexualidad y proyectos de vida, lo cual también se expresa en estudios realizados para medir el impacto del programa, en donde se menciona que existe un alto nivel de satisfacción de los usuarios del programa y que se lograron avances en el tema de anticoncepción en adolescentes, pero que no se evidencian cambios de actitud de la población, los cuales ponen en riesgo la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. (Angulo Vásquez, Marín Vargas, & Henríquez Correa, 2013)

Reducir el número de embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad, por medio de un blindaje a través de servicios integrales que propicien y fortalezcan los factores protectores, para *empoderar* a los y las adolescentes en la toma de decisiones. Tipo de estudio: prospectivo, comparativo, tipo encuesta. Muestreo por conveniencia y estratificado de 988 adolescentes. Adolescentes entre 10 y 19 años primigestas que acudan al

Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” y al Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad de los Servicios de Salud de Nuevo León (2010 – 2011).

Adolescentes no embarazadas de la misma edad, muestreadas en la comunidad, área de influencia de dichos hospitales

Resultados: adolescente embarazada

Edad promedio: 16.5 años

Inicio de relaciones sexuales: 15.3 años

Consumo de alcohol, tabaco y drogas: 14 años

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Hogar

Pertenecer a una familia extensa

Estado civil: Unión libre

ADOLESCENTE NO EMBARAZADA

Edad promedio: 15.5 años

Inicio de relaciones sexuales: 15.4 años

Consumo de alcohol, tabaco y drogas: > 14 a.

Asistir a la Iglesia

Pertenecer a una familia nuclear

Mayor nivel de escolaridad (Preparatoria)

Tener una ocupación

Realizar deportes

Tocar algún instrumento musical

Conclusiones: El embarazo en adolescentes explica un tercio de los eventos obstétricos en los Servicios de Salud de Nuevo León. En la EESN-NL2010-2011 encontramos que el 34% de los adolescentes tienen actividad sexual y sólo 1/3 de ellos utiliza algún método de anticoncepción.

Embarazo de Alto Riesgo. No existen las condiciones de madurez física y emocional adecuados. (Ramírez Aranda, 2015)

El objetivo general de este estudio es conocer la prevalencia del embarazo en adolescentes en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el año 2012

Se trata de un estudio observacional descriptivo de corte transversal. El cual involucra todas las mujeres adolescentes (entre 10 y 19 años), que fueron atendidas en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en la ciudad de Quito, desde Enero hasta Diciembre del 2012.

Resultados: Características de la Población de Estudio.

En el año 2012 hubo 9175 partos en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora. De estos, 2314 fueron partos de madres adolescentes. De las 366 historias clínicas obtenidas de madres adolescentes, se pudo observar que las características demográficas de esta muestra son: la edad promedio de las participantes fue de 17 años. La mayoría se encuentra en una relación de unión libre (49,7%), seguida por adolescentes solteras (41,8%) y casadas (8,2%). Sólo el (1,4%) de las adolescentes viven solas mientras que el resto (98,6%), viven en compañía de su familia o su pareja. La mayor parte de las participantes, se consideran a sí mismas mestizas (93,9%), la proporción de participantes que se consideró de raza negra o indígena fue (2,73%), dejando el porcentaje restante a aquellas que se consideran blancas (0,54%). En relación al nivel de escolaridad, se observó que la mayoría de adolescentes reportó educación secundaria incompleta (81,7%), seguidas por educación primaria completa (14,8%), universitaria incompleta (2,7%) y finalmente analfabetas (0,8%).

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Dentro de los antecedentes ginecológicos, se pudo observar que el promedio de edad de menarquía en las adolescentes fue de 12,6 (\pm 1,24) años y el promedio de inicio de vida sexual fue de 15,4 (\pm 1,35) años. Por otro lado, se observó que al menos el

20% de todas las adolescentes que formaron parte del estudio, ha cursado un embarazo anterior, el 13% ha tenido un parto previo, el 2,5% una cesárea y finalmente un 7,1% un aborto. Es importante destacar que el 15% de las participantes actualmente ya tiene un hijo vivo.

Controles prenatales.

En el presente estudio se observó que 32,2% de las mujeres participantes, se realizaron menos de cinco controles prenatales durante su gestación, 65,5% se realizaron entre cinco y diez controles prenatales y sólo el 2,1% más de diez controles prenatales. El promedio de controles prenatales que se realizaron las participantes fue de 5.8 (\pm 2,54).

Intención de Embarazo.

En cuanto a la intención del embarazo adolescente, se encontró que de las 366 historias clínicas analizadas, el 77% de éstas cursaron un embarazo no deseado.

Tipo De Parto.

Se observó que el 21,5% de los embarazos terminaron por cesárea, mientras que el 78,4% por parto normal.

Anticoncepción.

En este estudio se pudo analizar el uso de anticoncepción antes del parto y la decisión de utilizar algún método posterior al mismo. Los datos muestran que aproximadamente un 13,32% de las adolescentes utilizaba algún método anticonceptivo al momento de quedar embarazada. De estas, el 57,05% utilizaba un método hormonal, el 36,7% utilizaba el método de barrera, el 4,1% dispositivo intra-uterino (DIU) y el 2,02% el método del ritmo. 34 El 35,8% de adolescentes posterior al parto decidió utilizar algún método anticonceptivo.

Conclusiones: En los últimos años no se ha evidenciado una disminución en la prevalencia del embarazo adolescente en el país. Este estudio sugiere que la prevalencia de embarazos adolescentes en el HGOIA de Quito-Ecuador, sigue siendo una de las más altas en la región. Cabe recordar que el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes desde el 2007, tenía la intención de reducir el número de casos, lo cual al menos a la luz de los resultados en este estudio no se ha logrado. Esto implica que se deben fortalecer los programas de prevención existentes y se deben desarrollar nuevas estrategias para combatir esta realidad. Por esta razón en el 2012 se implementó el programa “Habla Serio Sexualidad Sin Misterio”, el cual pretende reducir en 25% los casos de embarazo adolescente para el 2013. Es necesario evaluar los resultados de este programa para tomar las medidas necesarias. (Romo Rodríguez & Sisa, 2013)

Identificar el uso de alcohol y los factores asociados en adolescentes embarazadas en el municipio de Teresina, estado de Piauí, Brasil.

Se trata de estudio transversal, realizado en todas las unidades básicas de salud en que funciona la Estrategia Salud de la Familia Teresina, estado de Piauí, Brasil. La población fuente fue constituida por 658 embarazadas menores de 20 años (promedio mensual del año de 2009).

Resultados La muestra se constituyó de adolescentes embarazadas con edad entre 13 y 19 años ($X=17,0$ y $s=1,63$). La prevalencia de consumo de bebida alcohólica en algún momento de la vida entre las adolescentes fue de 73,8% ($n=189$), con la edad de inicio del uso en promedio de 14,20 ($s=2,00$) y la prevalencia de uso de alcohol por adolescentes durante el embarazo fue 32,4% ($n=83$). Se destaca que entre las adolescentes que afirmaron haber usado alcohol en algún

momento en la vida (n= 189), hubo continuidad de ese hábito durante el embarazo en 43,9%.

Distribución de las adolescentes embarazadas que hicieron uso o no de alcohol durante el embarazo en cuanto a variables socioeconómicas. Se verifica que hubo una predominancia de uso de alcohol durante el embarazo en el intervalo de edad de 17-19 años (57,8%), escolaridad de más de 4 años de estudio (84,3%), solteras (69,9%), renta familiar de hasta un salario mínimo (77,1%) y sin renta propia (96,4%), religión católica (75,9%) y procedentes de la Capital (67,5%). Vale destacar que, entre las embarazadas que declararon no tener religión, 56,2% hicieron uso de alcohol en el embarazo.

En cuanto a las variables del embarazo, las embarazadas que hicieron uso de alcohol en el embarazo estaban en el 3º trimestre del embarazo (79,5%), eran primíparas (68,7%), no presentaron histórico de aborto (83,1%), no planificaron el embarazo actual (91,6%), a pesar de que 69,9% afirmaron la utilización de métodos contraceptivos. En cuanto a las consultas de prenatal, 53,0% de las adolescentes embarazadas realizaron hasta 3 consultas y 50,6% informaron ocurrencias durante el embarazo.

En cuanto a la caracterización del consumo de alcohol durante el embarazo, se observa que hay un predominio de inicio del consumo en el ambiente privado (49,3%) y en 50,6% de los casos la oferta fue hecha por amigos. En relación al local de consumo actual, la bebida alcohólica es consumida más frecuentemente en locales públicos (59%) y la bebida más consumida fue la cerveza (78,3%). En cuanto a tener histórico familiar de consumo de bebida alcohólica 75,9% respondieron afirmativamente. El uso de otro tipo de droga fue referido por 10,8% de las adolescentes embarazadas durante el período de embarazo, 63,9% negaron el involucramiento en algún tipo de violencia en función del consumo de bebida alcohólica, 37,4%

ya abandonaron actividades cotidianas en virtud del uso de alcohol y 41% dijeron haber tenido algún problema físico y/o social en función del uso de alcohol. Entre los motivos referidos para el consumo de bebida alcohólica se destaca la influencia de amigos/familia/medios de comunicación (41,0%).

La distribución de las adolescentes embarazadas que usaron alcohol en el embarazo actual, según la zona en que fueron clasificadas en el AUDIT. Se puede verificar que 36,1% presentaron uso de riesgo, 27,7% posible dependencia, 25,3% uso nocivo y 10,8% bajo riesgo.

La correlación del uso de alcohol en el embarazo con variables socioeconómicas, de embarazo y de consumo, de las cuales presentaron significancia: poseer compañero ($p < 0,045$), presencia de ocurrencias durante el embarazo ($p < 0,001$), renta de hasta 1 salario mínimo ($p < 0,001$), no tener religión ($p < 0,002$), ser primípara ($p < 0,039$), planificación del embarazo ($p < 0,000$), realizar hasta 3 consultas de prenatal ($p < 0,045$), presencia de ocurrencias durante el embarazo ($p < 0,046$), edad inferior a 14 años en el inicio del consumo de alcohol ($p < 0,014$), haber sufrido violencia ($p < 0,001$), no haber abandonado hábitos diarios en función del uso de alcohol ($p < 0,001$), , no haber tenido problemas físicos y/o sociales en función del uso de alcohol ($p < 0,001$) y uso de alcohol en embarazos anteriores ($p < 0,001$).

Conclusiones: el estudio muestra alta prevalencia de uso de alcohol en adolescentes embarazadas, estando ese consumo relacionado significativamente con bajo nivel económico, inestabilidad en las relaciones conyugales, no religiosidad, múltiparas, inicio precoz del consumo de alcohol, baja adhesión a consultas de prenatal, uso de alcohol en embarazos anteriores, episodios de violencia, así como abandono de hábitos cotidianos y la ocurrencia de problemas físicos y/o sociales en función del

uso de alcohol, condiciones estas verificadas como factores de riesgo para el consumo de alcohol durante el embarazo. (Portela Veloso & de Souza Monteiro, 2013)

2.2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.2.1 LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un período durante el cual: a) el individuo pasa de la aparición inicial de las características sexuales secundarias a la madurez sexual; b) vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de niño/a a adulto/a; c) se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de independencia en estas áreas. (Flores & Soto, 2013)

En general, la adolescencia está definida por un rango de edad lo suficientemente amplio: de 10 a 19 años. Dado que durante este período se dan cambios físicos y psicológicos profundos, la mayoría de los investigadores dividen el período de adolescencia en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada. El primer estadio corresponde a las edades entre los 10 y los 13 años, cuando los profundos cambios físicos y sociales coinciden con la pubertad. El estadio intermedio va de los 14 a los 17 años y corresponde a un período de creciente independencia de los padres y la familia; la deserción escolar y el embarazo temprano pueden acortar este período. El último estadio la adolescencia avanzada, va hasta los 19 años, pero puede extenderse hasta más allá de los 20 para aquellos jóvenes que permanecen en el sistema escolar y posponen su entrada al mercado laboral y la formación de una nueva familia. Este estudio adopta esta definición de adolescencia en términos de edad (de 10 a 19 años), con los tres estadios mencionados. (Smetana, Campione-Barr, & Metzger)

2.2.1.1 Características de la adolescencia

En esta etapa existe una importante transformación, un gran cambio en el descubrimiento y en el desarrollo de la propia identidad biológica, sexual, psicológica o mental y social de la persona, de niño para transformarse en adulto pasando por la etapa joven. Es una época de crecimiento físico y de cambios hormonales por ejemplo, además de seguir creciendo en altura, en peso, en grasa corporal y en musculatura, la aparición de acné, la evolución y la finalización de la dentadura adulta y el cambio en las cuerdas vocales y en la voz, en el ámbito sexual, además de producirse un cambio en los genitales y la aparición del vello tanto en el pubis como en las axilas y en todo el cuerpo en ambos sexos, en los niños comienza a producirse los espermatozoides y en esta etapa tienen su primera eyaculación y en las niñas aumentan los senos o las glándulas mamarias y aparece la primera menstruación (menarquia).

También en el aspecto emocional, el adolescente comienza a saber controlar sus emociones a sentir y desarrollar las emociones que se identifican o tienen relación con el amor, tanto de pareja como amigo. Puede elegir a sus amigos y compañeros de clase que va a querer. Comienza a querer autoafirmarse e identificar su 'yo', y tener autoestima. El adolescente empieza a aprender para conseguir una autonomía individual como un adulto y aparece el desarrollo del pensamiento abstracto y formal.

Existen bastantes riesgos en esta etapa y una alta estadística de mortalidad en adolescentes, cerca de 1,7 millones de adolescentes muere cada año, ya que empieza a exponerse a la vida de una forma que antes no lo estaba. Por ejemplo en la educación, empieza a tomar muchas decisiones sin los padres o tutores y puede tener un tiempo libre mal utilizado un bajo

rendimiento en la escuela, incluso puede tener su primer contacto con el tabaco, las drogas, el alcohol, empezar a conducir coches y motos, etc.

En relación al cuerpo, el adolescente puede adquirir algunos trastornos alimentarios como la anorexia, la bulimia, la malnutrición y otras enfermedades alimenticias; existen riesgos sexuales también puede contraer el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, incluso las chicas ya pueden quedarse embarazadas por primera vez en su vida. El ámbito social es muy importante para el adolescente tener amigos, ser popular, admirado y querido, etc. Si esto no ocurre el adolescente puede aislarse del mundo, caer en depresión, incluso puede tener conductas agresivas o delictivas y tendencias suicidas.

2.2.1.2 Fases o etapas de la adolescencia

La adolescencia tiene tres fases o etapas principales:

La primera fase o etapa de la adolescencia pubertad o adolescencia inicial.

Es el período comprendido entre los 11 años en los niños o los 10 años en las niñas, hasta los 14-15 años.

Biológicamente es el período peri puberal con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. En esta etapa inicia la curiosidad sexual principalmente a través, pero no exclusivamente, de la masturbación. (León, Minassian, Borgono, & Dr. Bustamante, 2009)

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que en estos años de la adolescencia temprana el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental. El desarrollo físico y sexual más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en varones, la tendencia de estos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno constituye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso o participar en ellos y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de

otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar. (González & De la Hoz, 2011).

La segunda fase o etapa adolescencia media y tardía.

Es el período comprendido entre los 14-15 años hasta los 19 años. Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. (Menacho Chiok, 2010).

En este período, es más marcado el distanciamiento afectivo con los padres. Explora diferentes imágenes para expresarse y para que lo reconozcan en la sociedad, asimismo diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y descubrir la abstracción de nuevos conceptos. El riesgo de vincularse con actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural es mayor durante esta etapa. (Quintana & Hidalgo H., 2003).

La mayoría de las niñas ya habrá llegado a su madurez física y gran parte de ellas habrá llegado al final de la pubertad. Los niños todavía podrían estar desarrollándose físicamente durante esta época. Los trastornos alimentarios también pueden ser comunes especialmente entre las niñas. Durante esta fase, el adolescente está desarrollando sus propias opiniones y

personalidad. Las relaciones con los amigos todavía son importantes, pero también irá adquiriendo otros intereses a medida que establezca un sentido de identidad más definido. La adolescencia media también es un momento importante de preparación para asumir mayor independencia y responsabilidad; la mayoría de los adolescentes empieza a trabajar y muchos se irán de la casa una vez acaben la escuela secundaria. (Rodríguez Rigual, 2003).

La tercera y última fase o etapa es la denominada juventud plena, que sigue a la adolescencia.

Es el período comprendido entre los 19-20 años hasta los 24-25 años. Es el crecimiento físico, mental y emocional; rápido e intenso. Con esta etapa se marca el fin de la pubertad y se abre la puerta hacia la madurez. Este es el momento ansiado esperado por los padres donde ya pueden vislumbrar en sus hijos un estado de equilibrio, mientras que para ellos significa el momento de las oportunidades, el idealismo y las promesas. (Villarruel, Zhou, Gallegos, & Ronis, 2010).

Los adolescentes enfrentan muchos retos y tentaciones, por eso, también es importante mantener una relación positiva de confianza y comunicación abierta, para poder ayudar a que su hijo(a) esté lo más seguro y saludable que sea posible. Recuerde además seguir dando un buen ejemplo durante estos años, ya que los adolescentes están desarrollando códigos morales que moldearán a la persona adulta en que pronto se convertirán. Es importante entender que cada joven es diferente y que atravesará los siguientes cambios de acuerdo a las necesidades de su propio cuerpo.

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va

perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (Schutt & Maddaleno, 2003).

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

2.2.2 Desarrollo

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos. ((CEPAL), 2012)

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales. Al momento de mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal.
- Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcado en el varón
- Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- Al incrementarse la velocidad del crecimiento se cambian las formas y dimensiones corporales, esto no ocurre de manera armónica, por lo que es común que se presenten trastornos como son: torpeza motora, incoordinación,

fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

- Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva.

2.2.2.1 Aspectos psicológicos fundamentales:

- Búsqueda de sí mismos de su identidad
- Necesidad de independencia
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico
- Relación conflictiva con los padres
- Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

Con lo anteriormente referido vemos como los adolescentes están expuestos a riesgos que no es más que la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de unos individuos o de un grupo. Aparecen también otros conceptos como vulnerabilidad que es la potencialidad de que se produzca un riesgo o daño y los factores de riesgo que son considerados como altas probabilidades de daño o resultados no deseables para el adolescente, sobre los cuales debe actuarse.(Florez & Soto, 2011)

2.2.3 Factores De Riesgo

Los factores de riesgo tienen una característica fundamental y es la interrelación marcada entre ellos, en un adolescente pueden coincidir 2 o 3 a la vez, por lo que el conocimiento de estos conceptos y de los factores de riesgo ha dado prioridad a las acciones de promoción y prevención de salud, unido a la necesidad de atención de los adolescentes y jóvenes dentro de la fuerza productiva y social. (Elliott & Feldman, 1991)

- Conductas de riesgo
- Familias disfuncionales
- Deserción escolar
- Accidentes
- Consumo de alcohol y drogas
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas
- Embarazo
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.

2.2.3.1 Factores protectores:

Existen también los factores protectores de la salud que son determinadas circunstancias, características y atributos que facilitan el logro de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social; se pueden clasificar en externos: una familia extensa, apoyo de un adulto significativo, integración social y laboral; los internos son: autoestima, seguridad en sí mismo, facilidad para la empatía.

Estos factores son susceptibles de modificarse y no ocurren necesariamente de manera espontánea o al azar.

- Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia.
- Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- Desarrollo de medio ambiente saludables y seguros para ambos sexos.
- Promoción del auto-cuidado en los dos sexos en relación con la salud reproductiva.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con la escala de valores sociales morales apropiados.
- Promoción de mecanismos que permitan la identificación y refuerzo de la defensa endógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés (Resiliencia) conociendo la capacidad de recuperación ante condiciones adversas que poseen los niños y adolescentes.

Sí se desea alcanzar un futuro saludable se hace imprescindible el desarrollo de los factores protectores, empeño en el cual es fundamental el papel de los adultos y de acciones colectivas de promoción y prevención de salud para otorgarle a este grupo una participación social más activa y protagónica, es decir abrirle el espacio como verdaderos actores sociales, creativos y productivos.

Lo anterior muestra que existen fuerzas negativas, expresadas en términos de daño o riesgos y describe la existencia de verdaderos escudos protectores que harán que dichas fuerzas no actúen

libremente y a veces la transforman en factor de superación de la situación difícil. La familia como unidad social primaria ocupa un papel fundamental en la comprensión del adolescente, a pesar de que la llegada de los hijos a la adolescencia se caracteriza por una crisis transitoria, el apoyo de esta es fundamental aún en situaciones donde no se compartan los mismos puntos de vista, ya que se debe recordar que este adolescente está sometido a varias tensiones.(Elliott & Feldman, 1991)

Las características de la familia en las últimas décadas ha sufrido cambios importantes que están dados esencialmente por la pérdida de la organización patriarcal y un mayor papel de la mujer como centro de esta, disminución del número de sus miembros, menor duración de los matrimonios e incremento de las familias monoparentales, esto unido a que algunas de las funciones que eran de la familia han pasado al estado y a la comunidad. Esto condiciona cambios en su organización y dinámica para dar solución a sus funciones básicas, la familia constituye un sistema de abasto, en términos de ciclo vital y satisfacción de las necesidades económicas, sociales puede llevar a las nuevas generaciones a desempeñarse satisfactoriamente como adultos.

Le corresponde por tanto a la familia garantizar la alimentación, protección, seguridad, higiene, descanso y recreación del adolescente como miembro de esta.

Es importante la atención integral del adolescente, no sólo de las afecciones más frecuentes, sino se debe realizar una evaluación y diagnóstico familiar, le corresponde a la Atención Primaria de Salud ser los protagonistas fundamentales en el equilibrio de la salud comunitaria, debe realizarse la dispensarización de los pacientes, control médico para determinar la presencia de factores de riesgo, enfermedades o secuelas que afecten la salud,

confección de la historia clínica individual, orientación de medidas terapéuticas y de promoción y prevención de salud y la incorporación a círculos de adolescentes promovidos por el médico de la familia y sustentados por los factores de la comunidad integrados en el consejo de salud.(Castañeda García, 2009)

2.2.3.2 Factores asociados

De acuerdo con la extensa literatura sobre el tema, la fecundidad global y adolescente, está determinada por factores próximos y por factores distales. Existen tres grupos de determinantes próximos: aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo (relaciones sexuales heterosexuales dentro o fuera de una unión estable), con la concepción (uso eficiente de métodos de control natal) y con la gestación (terminación exitosa o no del embarazo).

Desarrollos posteriores han incluido la infertilidad posparto y se han centrado en aquellos factores que son determinantes importantes de la fecundidad y que, al mismo tiempo, varían entre grupos poblacionales a saber: inicio de las relaciones sexuales/matrimonio/unión, anticoncepción, aborto e infertilidad posparto. (Armas Díaz, 2012)

Se esperaría que el efecto de la exposición al riesgo de embarazo sea menos importante entre mayor sea la aceptación y el uso de métodos de planificación familiar. Igualmente, entre mayor sea la exposición al riesgo de embarazo y menor sea el acceso a métodos de planificación familiar, mayor sería la importancia del aborto. Sin embargo, la mayoría de los países latinoamericanos es más probable que el embarazo previo a una unión estable termine en matrimonio que en aborto. Los determinantes distales afectan directa o indirectamente la fecundidad a través de los determinantes próximos. Bajo el enfoque ecológico, los factores

distales están presentes en diversos niveles de influencia: factores intrapersonales o individuales (variables socioeconómicas, demográficas y psicológicas), interpersonales (variables de los grupos primarios de referencia como la familia, los pares y la red de apoyo social) y contextuales (variables comunitarias, institucionales y políticas). (Castañeda García, 2009)

2.2.4 Embarazo En La Adolescencia

Se lo define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. La adolescencia es una de las etapas más difíciles para nosotros como seres humanos, ya que es un estado de madurez en donde se busca una madurez, en la que corremos el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en nuestra vida futura.

El embarazo en la adolescencia es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Algunas personas denominan el embarazo adolescente como la sustitución de amor por sexo. Este problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de sexualidad en las escuelas, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo considero que el número de embarazos no deseados en adolescentes sigue siendo elevado. (Guridi González, Franco Pedraza, Guridi Lueges, Cabana Pérez, & Fernández Bekos, 2013)

Existe un número muy alto de embarazos en adolescentes. Las condiciones actuales de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de los jóvenes. No obstante, la escuela y la familia

hacen muy poco por la educación sexual de los niños y adolescentes. La tónica general es el silencio o el disimulo. Ni padres ni maestros hablan sobre el tema. Los jóvenes buscan información en otras fuentes, sobre todo entre los amigos o en lecturas poco serias y nada orientadoras. Adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada con visos de tragedia frente al escándalo de la institución educativa, el rechazo de los padres y el desprecio o la indiferencia de los demás. Sin preparación alguna para la maternidad, llegan a ella las adolescentes y esa imprevista situación desencadena una serie de frustraciones, sociales y personales. Este fascículo se centra en la problemática del embarazo adolescente, como una voz de alerta frente a su alarmante frecuencia, y con la esperanza de contribuir a una más sólida orientación educativa en los hogares y en las escuelas ante las responsabilidades de la sexualidad y de la salud reproductiva.

2.2.4.1 Causas del embarazo en la adolescencia

Existen muchas y muy variadas causas, pero la más importante es la falta de educación sexual. Los padres de familia, muchas veces evaden esta responsabilidad y la dejan a cargo de los maestros. (Noguera O. & Alvarado R., 2007)

Entre otras causas se encuentran también:

- La mala información que tenemos acerca de la sexualidad y métodos anticonceptivos.
- Falta de madurez
- Ignorancia o falta de cultura sexual
- Violación (en algunos casos)
- El temor a preguntar y/o a platicar
- Descuido por parte de los padres (negligencia)
- Carencia afectiva
- Inseguridad

- Baja autoestima
- Falta de control en sus impulsos
- simplemente por curiosidad

Otros factores de riesgo de embarazo pueden ser:

- Las salidas tempranas
- El consumo de alcohol u otras drogas incluyendo el tabaco
- Abandono escolar
- Pocas amistades
- Ser hija de una madre que tuvo su 1er parto a la edad de 19 años o siendo aún más joven.

2.2.4.2 Consecuencias del embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia se relaciona con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para su hijo. (Dres. Svetla Cedillo, Dellán B., & Toro Merlo, 2010)

2.2.4.3 Consecuencias en la madre

- Corre el riesgo de experimentar anemia.
- Preeclampsia y eclampsia.
- Parto prematuro, prolongado o difícil.
- Carga de culpabilidad.
- Mayor probabilidad de divorcio (problemas maritales, unidos a causa del embarazo).
- Desempleo o menor salario
- Riesgo de aborto
- Cáncer de mama
- Riesgos tanto biológicos como psíquicos y sociales.
- Hemorragias

- Infecciones
- Reacción depresiva que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio.
- Genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial.

2.2.4.4 Consecuencias en el bebé

- Presenta bajo peso al nacer
- Suelen ser prematuros
- Malformaciones congénitas
- Problemas de desarrollo
- Retraso mental
- Ceguera
- Epilepsia o parálisis cerebral

2.2.5 Prevención Del Embarazo En La Adolescencia

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de los/as jóvenes. Dar respuesta a la pregunta ¿cómo satisfacer las diversas necesidades de los/las adolescentes?, es un problema que enfrentan padres, prestadores de servicios, educadores y sociedad en general. Pese a la urgente necesidad de satisfacer las demandas de los/as jóvenes, los programas se enfrentan controversias y barreras sociales que limitan la efectividad de los resultados.

La maternidad adolescente tiene una estrecha relación hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en primer lugar porque se da en familias más pobres y es uno de los factores que tiende a profundizar el círculo de pobreza y la

falta de oportunidades, en segundo lugar porque se relaciona con mayor riesgo de mortalidad y morbilidad materno infantil, y en tercer lugar porque se vincula con la deserción escolar de las adolescentes. Es un indicador de la no realización de los derechos sexuales y reproductivos, porque implica falta de acceso a servicios de educación y salud, falta de información, falta de empoderamiento de las adolescentes y lo que es más grave en muchos casos los embarazos son producto de violencia sexual. El embarazo en adolescentes coloca a las madres adolescentes en una perspectiva de exclusión a lo largo de su vida; es un grave problema social en la región que desconcierta, nos preocupa y nos desafía. ((UNFPA), 2013)

La mayoría de los embarazos en la adolescencia (entre los 10 y 19 años de edad) son no deseados. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, en México, la tasa de embarazo de niñas en este rango de edad fue de 79 por cada mil mujeres. Quintana Roo, ocupa el primer lugar de embarazos adolescentes con un 7%, le siguen Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Querétaro, Yucatán y Distrito Federal. Y es que todavía existe entre los adolescentes, la creencia de que se deben tener relaciones sexuales tanto para probar la virilidad del hombre como la fidelidad y lealtad de la mujer al "demostrar amor", lo que es totalmente erróneo. Se calcula que entre el 80 y 90% de las adolescentes sexualmente activas no usan ningún tipo de anticonceptivo, cifra alarmante si consideramos la prevalencia de embarazos no deseados o el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS). (Meraz, 2013)

Las decisiones que cada persona adolescente o joven tome con respecto a su propia sexualidad y los resultados que de estas se deriven, no están estrictamente determinados por elementos de su individualidad; al momento de decidir o tomar una postura, entran en juego varios factores, muchos de ellos sociales, que le

hacen optar por una u otra conducta, lo que contribuye a tener un resultado (favorable o no); por ejemplo, su nivel de educación, su trabajo o labor, la situación económica de sus padres, el vivir en una zona urbana o rural, el ser hombre o mujer, el acceso a la atención en salud, la cercanía o no de adultos significativos, las oportunidades o dificultades que le ofrece el medio, el acceso a sistemas de atención en salud, etc. Estos factores son conocidos como determinantes sociales de la salud y se refieren a las condiciones de vida que impactan en forma positiva o negativa la salud de las personas.

El embarazo durante la adolescencia tiene gran impacto en el desarrollo del país, especialmente por sus implicaciones en la deserción escolar; es así como entre el 20 y el 45% de adolescentes que dejan de asistir a la escuela, lo hacen en razón a su paternidad o maternidad, con lo que se favorecen los círculos de la pobreza, dado que los embarazos tempranos no deseados en ausencia de redes sociales de apoyo, dificultan las oportunidades de desarrollo personal y el fortalecimiento de capacidades, limitan el acceso a oportunidades económicas y sociales e inciden en forma negativa sobre la conformación de hogares entre parejas sin suficiente autonomía e independencia económica para asumir la responsabilidad derivada y el fortalecimiento individual y familiar.

Además de presentar consecuencias negativas en el plano biológico, el embarazo en la adolescencia trae consigo graves riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida; genera deserción y/o discriminación en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, reconfiguración o desviación en los proyectos de vida.(Bracken, 1990)

2.2.6 Repercusiones Psicosociales Del Embarazo No Planeado Durante La Adolescencia

La sexualidad es inherente al ser humano, es parte integral del ser y existe desde la concepción hasta la muerte. Particularmente durante la adolescencia la sexualidad cobra gran significado, se vincula estrechamente con la forma de vida de los/as adolescentes y con la problemática de salud que en ese momento puede presentarse para ellos, como embarazos no planeados ni deseados e infecciones de transmisión sexual.

En la especie humana el período durante el cual un niño(a) debe ser alimentado, protegido y enseñado a sobrevivir es extenso. Padre y madre unidos asumen la responsabilidad del cuidado del nuevo ser. No obstante, los adolescentes no se encuentran completamente preparados para asumir tal responsabilidad. Las consecuencias del embarazo y la crianza se relacionan con aspectos no sólo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden reflejarse sobre la joven madre, el hijo, el padre adolescente, las familias y la sociedad. (Cardy, 1995)

2.2.6.1 La madre adolescente

Los cambios que generan un embarazo se suman a los cambios psicosociales de la etapa adolescente (rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, confusión de su imagen corporal, búsqueda de identidad y aislamiento), por lo tanto se producen temores, desequilibrio emocional, depresión, angustia, somatizaciones, intentos de aborto y en ocasiones de suicidio.

Algunas de ellas contemplan como alternativa el aborto. De decidirlo, enfrentarán problemas económicos (hay que pagarlo), morales (sentimientos de culpa), biológicos (generalmente se

hacen en condiciones insalubres) y legales (está penado por la ley). A lo largo de su vida será una situación que desearán ocultar. Si la joven continúa con el embarazo ocultando su situación, vivirá momentos de gran soledad, tensión, ansiedad e incertidumbre. En el momento en que se haga evidente requerirá tomar decisiones, enfrentar a la familia y a la sociedad.

Algunas veces la tensión se ve incrementada por exigencias del compañero para realizar actos contrarios a sus deseos, como casarse o abortar. La carencia de recursos económicos lleva a la pareja a habitar en casa de los padres o los suegros, generando mayor dependencia familiar debido a que requieren someterse a las reglas familiares. Levine y colaboradores encontraron que 20 años después de haber sido madres adolescentes, las mujeres continuaban recibiendo apoyo de su familia de origen en mayor medida que las mujeres que se embarazaron a mayor edad. Así mismo, las madres adolescentes mencionaron planes a futuro más limitados, menos claros y percibían la maternidad como una situación más difícil. (Fasoli, Parazzini, Cecchetti, & La Vecchia, 1989)

Por tales motivos, al embarazo entre adolescentes lo consideran “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza”. Estas jóvenes tienen más probabilidades de ser pobres, abandonar los estudios, percibir bajos salarios y divorciarse. Las madres solteras también verán limitados sus derechos legales, el acceso a los servicios de salud y fácilmente pueden caer en la prostitución. Comúnmente enfrentan solas las obligaciones debido a que no cuentan con el apoyo económico ni afectivo del padre de su hijo.

2.2.6.2 Los hijos

Las jóvenes que deciden tener a sus bebés en principio buscan darles cuidados y protección. Ante la dificultad económica y las limitaciones que el hijo representa para su vida personal y social,

tienden a desatenderlos por períodos prolongados, generando abandono y maltrato infantil. Con el transcurso del tiempo, puede suceder que el/la hijo(a) se convierta en un obstáculo ante una eventual relación de pareja. Es frecuente que los hijos de adolescentes presenten dificultades de adaptación social y escolar. Algunos problemas comunes son: agresividad, desobediencia, falta de concentración, dificultad para el control de impulso y mayor propensión a cometer actos delictivos. (Kerseru, 1973)

2.2.6.3 El padre adolescente

Para el varón, la situación se presenta diferente. Injusta e irresponsablemente, muchos jóvenes siguen pensando que es obligación de la joven emplear métodos anticonceptivos, así mismo, adoptan una actitud negativa en el uso del condón. Si ocurre un embarazo no planeado, “no es de su incumbencia, ella no se cuidó”. Otros, en un aparente y limitado deseo de colaborar, se ofrecen a pagar un aborto. Sin embargo, muchos hombres que embarazan a una adolescente terminan abandonándola a su suerte. Se ha observado que los adolescentes que responden más favorablemente ante el embarazo de su pareja, son los novios que previo al embarazo mantienen una buena relación con ella y su familia, y cuya perspectiva socioeconómica es más favorable.

2.2.6.4 La pareja adolescente

La pareja que se casa como consecuencia de un embarazo no deseado, tal vez no lo hagan con la persona que hubieran deseado, sino con la que tuvieron que casarse. Esto se traducirá en problemas de relación de pareja y desintegración familiar. Aun en el caso de que la pareja sea la deseada, les queda poco

tiempo para ajustarse a las exigencias matrimoniales, enfrentando súbitamente las obligaciones y compromisos de la paternidad, cuando aún desean jugar y divertirse. Una pareja adolescente puede tener sentimientos de afecto real. Debido al gran cariño que se tienen mantienen vida sexual activa. Sin embargo por la incipiente identidad adulta, es casi seguro que al tiempo se modifiquen sus intereses, deseos, actitudes y afectos. La joven pareja, requiere tiempo para madurar y establecer un compromiso real. De no emplear medidas de control natal, es casi seguro que se verán involucrados en una paternidad temprana no deseada y en matrimonios precipitados que súbitamente los enfrenta con la responsabilidad de cuidar un hijo y un hogar. (Trussell & Ellertson, 1995)

Las características personales del padre y la madre adolescente, así como la calidad de su relación, afectarán sus habilidades como padres y sus posibilidades para continuar con su desarrollo personal. El nivel de satisfacción que tengan como padre/madre también incidirá en la relación con el hijo(a).

2.2.6.5 La sociedad

La maternidad precoz a menudo está asociada con el aumento de la fecundidad durante la vida reproductiva de las mujeres. Esto conduce a un crecimiento de la población más rápido que obstaculiza el desarrollo socioeconómico. Por otro lado, la familia y la sociedad requieren encontrar formas para ayudar a las jóvenes a sostener a sus hijos, convirtiéndose en una carga social adicional.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Aborto.- Es la interrupción activa del desarrollo vital del embrión o feto hasta las 22 semanas del embarazo.

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

Eclampsia.- Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.

Embarazo no deseado.- Es toda gestación que se presenta fuera de los planes conscientes en cualquier miembro de la pareja, por diversas situaciones como: falta de prevención anticonceptiva, uso inadecuado o falla de los métodos anticonceptivos, así como resultado de abuso sexual o de sexo forzado (violación)

Embarazo de alto riesgo.- Embarazo entre los 15 y 19 años de edad por las complicaciones que conlleva en la salud de la madre y el bebé.

Factores protectores.- Son determinadas circunstancias, características y atributos que facilitan el logro de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida, desarrollo y bienestar social.

Factores de riesgo.- En epidemiología es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud

Fecundidad adolescente.- Constituye un componente del patrón reproductivo relacionado tanto con el nivel de la fecundidad total como con las referencias entre grupos sociales, con implicaciones más allá de lo estrictamente demográfico.

Menarca.- Es el término médico de la primera menstruación en una mujer, es decir la primera ovulación lo cual biológicamente

indica que tu cuerpo se prepara para ser madre, ocurren cambios tanto físicos, fisiológicos y psicológicos.

Maternidad adolescente.- Preñez de las mujeres menores de 19 años, edad en la que se considera que termina esta etapa de la vida. Esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional.

Morbilidad.- Es la cuantía de personas que están enferman en un sitio y tiempo determinado.

Mortalidad materna.- Es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global.

Parto prematuro.- Ocurre cuando comienzas a sentir contracciones regulares que hacen que tu cuello uterino (el canal que comunica el útero con la vagina) se empiece a abrir o a adelgazar antes de la semana 37 de embarazo.

Primera fase o etapa de la adolescencia pubertad o adolescencia inicial. Es el período comprendido entre los 11 años, en los niños, o los 10 años, en las niñas, hasta los 14-15 años.

Preeclampsia.- Es una complicación médica del embarazo, también llamada toxemia del embarazo, y se asocia a hipertensión inducida en el embarazo y está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria)

Prevalencia.- proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado

Resiliencia.- Situaciones traumáticas y de estrés.

Segunda fase o etapa adolescencia media y tardía.- Es el período comprendido entre los 14-15 años hasta los 19 años

Tercera y última fase o etapa es la denominada juventud plena, que sigue a la adolescencia. Es el período comprendido entre los 19-20 años hasta los 24-25 años.

TFA.- Tasa de fecundidad adolescente

TFG.- Tasa de fecundidad general.

2.4 MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR 2008

TÍTULO II

DERECHOS

Capítulo segundo

Derechos del Buen vivir

Sección séptima

Art. 32.- La Salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y, el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

TÍTULO VII

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

Capítulo primero

Inclusión y Equidad

Sección Segunda

Salud

Art. 360.- El Sistema garantizará a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención

integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013

Objetivo 3.- Mejorar la calidad de vida de la población.

Política 3.2 Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad y el desarrollo de capacidades para describir, prevenir y controlar la morbilidad.

Política 3.3 Garantizar la atención integral de salud por ciclos de vida, oportuna y sin costo para las y los usuarios, con calidad, calidez y equidad. Política 3.4 Brindar atención integral a las mujeres y a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar comunitario e intercultural.

LEY ORGÁNICA DE SALUD

Título Preliminar Capítulo II

De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades

Art.4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la

aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art.6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información.

TÍTULO II

Prevención y control de enfermedades CAPÍTULO II

De las enfermedades transmisibles

Art.62.- La autoridad sanitaria nacional elaborará las normas, protocolos y procedimientos que deben ser obligatoriamente cumplidos y utilizados para la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes de notificación obligatoria, incluyendo las de transmisión sexual.

Art.64.- En casos de sospecha o diagnóstico de la existencia de enfermedades transmisibles, el personal de salud está obligado a tomar las medidas de bioseguridad y otras necesarias para evitar la transmisión y de conformidad con las disposiciones establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art.66.- Las personas naturales y jurídicas, nacionales y extranjeras, que se encuentren en territorio ecuatoriano deben cumplir las disposiciones reglamentarias que el gobierno dicte y las medidas que la autoridad sanitaria nacional disponga de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional, los convenios internacionales suscritos y ratificados por el país, a fin de prevenir y evitar la propagación internacional de enfermedades transmisibles.

2.5 HIPÓTESIS

La prevalencia de embarazos en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Atacames – Esmeraldas es alta estadísticamente.

2.6 VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

2.6.1 Variable Independiente

Prevalencia de adolescentes embarazadas.

2.6.2 Variable Dependiente

Factores de riesgo.

2.6.3 Variables Intervinientes

Peso, edad, género, talla, estado nutricional, inicio de las relaciones sexuales, estado civil, escolaridad, aspectos socioeconómicos.

2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Independiente Prevalencia	Número de personas enfermas o que presentan ciertos trastornos en una población específica en un momento dado.	En los países desarrollados los datos de embarazos en la adolescencia confirman una relación con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y otras situaciones de inestabilidad familiar y social	Así, un 18 % de las adolescentes entre 15 y 19 años no utilizan métodos anticonceptivos, frente a 10,7 % de mujeres de 15 a 44 años más del 80 % de los embarazos no son deseados 23% tuvieron relaciones sexuales sin protección	Se atribuye el 75 % para el uso efectivo de métodos anticonceptivos y el 25 % de la disminución a las prácticas de abstinencia sexual.

<p>Adolescentes embarazadas</p>	<p>Embarazo que se produce entre la adolescencia o pubertad comienzo de la edad fértil- y el final de la adolescencia</p>	<p>El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no sólo de factores biológicos sino de factores sociales y personales</p>	<p>Menarca temprana Inicio precoz de relaciones sexuales Factores socioculturales Factores socioculturales Familia disfuncional Relaciones sin anticonceptivos Falta de valores Bajo nivel educativo Abuso sexual.</p>	<p>Mortalidad materna y de recién nacidos Parto prematuro Bajo peso Preeclampsia Anemia</p>
<p>Dependiente Factores de riesgo</p>	<p>Variable asociada estadísticamente a una enfermedad o de un fenómeno sanitario</p>	<p>Abuso, violencia, abandono en la infancia y familias disfuncionales</p>	<p>En la madre Ignorancia o falta de cultura sexual Negligencia de los padres Carencia afectiva Curiosidad No control de impulsos Reacción depresiva Culpabilidad Parto prematuro Riesgo de aborto</p>	<p>En el bebé Bajo peso al nacer Prematuros Mal formaciones genéticas Problemas de desarrollo Retraso mental Ceguera Epilepsia o Parálisis cerebral</p>

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Fue de tipo descriptiva, retrospectiva.

Descriptiva.- Ya que estos estudios buscan especificar las propiedades importantes del objeto que es estudiado en este caso las complicaciones materno -neonatales Esta investigación mide o evalúa diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir cuestiones inherentes al objeto de estudio y que por supuesto interesan a los propósitos investigativos. Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables a los que se refieren.

Retrospectiva.- Porque se revisaron las historias clínicas de todas aquellas mujeres embarazadas que realizaron el control prenatal en el Centro de Salud.

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

No experimental u observacional, porque no se manipularon las variables de investigación.

3.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Métodos Teóricos: Permite descubrir en el objeto de investigación las relaciones esenciales y las cualidades fundamentales, no detectables de manera sensoperceptual.

Se aplicaron los siguientes métodos. (Gonzáles, Báez, García, & Ruiz, 2012)

Inductivo - deductivo: al abordar los resultados obtenidos de los estudios bibliográficos y documentales que se realizará, se logrará el desarrollo de la investigación propuesta, con lo cual se desarrollarán los aspectos básicos de la estructuración del cuerpo de la tesis, que se hará realidad con el diagnóstico de la que fue la prevalencia y factores de riesgo de embarazos en adolescentes atendidas durante este trabajo de investigación.

Analítico - sintético: este método está presente a lo largo de toda la investigación, lo que nos ha permitido diagnosticar y sintetizar el presente estudio, siendo utilizado desde la revisión bibliografía y documental del presente trabajo, hasta la formulación de los aspectos teóricos básicos sobre el tema abordado.

Métodos Empíricos: sirvieron para la obtención, estructuración de los datos obtenidos y el diagnóstico. (WordPress, 2014)

Revisión de la documentación: fue meticulosa, en referencia a la importancia, repercusión, y magnitud de la situación a nivel mundial de las complicaciones materno-neonatales que se investigó y el interés que significa para logra conseguir una mejor calidad de vida y disminuir los efectos dañinos que la misma produce en la población.

Observación: este método se aplica en la investigación, por qué el investigador pudo determinar mediante la observación de las historias clínicas de casos de embarazos en adolescentes.

Métodos Estadísticos: Cumplieron una función de mucha importancia en la presente investigación ya que contribuirán a la elaboración, tabulación, procesamiento, análisis y generalizaciones apropiadas a partir de los mismos.

3.4 LOCALIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

Es un cantón situado en la provincia de Esmeraldas, en la costa norte de Ecuador a 30 km suroeste de la ciudad de Esmeraldas. Siendo sus límites al norte el océano pacífico, al sur los cantones Muisne y Esmeraldas, al este el cantón Esmeraldas y al Oeste el cantón Muisne.

Su capital es la ciudad de Atacames. En el censo del noviembre del 2010 la población es de 41.500 habitantes, siendo los afroecuatorianos un grupo muy importante junto a los descendientes de los aborígenes Atacames.

El cantón de Atacames tiene uno de los niveles más bajos de pobreza en toda la ciudad de Atacames es de 8.7% con respecto a la provincia de Esmeraldas. Su principal fuente de economía es el turismo, en torno al cual se desarrollan un sin número de actividades comerciales y de recreación. Es el balneario más visitado del país, tiene una extensión aproximada de 5 a 6 kilómetros. Atacames cuenta con la mayor planta hotelera de la provincia, la que atrae gran cantidad de turistas todo el año.

3.4.1 Caracterización De La Zona De Trabajo

El presente estudio se realizó en el Distrito de Salud Muisne-Atacames, 08D03, anteriormente denominado Área 4 Atacames que fue creado hace 35 años. Es un centro tipo B en el cual se da atención de: Medicina General. Obstetricia, Odontología, Psicología, Además cuenta con servicio de Laboratorio, Ecografías y RX para Odontología. Departamento de Malaria, Inmunización, Estadística, Sala de DOT., Pruebas de Audiometría, Prueba de talón, Epidemiología, Estación de Enfermería, Farmacia.

Brinda una atención las 12 horas los turnos se los obtiene llamando al 171 Call Center tiene la modalidad de agendamiento de citas. La asignación es por consultorio no por profesional. Cuenta con 5 consultorios de Medicina General, 3 consultorios de Obstetricia, 3 de Odontología, 1 de Psicología, Laboratorio clínico, Ecografía y Farmacia que funcionan en 2 turnos.

3.4.2 Período De Investigación

La presente investigación corresponde los años 2009 al 2011.

3.4.3 Procedimiento De La Investigación

Operación de equipos e instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron las fichas clínicas de las pacientes y encuestas. Las historias clínicas utilizadas son las realizadas por médicos y obstetrices en la fecha que se atendió a la paciente y cubren los aspectos de datos de filiación, diagnóstico, tratamiento; las encuestas estas se realizaron a las pacientes en el momento de ingreso a la unidad de salud, sobre aspectos relacionados aspectos socioeconómicos, escolaridad, entre otros.

Los equipos utilizados en el presente estudio fueron: Tallímetro, báscula, entre otros.

3.4.4 Análisis De La Información

El estudio se realizó utilizando la información contenida en las historias clínicas de las pacientes atendidas durante el período de estudio, la misma que será tabulada en cuadros, gráficos, para cada una de las variables en estudio, así como la combinación entre las mismas, para su análisis e interpretación. Se utilizaron indicadores descriptivos y se efectuaron análisis y correlación de variables.

3.4.5 Aspectos Éticos Y Legales

El presente estudio se realizó con la autorización del Gerente del Distrito de Salud 4 de Atacames, Obst. Olger Ruíz. Para la recolección de las historias clínicas, el presente estudio se llevó a cabo con el apoyo de las direcciones generales y técnicas del Distrito de Salud 4 de Atacames de estadística. En lo que respecta al aspecto legal no se infringió ningún fundamento reglamentario en la elaboración de este trabajo, pues se lo hizo sin el uso de algún tipo de referencia o nombres de las personas involucradas.

3.5 UNIVERSO Y MUESTRA

3.5.1 Universo

Todas las pacientes atendidas en el Distrito de Salud 4 Atacames en el período 2009 – 2011.

3.5.2 Muestra

Fue igual al universo considerando los criterios de inclusión/exclusión.

3.6 CITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.6.1 Criterios De Inclusión

- Todas las adolescentes entre 10 a 19 años.
- Todas las adolescentes atendidas durante el período de estudio.
- Todas las adolescentes con información completa.

3.6.2 Criterios De Exclusión

- Adolescentes mayores de 19 años.
- Adolescentes atendidas fuera del período de estudio.
- Adolescentes con información incompleta.

3.7 RECURSOS EMPLEADOS

3.7.1 Talento Humano

Tutor: Dr. Jhony Joe Real Cotto.

Maestrante: Obst. Yuly Amelia Estupiñán Obando

3.7.2 Recursos Físicos

Historias clínicas

Encuestas.

Materiales de oficina

Tallímetro

Báscula

Computador

Impresora

Acceso a internet

Pendrive

Bibliografía

Programa computarizado de Excel, Word, EpiInfo versión 6,04-

Español

Transporte

3.7 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

AÑO	EMBARAZOS	EMBARAZO EN ADOLESCENTES	PREVALENCIA
2009	218	68	31,19%
2010	239	85	35,56%
2011	575	147	25,57%
Total	1032	300	29,07%

Cuadro 1. Prevalencia de embarazo en adolescentes en Atacames-Esmeraldas. Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

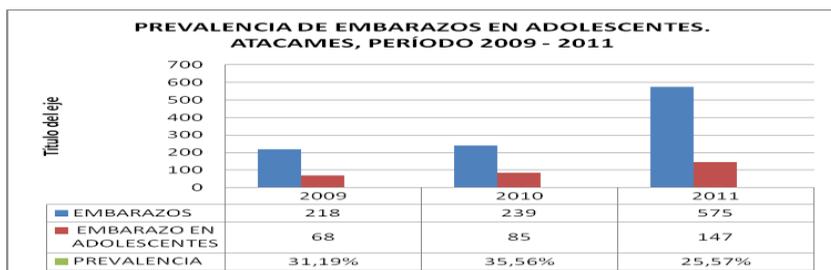


Gráfico 1. Prevalencia de embarazo en adolescentes en Atacames-Esmeraldas. Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis En la determinación de la prevalencia de embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011; se observó el 29,07% de prevalencia de período en relación al total de embarazos, durante el 2009 hubo 31,19%, en 2010 se obtuvo 35,56% y en 2011 el 25,57%. En el que los embarazos en adolescentes año a año se han venido incrementando en número y en atenciones.

Relación de embarazadas adolescentes según edad, estado nutricional, nivel de instrucción, estado civil, ocupación, procedencia

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
10	1	0,30%
12	5	1,70%
13	13	4,30%
14	26	8,70%
15	34	11,30%
16	45	15,00%
17	50	16,70%
18	53	17,70%
19	73	24,30%
Total	300	100,00%

Cuadro 2. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

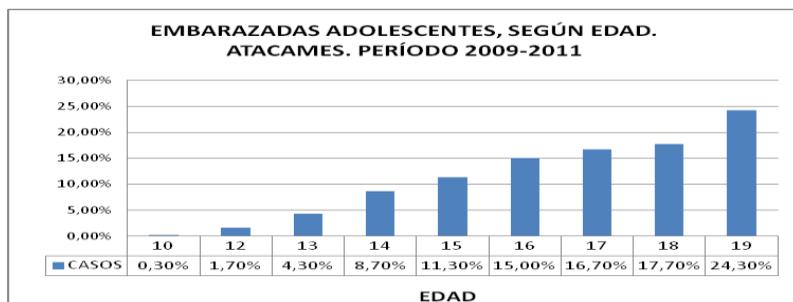


Gráfico 2. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según edad de las usuarias; se observó un rango entre 10 a 19 años, obteniéndose en la edad de 19 años el 24,30%, seguido de 18 años con 17,70%, 17 años con 16,70%, de 16 años con el 15%, entre otras; es decir que entre las edades de 15 a 19 años de edad existen más del 70% de las pacientes, pero cabe mencionar que entre 10 a 13 años de edad existen embarazadas en un 6% .

Embarazadas adolescentes, según Estado nutricional, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

ESTADO NUTRICIONAL	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	113	37,67%
Malo	187	62,33%
Total	300	100,00%

Cuadro 3. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

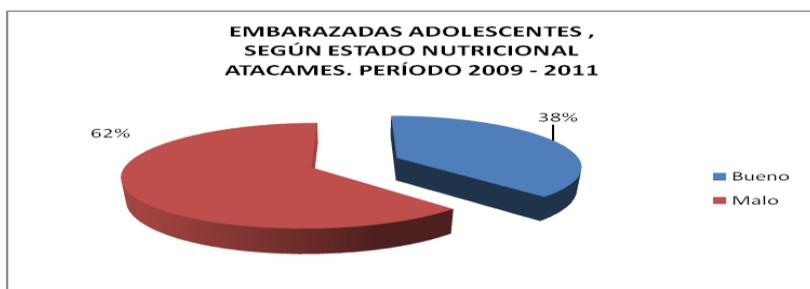


Gráfico 3. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según estado nutricional de las pacientes; se observó que existe un Mal estado nutricional en el 62,33%.

Embarazadas adolescentes, según Nivel de Instrucción, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	14	4,70%
Primaria incompleta	30	10,00%
Primaria completa	58	19,30%
Secundaria incompleta	131	43,70%
Secundaria completa	53	17,60%
Superior	5	1,60%
Sin Información	9	3,00%
Total	300	100,00%

Cuadro 4. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

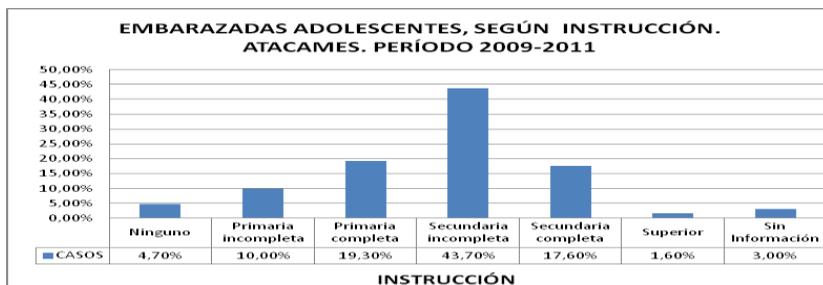


Gráfico 4. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según nivel de instrucción; se observó que la mayoría tenía secundaria incompleta con 43,7%, seguida de Primaria completa con 19,3%, pero existe el 4,7% sin ninguna instrucción, Primaria incompleta con 10%, entre otras.

Embarazadas adolescentes, según Procedencia, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	269	89,70%
Rural	18	6,00%
Sin Información	13	4,30%
Total	300	100,00%

Cuadro 5. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

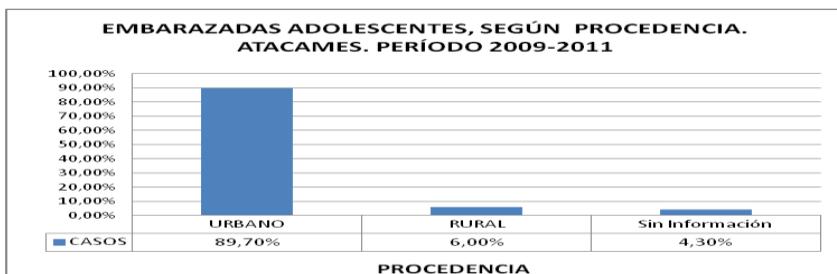


Gráfico 5. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según procedencia de las pacientes; se observó que la mayoría son aproximadamente del sector urbano de Atacames con el 89,7% (Ver Cuadro 5 y Figura 5).

Embarazadas adolescentes, según Ocupación, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

OCUPACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	156	52,00%
Estudia	108	36,00%
Trabaja	24	8,00%
Ninguna	12	4,00%
Total	300	100,00%

Cuadro 6. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

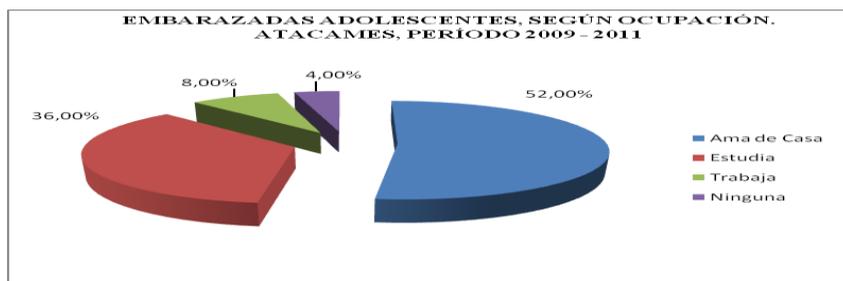


Gráfico 6. Embarazadas adolescentes, según edad. Atacames, Período 2009-2011 Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según ocupación de las pacientes; se observó que mayormente son Amas de casa el 52%, estudia el 36%, Trabaja el 8% y No tiene ninguna ocupación el 4%

FACTORES DE RIESGO EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

GESTAS	Frecuencia	Porcentaje
0	240	80,00%
1	45	15,00%
2	10	3,33%
3	4	1,33%
5	1	0,33%
Total	300	100,00%

Cuadro 7. Embarazadas adolescentes, según gestas, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

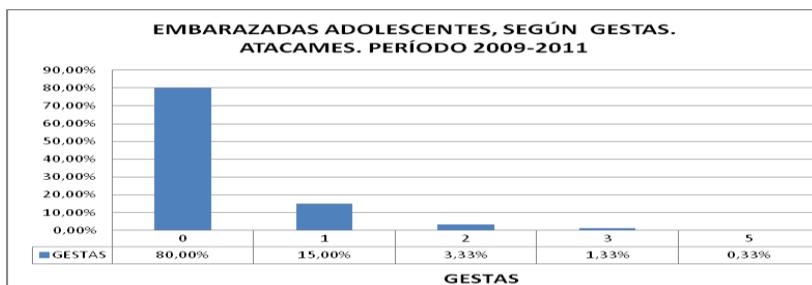


Gráfico 7. Embarazadas adolescentes, según gestas, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según gestas de las pacientes; se observó que mayormente son Nulíparas el 80%, Primigestas el 15%, Secundigestas el 3,33%, entre otros.

Embarazadas adolescentes, según Índice de Masa Corporal, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	139	46,30%
Peso normal	113	37,70%
Sobrepeso	33	11,00%
Obesidad	5	1,70%
Sin Información	10	3,30%
Total	300	100,00%

Cuadro 8. Embarazadas adolescentes, según Índice de Masa Corporal, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

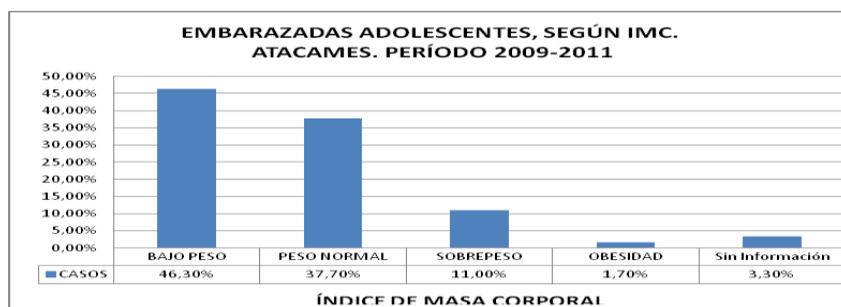


Gráfico 8. Embarazadas adolescentes, según Índice de Masa Corporal, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según Índice de Masa Corporal de las pacientes; se observó que mayormente tuvieron Bajo peso con el 46,30%, Peso normal el 37,7%, Sobrepeso el 11% y 1,7% con Obesidad; es decir con mala nutrición del 62,3%

Embarazadas adolescentes, según Semana de inicio de Control del embarazo, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

INICIO DE CONTROL DE EMBARAZO	Frecuencia	Porcentaje
3	6	2,00%
4	30	10,00%
5	12	4,00%
6	12	4,00%
7	12	4,00%
8	12	4,00%
9	18	6,00%
10	6	2,00%
11	18	6,00%
12	24	8,00%
13	12	4,00%
14	18	6,00%
15	18	6,00%
16	6	2,00%
18	6	2,00%
20	18	6,00%
21	6	2,00%
23	6	2,00%
24	12	4,00%
25	6	2,00%
26	6	2,00%
28	12	4,00%
32	18	6,00%
35	6	2,00%
Total	300	100,00%

Cuadro 9. Embarazadas adolescentes, Embarazadas adolescentes, según Semana de inicio de Control del embarazo., atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

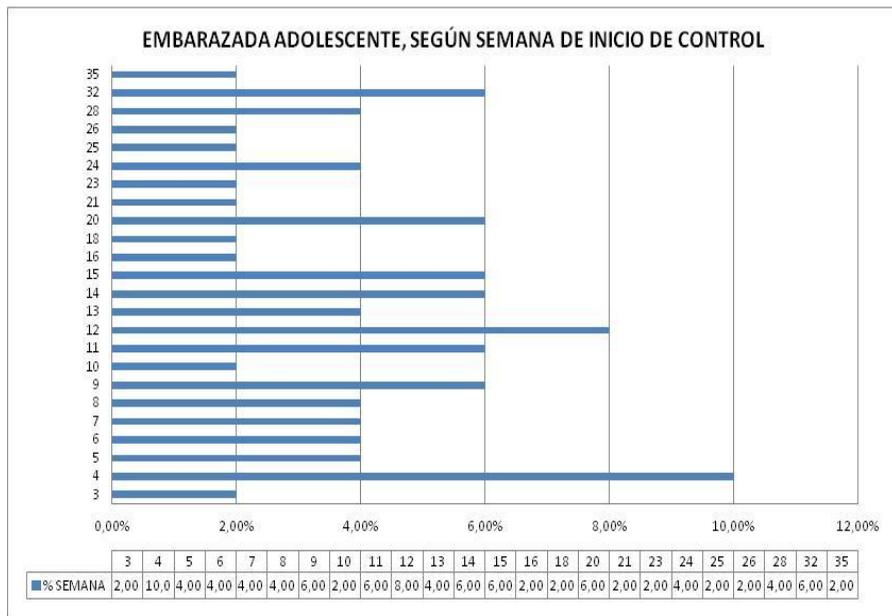


Gráfico.9. Embarazadas adolescentes, Embarazadas adolescentes, según Semana de inicio de Control del embarazo., atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según semana de inicio de control del embarazo de las pacientes; se observó que existe en el Primer trimestre es decir dentro de las 12 primeras semanas iniciaron el control el 50%, en el Segundo trimestre el 38% y en el Tercer trimestre el 12%; cabe indicar, que en la Cuarta semana fue la de mayor frecuencia con el 10% y dentro de las seis primeras semanas el 20% .

Embarazadas adolescentes, según Edad de inicio de relaciones sexuales, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

EDAD DE INICIO DE RELACIÓN SEXUAL	Frecuencia	Porcentaje
11	6	2,00%
12	12	4,00%
13	18	6,00%
14	66	22,00%
15	120	40,00%
16	36	12,00%
17	30	10,00%
18	6	2,00%
19	6	2,00%
Total	300	100,00%

Cuadro 10. Embarazadas adolescentes, Embarazadas adolescentes, según,, según Edad de inicio de relaciones sexuales, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

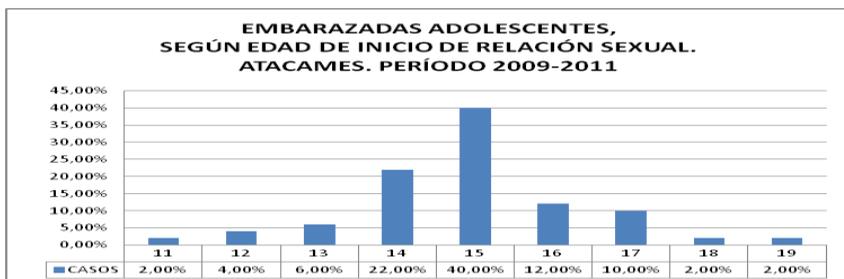


Gráfico. 10 Embarazadas adolescentes, Embarazadas adolescentes, según,, según Edad de inicio de relaciones sexuales, atendidas en el Centro de Salud

de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según edad de inicio de relaciones sexuales de las pacientes; se observó que mayormente fue a los 15 años de edad con el 40%, seguido de la edad de 14 años con el 22%; cabe indicar, que existe un 12% en menores de 13 años y entre las edades de 14 a 16 años está el 74% de las pacientes.

Influencia de Problemas con Padres para embarazo de las adolescentes, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

INFLUENCIA DE PROBLEMAS CON PADRES	Frecuencia	Porcentaje
No	206	68,67%
Si	88	29,33%
Sin información	6	2,00%
Total	300	100,00%

Cuadro 11. Embarazadas adolescentes, Embarazadas adolescentes, Influencia de Problemas con Padres para embarazo s, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autor

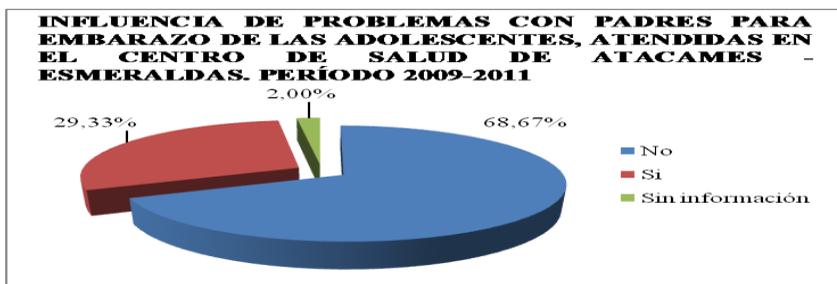


Gráfico11. Embarazadas adolescentes, Embarazadas adolescentes, Influencia de Problemas con Padres para embarazo s, atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según influencia de problemas con los padres para embarazarse; se obtuvo que No existe influencia con el 69% comparado con el 29% que Si existe alguna influencia de los problemas con los padres para embarazarse (Ver Cuadro 11 y Figura 11).

Predisposición del Factor económico para el embarazo en adolescentes. Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

Factor económico	Frecuencia	Porcentaje
Si	54	18,00%
No	246	82,00%
Total	300	100,00%

Cuadro 12. Embarazadas adolescentes, Predisposición del Factor económico, Atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora



Gráfico 12. Embarazadas adolescentes, Predisposición del Factor económico, Atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según predisposición por factor económico para influenciar en su embarazo, se obtuvo que Si tuvo que ver el factor económico el 18% comparado con el 82% que manifestó que No hubo ninguna influencia.

Predisposición del Rendimiento Académico en las embarazadas adolescentes. Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011

RENDIMIENTO ACADÉMICO	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	270	90,00%
Deficiente	30	10,00%
Total	300	100,00%

Cuadro 13. Embarazadas adolescentes, Predisposición del Rendimiento Académico en las embarazadas adolescentes. Atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora



Gráfico 13. Embarazadas adolescentes, Predisposición del Rendimiento Académico en las embarazadas adolescentes. Atendidas en el Centro de Salud de Atacames - Esmeraldas. Período 2009-2011. Fuente: Estadísticas del Centro de Salud de Atacames. Realizado por la Autora

Análisis: En las embarazadas adolescentes atendidos en el Centro de Salud de Atacames, durante el período 2009 – 2011, según Rendimiento académico; se obtuvo que el 90% fuera de Buen desempeño y 10% con un Deficiente rendimiento académico.

4. PROPUESTA

ANTECEDENTES

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

Ecuador posee la tendencia a la fecundidad más alta en la región sub-andina, pues dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. De estas, el 45% no estudia, ni trabaja. La Encuesta Demográfica y de Salud Materno-Infantil sostiene que en el país, dos de cada 10 adolescentes que tienen relaciones sexuales iniciaron sus experiencias entre los 12 y 14 años.

Ante esta realidad, las autoridades de Salud intensifican las campañas de prevención de embarazos prematuros y enfermedades infectocontagiosas como el VIH -Sida. “El adolescente no puede hacer abstinencia, así se le diga que no tenga sexo, igual lo hacen a escondidas y para evitar embarazos es mejor que sepan los métodos de prevención”.

Las adolescentes embarazadas son quienes presentan mayores tasas de desocupación; y por su edad y poca experiencia tienen dificultades para acceder a un empleo formal. Según un informe del MSP, la mayoría consigue trabajo pero de baja productividad, con bajos salarios y sin beneficios laborales.

OBJETIVOS

Realizar una propuesta de intervención para la prevención de adolescentes embarazadas en la ciudad de Atacames.

Objetivos Específicos

Informar, orientar y educar a las-os adolescentes sobre la prevención de embarazos no planificados.

Crear conciencia y mejorar el nivel de educación en temas de prevención del embarazo no planificado y métodos de planificación familiar sobre todo en el uso del preservativo.

Concienciar y brindar asesoría a los padres de familia sobre la importancia de hablar sobre sexualidad con sus hijos.

Estrategia

- a) Capacitación.
- b) Charlas educativas dirigido a las-os estudiantes de los centros educativos.
- c) Club padres de familia en las unidades educativas
- d) Formación de clubes de embarazadas adolescentes.

Actividades

Promoción: Reunión con las maestras-os de las unidades educativas para incentivar la educación sexual.

Sensibilización mediante charlas sobre educación sexual y métodos anticonceptivos a las-os adolescentes de las unidades educativas de forma mensual.

Conformación del club de padres de familia con el tema sexualidad sin misterios ni tabúes.

Conformación de clubes de adolescentes embarazadas para incentivarlas a seguir con sus estudios y el buen uso de los métodos anticonceptivos post parto.

Prevención: Educación sexual para la abstinencia con el fin de estimular a las-os adolescentes jóvenes a retardar el inicio de la actividad sexual y evitar embarazos no deseados.

Informar sobre los métodos anticonceptivos y sobre el buen uso del condón

.

5. CONCLUSIÓN

En esta investigación se revisaron 1032 embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Atacames durante el período 2009 - 2011, de las cuales se obtuvieron 300 embarazadas adolescentes con una prevalencia del 29,07%, la misma que año a año ha venido incrementándose en número de atenciones en adolescentes.

De las embarazadas adolescentes se observó que la mayoría estuvo en edades de 15 a 19 años con 70% pero existe un 6% de embarazadas menores de 13 años, con un mal estado nutricional de 2 por cada 3 pacientes; con un nivel de instrucción bajo que va desde ninguna instrucción a secundaria incompleta, siendo la mayoría del sector urbano, dedicadas a una ocupación de ama de casa del 52% y un 36% estudian.

De acuerdo a factores de riesgos, la mayoría de las adolescentes eran nulíparas con 80% pero el 20% tenían 1 hijo a 3 hijos; de acuerdo al índice de masa corporal presentaron mala nutrición con bajo peso del 46,3%, sobrepeso y obesidad en menor proporción; según el inicio de control del embarazo existió un 50% que comenzó después del segundo trimestre es decir después de la semana 13 hasta la semana 35 de su embarazo; el inicio de sus relaciones sexuales mayormente fue entre los 14 a 16 años en 3 de cada 4 adolescentes, sin que influya algún tipo de problemas con los padres para embarazarse o sea por factor económico, ni tampoco influya en su rendimiento académico.

En conclusión, la prevalencia de embarazos en adolescentes atendidas en el Centro de Salud de Atacames en la provincia de Esmeraldas tiene una proporción elevada estadísticamente, que corrobora la hipótesis planteada en esta investigación.

6. RECOMENDACIONES

Fomentar la continuidad de desarrollar este tipo de investigación para futuros trabajos con el propósito de establecer los factores de riesgo que inciden en las embarazadas adolescentes.

Proporcionar esta información a las Autoridades de Salud, de Educación y padres con la finalidad de efectuar debates sobre el tema y promover dinámicas grupales en la familia de las adolescentes.

La importancia de prevenir el embarazo en adolescentes es una de las metas a seguir por parte de la familia, mediante charlas educativas, informativas, y comunicacionales sobre el tema, dentro de su núcleo familiar y fuera de este para evitar los riesgos que puedan presentarse en su gestación.

BIBLIOGRAFÍA

(s.f.).

(CEPAL), C. E. (2012). *El embarazo en adolescentes aumenta en América Latina*. Quito.

(UNFPA), F. d. (2013). *Prevención de embarazos en adolescentes*. Ecuador.

.Amnistía Internacional . (2009). *Deficiencias fatales: las barreras a la salud materna en Perú* . Madrid: Editorial Amnistía Internacional .

Angulo Vásquez, C. V., Marín Vargas, E. V., & Henríquez Correa, G. E. (2013). Embarazo adolescente, un cambio de hábitos y comportamientos? . *Revista CES Salud Pública.*, 84 - 91.

Ariza Riaño, N. E., Valderrama Sanabria, M. L., & Ospina Díaz, J. M. (12 de Mayo de 2014). Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia. Colombia.

Armas Díaz, B. (2012). Comportamiento del embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Familiar y Atención Familiar y Atención Primaria*.

Ávila Montes, G. A., Barbena García, M., & Arguello Munguía, P. (2011). Factores de riesgos asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela . *Revista médica de Honduras*, 68 - 72.

Ayuso, D. (2012). *La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos .

- Bajo, J. (2009). *Fundamentos de Ginecología*. Madrid: Editorial Médica Panamericana .
- Ballestena, J., & Ballestena, S. (2012). Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. 31 (1):5-29.
- Bernard, E. (2014). *Actualización de los nuevos sistemas educativos*. Madrid: ACCL.
- Blanco Gómez, A. M. (2010). Prevalencia de partos en la adolescencia y factores asociados en el hospital universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia). *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61.2(113-12).
- BOHORQUEZ SANDOVAL, G. C. (2010). *Repositorio Universidad Javeriana*. Recuperado el 1 de Septiembre de 2015, de <http://repository.javeriana.edu.co/bitstream/10554/8748/1/tesis686.pdf>
- Botella, J., & Clavero, J. (1993). *Tratado de ginecología*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos .
- Bracken, M. (1990). Oral contraceptives and congenital malformations in offspring. *A review and Meta- Analysis of the Prospective Studies Obstetrics and Gynecology*, 76: 552-557.
- Cabero, L., Saldívar, D., & Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y medicina materno-fetal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana .
- Cardy, G. (1995). Outcome of pregnancies after failed hormonal postcoital contraception. *An overview of published studies. Contraception*, 21;112-115.

- Caribe, C. (. (2012). El embarazo en adolescentes aumenta en América Latina. *El Tiempo*.
- Carlos García-Caballero, A. G.-M. (2006). *Tratado de pediatría social* .
- Castañeda García, C. M. (2009). Pediatría y Neonatología, Obstetricia, Embarazo en la adolescencia y su relación con el bajo peso al nacer.
- Censo de Población INEC . (1 de Diciembre de 2010). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2013, de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: <http://www.inec.gob.ec>
- Chávez, S., & Távara, L. (2010). *El Derecho a la Planificación Familiar: Una agenda inconclusa en el Perú*. Lima : PROMSEX.
- Cristina, D. M. (1991). Educación permanente en salud. La cuestión metodológica. Modulo II Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 38. OPS-OMS. Buenos Aires, Argentina.
- Díaz, V. (2009). *Metodología de la investigación científica y bioestadística*. Santiago de Chile: RIL Editores.
- Diseases, N. I. (Junio de 2012). EL NKUDIC. *HEALTH INFORMATION*(12-1395S).
- Domínguez Anaya, R., & Herazo Beltrán, Y. (Abril / Junio de 2011). Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. Bogotá, Colombia.

- Dres. Svetla Cedillo, N., Dellán B., J., & Toro Merlo, J. (Diciembre de 2010). Estado nutricional de las adolescentes embarazadas: en relación con el crecimiento fetal. *Obstet Ginecol*, 66(4).
- Ellliott, G., & Feldman, S. S. (1991). *At the threshold the developing adolescent*. Cmbridge Hrvard University Press.
- ESTRADA M., J. H. (2009). *Evaluación de programas educativos para jóvenes, como herramientas de prevención de VIH/SIDA Rev. Fac. Nac. Salud Pública 25(1): 61-70*. Obtenido de SCIELO: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000100005&lang=pt
- Estruch, L. (2011). *Situación Epidemiológica Internacional*. . La Habana : Unidad Nacional de Análisis y Tendencias .
- Fasoli, M., Parazzini, F., Cecchetti, G., & La Vecchia, C. (1989). Post coital contraception. *An overview of published studies. Contraception*, 39;(4) 459-468 y 39(6) .
- Flores, C. E., & Soto, V. E. (2013). *factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en colombia. serie de estudios a profundidad*. Bogotá.
- Flores, C., & Soto, V. (2012). Fecundidad y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. *Revista de salud pública*, 402-414.
- Florez, C., & Soto, V. E. (2011). *Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Series de estudios a profundidad ENDS*. Bogota.

Galdó, G. (2008). *Atención al adolescente*. Santander : Ediciones de la Universidad de Cantabria.

García Caballero , C., & González Meneses, A. (2006). *Tratado de Pediatría Social*. Madrid- España: Daz de Santos.

Gilberto Enrique Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana Obstetricia Ginecología* 2012, 333 - 342.

Gobierno Regional de Ucayali. (2009). *Plan Regional de Igualdad de Oportunidades Ucayali 2009-2013*. Lima : PROMSEX .

Gómez Suárez, R. T., Díaz Álvarez, M., Sainz Rivero, E. R., Gómez Ibarra, K., & Machado Rodríguez, R. (2015). Acciones educativas sobre aspectos de la sexualidad dirigidas a adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*. , 57 - 66.

Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Córdoba: Brujas.

Gómez, P., Molina, R., & Zamberlin, N. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe* . Lima: FLASOG.

González, J., & De la Hoz, F. (2011). Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba-Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 13(1) 67-78.

Google Maps. (22 de Enero de 2015). *Google Maps*. Recuperado el 6 de Junio de 2015, de Google Maps: <https://www.google.com.ec/maps/place/Pancho+Jacome/@->

2.1308513,-
79.945152,17z/data=!3m1!4b1!4m2!3m1!1s0x902d72c1c555
5555:0xf82994e0600fadb7

Guridi Gonzalez, M., Franco Pedraza, V., Guridi Lueges, Y. A., Cabana Pérez, D., & Fernández Bekos, A. P. (2013). Funcionamiento y repercusión familiar en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico de Calabazar. *Revista psicológicacientífica.com*, 15.

Gurrea, J. (1985). *La sexualidad: sexo, embarazo y contracepción en la adolescencia*. Barcelona : Montesinos Editor .

Herasme Melo, J. (2013). INVESTIGACIÓN SOBRE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN EL BARRIO CASANDRA de BARAHONA. *Villa Central Al Día*.

HEYMAN, D. (2005). El Control de las Enfermedades transmisibles. *Decimo octava*, 105-106. Washington, EUA: OPS.

Heymann, D. L. (2004). *El control de las enfermedades transmisibles* .

Holguín M, Y. P., Mendoza T, L. A., Esquivel T, C. M., Sánchez M, R., Daraviña B, A. F., & Acuña P, M. (2012). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *La Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, pp.209-219.

INEC . (1 de Diciembre de 2010). *Anuario de Estadísticas Vitales INEC 2010*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2013, de Anuario de Estadísticas Vitales INEC 2010: <http://www.inec.gob.ec>

INEC. (5 de Enero de 2015). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Recuperado el 4 de Mayo de 2015, de INEC: http://inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495%3Aamas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es

Internacional, S. E. (2011). *Vigilancia en Salud Pública* .

Issler, J. R. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Postgrado e la cátedra V la Medicina*, 11-23.

Jiménez, M., Aliaga, L., & Rodríguez, J. (2011). Una mirada desde América Latina y el Caribe al objetivo de desarrollo del milenio de acceso universal a la salud reproductiva, serie población y desarrollo. *CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía)*(97).

Kerseru, E. (1973). Contraception. *Postcoital contraception with D Norgestrel*, 7(5) 367-379.

La Rosa, L. (2008). *Modelos de atención de salud para adolescentes en el sector público: Estudio de diez experiencias en el Perú*. Texas: Universidad de Texas .

León, P., Minassian, M., Borgono, R., & Dr. Bustamante, F. (2009). *Revista Pediatría WElec.*, 5(1), 42.

Madkour, A., Farhat, T., Halpern, C., Godeau, E., & Gabhainn, S. (2010). A comparative study of five nations. *J adolesc health*. *Early adolescent sexual initiation as a problem behavior*, 47(4): 389-398.

- Martínez Pérea, R., & Rodríguez Esponda, E. (2015). *Manual de Metodología de la Investigación Científica*. La Habana: PDF created with pdfFactory Pro trial version .
- Mejía, G. (2006). *SALUD Y SEXUALIDAD: Guía didáctica para adolescentes*. San José: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
- Menacho Chiok, L. P. (2010). *Embarazo adolescente*. Información de la universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), Perú.
- Mendoza T., L., Arias G., M., Pedroza P., M., Micolta C., P., Ramirez R, A., & Cáceres G., C. (2013). Actividad sexual en adolescencia temprana. Problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(3).
- Meraz, L. (2013). Prevención del embarazo. *Salud*.
- .Noguera O., N., & Alvarado R., H. (2007). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista colombiana de enfermería*, 7 (151-160).
- OMS . (23 de Mayo de 2013). *Organización Mundial de la Salud* . Recuperado el 5 de Mayo de 2015, de OMS : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- OMS. (2014). El embarazo en la adolescencia. *Organización Mundial de la Salud*, 364.
- OMS. (24 de Septiembre de 2014). *Organización Mundial de la Salud* . Recuperado el 4 de Mayo de 2015, de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

- OMS. (2015). Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
<http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
- Paván, G. (2001). *La maternidad adolescente desde la perspectiva de sus protagonistas* . Caracas: Comisión de Estudios de Postgrado, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela .
- .Portela Veloso, L. U., & de Souza Monteiro, C. F. (2013). Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 1 - 9.
- Quintana, A., & Hidalgo H., C. (2003). *Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú: IES y Washington DC: Avocates For Youth*.
- Ramírez Aranda, J. M. (2015). Factores de protección y riesgo asociados al embarazo en la adolescencia. Estado de Nuevo León, México.
- Reece, A., & Hobbins, J. (2010). *Obstetricia Clínica* . Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana .
- Rius Diaz, Francisca. (1997.). *Bioestadística, Métodos y Aplicaciones*. Málaga, España: Universidad de Málaga., Servicio de Publicaciones e intercambio científico.
- Rizo, M. (2002). *Apuntes de Enfermería - Temas complementarios*. San Vicente Alicante: Club Universitario.
- Rodríguez Rigual, M. (2003). Necesidad de creación de unidades de adolescencia. *An Pediatr(Barc)*, 58 (Supl 2): 104-6.

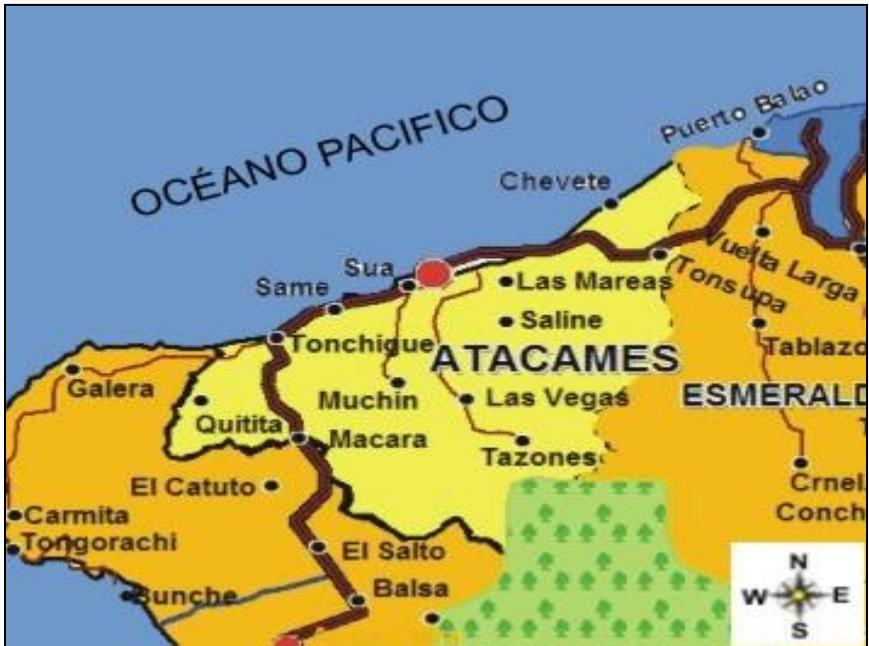
- Rodríguez, J., Macías, J., Ania, J., Sobrá, S., & Ochoa, O. (2007). *Matronas del Servicio Gallego de Salud*. Sevilla: Editorial MAD.
- Romo Rodríguez, S., & Sisa, I. (Mayo de 2013). Embarazo Adolescente. Quito, Ecuador.
- Saavedra, M. (2008). *Cómo entender a los adolescentes para educarlos mejor*. México, D.F. : Editorial Pax México .
- Saban, C. (2009). *¿Cuánto vales como mujer?: Una guía para ratificar tu valor* . Carlsbad: Hay House .
- Sabino, C. (2005). *El proceso de la investigación*. Caracas: Panapo.
- salud, e. (2006). *enciclopedia salud.com*.
- Schutt, A., & Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas implicaciones en programas y políticas. *OPS Washington, DC*.
- Smetana, J., Campione- Barr, N., & Metzger, A. (s.f.). Adolescent Development in Interpersonal Societal contexts. *Annals Review of Psychology*, 57, 255, 84.
- Suazo, M. (2012). *Población, pobreza y desigualdades en América Latina. Normas y Procedimientos para la atención integral de Salud a Adolescentes*. Ecuador.
- Trussell, J., & Ellertson, C. (1995). Efficacy of emergency contraception. *Fertility control reviews*, 4;(2) 8-11.
- UNICEF. (2008). *El Estado de la infancia en América Latina y el Caribe 2008*. Ciudad de Panamá : Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia .

- Urbandt, P., & Bostianic, M. (2007). *Esterilización Femenina Y Derechos Reproductivos: Libertad de acción vs. libertad de decisión* . Mar de Plata : Eudem .
- Uriza, G. (2007). *Planificación Familiar* . Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana .
- Vargas Centanaro, G. (2014). *Universidad de Navarra. edu*. Recuperado el 1 de Septiembre de 2015, de Universidad de Navarra. <http://www.unav.edu/documents/29044/3856037/P9.T3-M+Vargas+Centanaro,%20Gianna+poster+TFG.pdf>
- Villalobos Hernández, A., Campero, L., Suárez López, L., Atienzo, E. E., Estrada, F., & De la Vara Salaza, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México* , 135 - 143.
- Villarruel, A., Zhou, Y., Gallegos, E., & Ronis, D. (2010). Examining long-term effects of cuidate a sexual risk reduction program in Mexican you. *Panam salud pública*, 27(5) 35-51.
- Wikipedia. (13 de Agosto de 2015). Recuperado el 18 de Agosto de 2015, de https://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo
- Wikipedia la, E. (s.f.). *Embarazo adolesecente*. Recuperado el 24 de octubre de 2014, de http://www.wikipedia.org/wiki/embarazo_adolescente
- wikipedia. Enciclopedia Libre. (29 de agosto de 2015). *wikipedia. Enciclopedia Libre*. Obtenido de wikipedia. Enciclopedia Libre: https://es.wikipedia.org/wiki/Factor_de_riesgo

Yáñez, E. (2009). *Fundamentos de Reproducción* . Madrid: Editorial Medica Panamericana .

ANEXOS

Anexo 3. Situación geográfica de Atacames



Fuente: www.google.com.ec

Anexo 4. Club de padres de familia.



**Fuente: La autora.
Padres de familia del Colegio mixto Atacames.**



**Fuente: La autora.
Padres de familia del Colegio mixto Atacames**

Anexo 5. Charlas educativas a las-os estudiantes de las unidades educativas en Atacames – Esmeraldas.



Fuente: La autora.
Estudiantes del Colegio mixto Atacames.



Fuente: La autora.
Estudiantes del Colegio mixto Atacames.



Fuente: La autora.
Estudiantes del Colegio Zoila Ugarte.



Fuente: La autora.
Estudiantes de los Colegios: Casa abierta sobre prevención de embarazo en adolescentes.



**Fuente: La autora.
Estudiantes del Colegio UNE.**

Anexo 6. Charlas educativas con el club de las adolescentes embarazadas, Atacames – Esmeraldas.



Fuente: La autora.
Club de adolescentes embarazadas.



Fuente: La autora.

Club de adolescentes embarazadas.



Fuente: La autora.
Club de adolescentes embarazadas.

Anexo 7. Charlas educativas con el club de las-os adolescentes, Atacames – Esmeraldas.



Fuente: La autora.
Club de adolescentes.

Anexo 8. Oficio de Aprobación para Ejecución de la Investigación.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ÁREA DE SALUD #4 ATACAMES
ESMERALDAS - ECUADOR
UNIDAD DE PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.
REPRESENTANTE DEL PROYECTO ENIPLA.

Uth Bo. a Proctor de acuerdos de Investigación de 13-08-2012

Atacames, 13 de agosto del 2012.

Señor.
Obstetra Olger Ruiz.
Gerente del Área de Salud 4.

De mi consideración

En su Despacho:

Por medio del presente, solicito el permiso respectivo para realizar mi anteproyecto de tesis para lo cual necesito que se me faciliten los concentrados mensuales, partes diarios, historias clínicas de embarazadas adolescentes atendidas desde el año 2009 al 2011.

El tema de mi anteproyecto es:

INCIDENCIA DE EMBARAZO Y PARTO EN ADOLESCENTES. DE LA ZONA SUR ATACAMES. PRIMER TRIMESTRE DEL 2012.

El tema que había presentado se modificó:

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE ATACAMES – ESMERALDAS. 2009 – 2011

Sin otro particular me suscribo de Usted.

Atentamente

Obst. Yuly Estupiñán.

B: 20 AY.
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
 ÁREA DE SALUD 4 ATACAMES
13/08/12

Rafael Palacios y Olmedo. Tlfnos. 2731-353; 2731-484 Fax. 2731-311
Email: Area4@dpsesmeraldas.gob.ec

Anexo 9. Oficio de Aprobación para Ejecución de las encuestas.


Ministerio de Salud Pública

La Patria y su gente Todos!

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE ESMERALDAS
DIRECCIÓN DISTRITAL ORDÓMBUISNE-ATACAMES-SALUD
ÁREA DE SALUD # 4 ATACAMES



Atacames, 27 de marzo del 2014.

Señora.
Dra. Sazquia Lastra.
Gerente Distrital del Área de Salud # 4 ATACAMES

De mi consideración

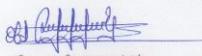
En su Despacho:

Cordiales saludos, por medio del presente pido muy comedidamente a quien corresponda me brinden las facilidades para realizar una encuesta a las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad.

Esta encuesta se realizara con el objetivo de observar la prevalencia de adolescentes embarazadas en el CS Atacames.

Por la atención a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente.


Obst. Yuly Estupiñán.

RECIBIDO 27 MAR 2014
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ÁREA DE SALUD # 4 ATACAMES
16:30