



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**La Universidad Católica de de Loja**

**DIPLOMADO EN DESARROLLO LOCAL Y SALUD**

**MODALIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA**

**INFLUENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES Y SUS  
REPERCUSIONES EN LA SOCIEDAD EN EL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE, ÁREA 4  
YANUNCAY, CUENCA ECUADOR, ENERO – JULIO 2010.**

Proyecto de investigación previo a la  
obtención del título de Diploma  
Superior en Desarrollo Local y Salud

**Autor :** Md. Víctor Hugo Freire Palacios

**Director:** Mgs. Luis Humberto Chacón Quizhpe.

Cuenca – Ecuador

2011

## **CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR**

**Mgs. Luis Humberto Chacón Quizhpe.**  
**DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**CERTIFICA:**

Que el presente trabajo de investigación realizado por el estudiante: Víctor Hugo Freire Palacios, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, ajustándose a las normas establecidas por la Universidad Técnica Particular de Loja; por lo que autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

Cuenca, Abril 13 del 2011.

f) .....

**Mgs. Luis Humberto Chacón Quizhpe.**  
**DIRECTOR**

## **AUTORÍA**

Yo, Víctor Hugo Freire Palacios, como autor del presente trabajo de investigación, soy responsable de las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en la misma.

f).....

**MD. VICTOR HUGO FREIRE PALACIOS**

**C.I.: 0602425944**

## **CESIÓN DE LOS DERECHOS**

Yo Víctor Hugo Freire Palacios, declaro conocer y aceptar la disposición del Art.67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

Cuenca, Abril 13 del 2011

-----  
**MD. VÍCTOR HUGO FREIRE PALACIOS**

**C.I: 0602425944**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi eterna gratitud a quienes han apoyado esta etapa de crecimiento en mi formación profesional: a mi familia por su apoyo, a la comunidad educativa de la Universidad Técnica Particular de Loja, por la enseñanza inculcada, a mi director del proyecto de investigación, por el tiempo invertido en mi trabajo.

.....  
**MD. VICTOR HUGO FREIRE PALACIOS**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación, representa todos los esfuerzos y sacrificios para cumplirlo, lo dedico a todas las mujeres adolescentes embarazadas, que son quienes se sienten y actúan como corresponsables y protagonistas en la construcción de un mundo más justo para sus hijos, solidario y comprensivo.

.....  
Md. Víctor Hugo Freire Palacios

## **RESUMEN**

**OBJETIVO:** Evaluar la influencia del embarazo en las adolescentes en los aspectos psicológico, emocional, físico, social y académico, así como conocer las razones que influyen en las adolescentes a quedar embarazadas y así poder establecer recomendaciones para evitar un embarazo a temprana edad en las adolescentes que acuden al Centro de Salud Carlos Elizalde, Yanuncay Cuenca Ecuador en el periodo de Enero – Julio 2010.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La investigación se ubica en los niveles explicativo y descriptivo; identificando el por qué de un embarazo precoz mediante el establecimiento de relaciones causa y efecto y su influencia en el comportamiento de las adolescentes. Se realizó la recolección de datos con la utilización de una encuesta con 21 preguntas, una vez obtenidos los datos de las encuestas, se procedió a analizar los mismos en el programa estadístico SPSS 19.0 para Windows, utilizando la estadística descriptiva e inferencial.

**RESULTADOS:** La edad promedio de embarazo fue 16.75 años y su edad promedio de inicio de vida sexual activa es de 16.10 años, en el caso de su primera relación sexual el 70%(14) no utilizó ningún método anticonceptivo, el primer apoyo que busca la madre adolescente al saber de su estado de gestación en un 45%(9) es su pareja, la misma que en un 70%(14) no acepta la paternidad. El impacto psicoemocional en un 100%(20) fue negativo y su primer pensamiento fue en un 80%(16) en abortar. Referente a las razones para quedar embarazada en un 75%(15) indican el no uso de los métodos anticonceptivos. En el aspecto escolar el 50%(10) de las adolescentes presentó deserción escolar, siendo la causa más común con un 30%(3) la Prohibición de la institución educativa por el estado de gestación.

**CONCLUSIÓN:** Las adolescentes en un 85% tienen conocimiento previo de los métodos anticonceptivos, sin embargo al tener su primera relación sexual el 66.7% no utilizó ningún método. Al conocer de su estado de gestación, influyó negativamente en un 100% en su vida, por lo que su primer pensamiento fue en un 80% en abortar.

**PALABRAS CLAVE:** Embarazo adolescente, instrucción, aborto

**ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To evaluate the influence of the pregnancy in the adolescents in the psychological, emotional, physical, social and academic aspects, as well to know the reasons that influence in the adolescents to be pregnant and this way to be able establish recommendations avoid pregnancy to early age in the adolescents that go to the Center of Health Carlos Elizalde, Yanuncay Cuenca Ecuador in the period of January-July 2010.

**MATERIAL AND METHODS:** The investigation is located in the explanatory and descriptive levels; identifying the why of a precocious pregnancy by means of the establishment of relationships cause and effect and its influence in the behavior of the adolescents. Carried out the gathering of data with the use of a survey with 21 questions, once obtained the data of the surveys, you proceeded to analyze the same ones in the statistical program SPSS 19.0 for Windows, using the descriptive statistic and inferencial.

**RESULTS:** The age pregnancy average was 16.75 years and the age average of beginning of active sexual life is of 16.10 years, in the case of the first sexual relationship the 70%(14) it didn't use any birth-control method, the first support that the adolescent mother looks for to the knowledge of her gestation state in a 45%(9) she is her couple, the same one that in a 70%(14) he doesn't accept the paternity. The impact psicoemocional in a 100%(20) it was negative and her first thought was in a 80%(16) in miscarrying. With respect to the reasons to be pregnan in a 75%(15) they indicate the not use of the birth-control methods. In the school aspect the 50%(10) of the adolescents it presented school desertion, being the cause more common with a 30%(3) the Prohibition of the educational institution for study in gestation state.

**CONCLUSION:** The adolescents in 85% have previous knowledge of the birth-control methods, however when having their first sexual relationship, 66.7% didn't use any method. When knowing of their gestation state, it influenced negatively in 100% in their life, for what their first thought was in 80% in miscarrying.

**KEY WORDS:** adolescent Pregnancy, instruction, miscarrying.

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

|  |      |
|--|------|
| CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR.....            | II   |
| AUTORÍA.....                               | III  |
| CESIÓN DE LOS DERECHOS.....                | IV   |
| AGRADECIMIENTOS.....                       | V    |
| DEDICATORIA.....                           | VI   |
| RESUMEN.....                               | VII  |
| ABSTRACT.....                              | VIII |
| INDICE DE CONTENIDOS.....                  | IX   |
| <b>CAPÍTULO I</b>                          |      |
| 1.1. Introducción.....                     | 10   |
| <b>CAPÍTULO II</b>                         |      |
| 2.1. Planteamiento del problema.....       | 12   |
| 2.2. Objetivos.....                        | 13   |
| <b>CAPÍTULO III</b>                        |      |
| 3.1. Marco Teórico.....                    | 14   |
| 3.1 Hipótesis .....                        | 42   |
| <b>CAPITULO IV</b>                         |      |
| 4.1. Aspectos metodológicos                |      |
| 4.1.1. Tipo de Investigación.....          | 43   |
| 4.1.2. Población y muestra.....            | 43   |
| 4.1.3. Materiales y métodos.....           | 44   |
| 4.1.4.Operacionalización de Variables..... | 45   |

**CAPITULO V**

|  |    |
|--|----|
| 5.1. Resultados y Análisis.....  | 49 |
| 5.1.1 Resultados Descriptivos.....   | 49 |
| 5.1.1.1 Resultados de características demográficas.....                    | 49 |
| 5.1.1.2 Antecedentes ginecológicos y obstétricos.....                      | 50 |
| 5.1.1.3 Resultados de condición económica y familiar.....                  | 51 |
| 5.1.1.4 Resultados de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva...52 |    |
| 5.1.1.5 Resultados del impacto físico y psicoemocional del embarazo.....   | 54 |
| 5.1.2 Resultados analíticos.....   | 56 |
| 5.1.2.1 Conocimiento y el uso de los métodos anticonceptivos.....          | 56 |
| 5.1.2.2 Apoyo familiar y el pensamiento de aborto.....                     | 56 |
| 5.1.2.3 Paternidad aceptada y el pensamiento de aborto.....                | 57 |
| 5.1.2.4 Condición económica y el pensamiento de aborto.....                | 58 |
| 5.1.2.5 Grupo de edad y el conocimiento de los MAC.....                    | 59 |
| 5.1.2.6 Nivel de instrucción e inicio de vida sexual activa.....           | 60 |
| 5.1.2.7 Condición económica e inicio de vida sexual activa. ....           | 60 |
| 5.2. Discusión.....  | 62 |

**CAPITULO VI.**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| 6.1. Conclusiones.....          | 65 |
| 6.2. Recomendaciones.....       | 68 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 73 |
| ANEXOS.....                     | 77 |

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCION**

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, en la actualidad se considera como una etapa donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que, cada vez sea más necesario dedicarles una mayor atención, pues se producen importantes transformaciones de diversa índole que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

En los adolescentes, la evolución del desarrollo biológico se ha ido separando progresivamente del psicológico y social pues se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que les permite ser madres a edades tan tempranas como los 11 años. La madurez psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser autosuficiente en ambos sentidos.

Las profundas transformaciones que matizan este tránsito de la niñez a la adultez, cursan con características diferentes en dependencia de la edad. En la llamada adolescencia temprana (10 a 15 años), aparecen los caracteres sexuales secundarios, hay fantasías sexuales a lo cual se añade el inicio precoz de las relaciones sexuales y su práctica sin protección. La adolescencia media y tardía (15 a 19 años), se caracteriza por ser una etapa donde aumenta la experimentación sexual que, al igualmente puede dar lugar a un embarazo.

En los últimos años hemos asistido a lo que se ha dado en llamar "revolución sexual", lo cual evidencia un inicio precoz de las relaciones sexuales en menores de 14 años.

El estudio de poblaciones adolescentes ha demostrado que las relaciones sexuales en las mismas comienzan como promedio a los 12 y 13 años. Es frecuente que las adolescentes sean ignorantes respecto a los riesgos y el daño que pueden significar las relaciones sexuales desordenadas.

La maternidad en las adolescentes significa riesgo para la salud de ellas y de sus hijos, desde que comienza, pues la mayoría de las veces son embarazos no planificados y no deseados.

En el hecho de la salud, la fecundidad presenta aun mayores riesgos asociados, tanto para la adolescente como para su hijo si un embarazo irrumpe en circunstancias adversas como carencias nutricionales y enfermedades, o en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquia, por esta razón aquellos que se inician en los primeros 5 años postmenarquia adquieren especial prioridad pues conllevan situaciones que pueden atentar a la salud de la madre y de su hijo, y constituirse en un problema no solo presente, sino también futuro.

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer y, en el caso de los jóvenes, la maternidad precoz limita en alto grado las oportunidades de educación y empleo.

En Latinoamérica, el incremento de la reproducción se ve más frecuente en mujeres jóvenes, económicamente comprometidas y dependientes.

Además se han descrito como peligros médicos a los que se expone la gestante adolescente: toxemia, anemia, E.T.S., desnutrición, mayor mortalidad infantil, perinatal y materna, mayor número de distocias (cesáreas, fórceps, etc.) y multiparidad precoz.

Este estudio tiene como meta, el conocer el estado de la salud sexual y reproductiva en las adolescentes del centro de Salud Carlos Elizalde del Área 4 Yanuncay, y conjuntamente con el departamento de Psicología, idear una estrategia que permita disminuir las implicaciones orgánicas y psicológicas del embarazo en las adolescentes.

La investigación se ubica en los niveles explicativo y descriptivo; se encarga de buscar el porqué de un embarazo precoz mediante el establecimiento de relaciones causa y efecto y determinar qué influencia tiene en el comportamiento de las adolescentes.

## **CAPÍTULO II**

### **2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La adolescencia y sus cambios involucran el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados, que al ser expresados generan disgustos y rechazos por parte de los adultos, así como temor por parte del adolescente. Esta situación dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada favoreciendo el aumento de una actividad sexual temprana, con riesgos de abortos y embarazos.

En la actualidad el embarazo adolescente ha sido calificado como un problema de salud pública, ya que en los últimos años se ha presentado un incremento del número de jóvenes que son madres antes de cumplir 18 años según la Organización Mundial de la Salud.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

Este problema constituye un obstáculo para lograr el desarrollo social, trayendo como consecuencia que un alto porcentaje de estas jóvenes tengan que abandonar o retrasar sus estudios y adentrarse en roles que no corresponden a su edad y para los cuales no están preparadas.

Esto incide en el crecimiento de la pobreza en el país, además de un crecimiento demográfico descontrolado, deserción escolar, desnutrición infantil, entre otros factores que no son nada provechosos para el desarrollo del país que queremos. Por todo lo expuesto se propone conocer: ¿Cuáles son las causas y demás consecuencias que provoca el embarazo en adolescentes?

### **2.2. OBJETIVOS**

**GENERAL:**

Evaluar la influencia del embarazo en las adolescentes que acude al Centro de Salud Carlos Elizalde, Yanuncay Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010.

**ESPECÍFICOS:**

1. Conocer las afecciones a nivel psicoemocional y su influencia en el desarrollo académico de las adolescentes.
2. Determinar las razones que inciden en las adolescentes a quedar embarazadas.
3. Conocer subjetivamente el impacto físico, emocional y social del embarazo.
4. Establecer recomendaciones para evitar el embarazo en las adolescentes.

### **3.1. MARCO TEÓRICO**

La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura, (1).

En el caso del embarazo adolescente el punto de partida es considerar que se trata de un problema social, pues cuando una adolescente se embaraza, toda la sociedad debe movilizarse; e individual, porque afecta el desarrollo de las mujeres y hombres adolescentes, en el sentido de que se ven abocadas/os a nuevas situaciones que truncan o modifican sus proyectos de vida, en torno especialmente a estudiar, recrearse, profesionalizarse y realizar su metas personales, (2).

Existen debates alrededor de lo propuesto anteriormente, sin embargo, hay consenso en que un evento no esperado, en las condiciones sociales-económicas y culturales que vive el Ecuador y la Región Andina, no es un escenario que brinde las mejores oportunidades para que los y las adolescentes puedan vivir su embarazo en buenas condiciones. De hecho, las voces juveniles establecen que cuando una adolescente se embaraza, muchas veces enfrentan solas el problema, pues ni ella, ni su pareja, ni sus padres o madres, así como tampoco los servicios públicos (educación y salud) tienen suficientes elementos para abordar y apoyar a la joven que enfrenta un embarazo. (3).

La prevención del embarazo adolescente tiene que abordar la sexualidad, pues en la sociedad existen diversas instancias que influyen en las prácticas sexuales en forma contradictoria, y por tanto afectan en la forma en que la sociedad aborda el embarazo en adolescentes, así: (4).

Los medios masivos suscitan un imaginario colectivo desligado de una construcción cultural erótico-afectiva. En ese sentido, promueven imaginarios contradictorios,

duales con una doble moral, que se caracteriza por promover el erotismo ligado al consumo en donde la mujer y las adolescentes son vistas como objetos de deseo y sin embargo, no ayudan a mirar el embarazo en adolescentes en forma integral mas bien fortalecen los estereotipos que desvalorizan a las adolescentes y no permiten la asunción de responsabilidades desde los diferentes sectores sociales (los adolescentes, integrantes de las familias, sector público – salud y educación-).(4).

En los espacios familiares y otros espacios micro, la sexualidad es vista como degradante, pecaminosa o “en el mejor de los casos” legitimada en círculos de permisión como el matrimonio y la familia. Cuando se produce un embarazo en adolescentes, algunos padres y madres de familia, agudizan la situación, pues el embarazo en adolescentes puede ser causa de una violencia que está legitimada, los padres expulsan a las adolescentes de sus casas. (4,6).

La cultura patriarcal incide en un sentido sexual de poder y dominación con una clara definición de roles de género para la mujer y la niña que atraviesa los ámbitos familiares y sociales con la posesión del más débil. Los y las adolescentes plantean que sus parejas no asumen el embarazo, refieren desde maltrato hasta obligarles a abortar, cuyo denominador común es el no reconocimiento de que las adolescentes embarazadas tienen derechos y el primero de ello es la decisión sobre su cuerpo y su vida. (5,6).

La institucionalidad en salud y educación en forma predominante manejan la sexualidad desde lo biológico y ligada a la procreación con dificultades de ahondar en las otras dimensiones de la sexualidad: psicológica, afectiva, erótica, relacional, placentera y comunicativa. (3,4)

El sector salud, en los servicios de salud, maltrata a las adolescentes embarazadas y ahonda la problemática desde una intervención biologicista que no la considera persona social y sujeta de derecho, es en este ámbito en donde en forma sutil se irrespeta la confidencialidad, por la falta de preparación del recurso humano en salud integral. (3,4)

Las autoridades y docentes de los planteles educativos tienen diversas formas de irrespeto y violación de los derechos de las jóvenes embarazadas, desde la

negación al derecho a la educación, y a la integridad física. En ese espacio y en el Ecuador se han dado casos de expulsión de adolescentes embarazadas violando la normativa constitucional. (3,4)

La sexualidad esta estigmatizada en la sociedad y tiene dificultades de un diálogo y fluidez de información que permita un abordaje integral. En esa cultura sexual, surge la figura de la adolescente embarazada con los mismos estigmas. El embarazo en adolescentes es el pretexto para seguir vulnerando los derechos de las adolescentes y aumentar sus vulnerabilidades, por ello el trabajo debe centrarse en dos ámbitos: (3,4)

- a) prevenir el embarazo en adolescentes a través de la promoción de los derechos sexuales de las adolescentes con una mirada integral y equitativa, y
- b) preparar a la sociedad para ayudar a llevar con dignidad los embarazos de las adolescentes que así lo decidan. (3,4)

En la sociedad ecuatoriana, existen diversos factores que causan vulnerabilidades que afectan el ejercicio y goce de los derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Los imaginarios de masculinidad que valorizan al hombre desde estereotipos de “poder dominación”, para el uso del cuerpo de las mujeres transgrediendo sus límites lleva a estrechar el margen de comportamiento que legitima un embarazo en adolescentes sin ninguna responsabilidad masculina.(3,4)

Estas relaciones de poder, por supuesto cruzan la estructura familiar, como espacio en el que se reproducen los roles y estereotipo de género asignados a hombres y mujeres, por los cuales, las mujeres asumen tareas domésticas sin tiempo para fomentar habilidades para el trabajo fuera de casa. Muchas de las mujeres tienen como única opción quedarse en círculos familiares en donde sufren abusos sexuales o emplearse en el servicio doméstico con abusos de todo tipo incluido el sexual y que además se constituyen en puertas de entrada a la explotación sexual (Geneva:2004,México). (3).

Los servicios de salud sexual y reproductiva son particularmente importantes para adolescentes expuestos a mayor vulnerabilidad, adolescentes trabajadores, los que

viven en situaciones de pobreza, ruralidad, afro descendientes e indígenas, los que están fuera del sistema escolar, en situaciones de callejerización, explotación sexual, y drogadicción. (3,4)

A pesar de que existe una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes varones y mujeres en la región (aproximadamente 90%), este grupo poblacional es el menos expuesto a mensajes de planificación familiar, presenta el porcentaje más bajo de conversaciones con proveedores de servicios, tiene el menor porcentaje sobre el conocimientos de fuentes, así como una mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. (3,4)

Debido a la gran diversidad étnica y multicultural del país, es particularmente importante generar información para buscar explicaciones en este campo, y para diseñar políticas nacionales con referencia local que tengan impacto en destruir las barreras de información y acceso a los servicios de salud, incluidos el acceso a métodos anticonceptivos modernos para los y las adolescentes. (3,4)

Por otra parte, los factores relacionados con el acceso y permanencia en el sistema educativo y con la calidad y pertinencia de los contenidos educativos se asocian estrechamente con la incidencia del embarazo y la maternidad en la adolescencia. (5,6).

Existen fuertes evidencias respecto al efecto de “blindaje” o “protección” que ejerce la escuela: las adolescentes que están en la escuela y logran transitar sin rezago por los sucesivos niveles de enseñanza, tienen mayores probabilidades de continuar su formación y acceder en un futuro a mejores oportunidades de empleo, por cuanto el matrimonio y la maternidad no constituyen el único eje de su proyecto de vida. (5,6).

No obstante, resulta evidente que la fecundidad adolescente no disminuye solamente con información y acceso a servicios. Por lo tanto, cabe la duda sobre si el enfoque de las acciones se concentran hacia la atención del embarazo adolescente en lugar de la prevención y/o si las acciones, como la organización de los servicios, responden a concepciones adulto céntricas, sin considerar las diversas necesidades reales y sentidas de los/as adolescentes en diferentes contextos socio-culturales. (5,6).

Los sectores de educación, salud y trabajo no han desarrollado capacidades integrales e integradoras para disminuir las condiciones de exclusión y de riesgo de niños, niñas y adolescentes. (7,8).

Del problema, contexto y marco conceptual se derivan los fundamentos estratégicos del presente Plan que están en concordancia con las leyes nacionales en salud, educación y en el campo social en general. Se resalta la Ley del Sistema Nacional de Salud y la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, quienes enfatizan en la garantía de los derechos humanos integrales e indivisibles, en la equidad, en donde se debe considerar lo de género, la interculturalidad y la participación ciudadana. (7,8).

## **LA SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

### **SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN EL ÁREA ANDINA.**

En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina, aunque esta proporción irá decreciendo en los próximos años debido a la dinámica de transición demográfica. (8,9).

Algo más de la mitad de adolescentes se concentra en Colombia y Perú, y la otra mitad en el resto de los países andinos. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. (8,9).

La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección. La salud sexual y reproductiva es un componente central en la vida de adolescentes y jóvenes, la manera cómo es vivenciada y socializada por ellos y ellas puede resultar trascendental para el resto de sus vidas. No obstante del interés de los Estados y el compromiso asumido con marcos internacionales, todavía los/as adolescentes no han recibido la suficiente atención con importantes implicaciones sociales y

económicas que incluyen procesos de socialización más precarios, efectos adversos para la salud de la madre y el/a hijo/a, dificultades para hacerse cargo de una familia, dificultades y falta de oportunidades para la formación escolar y laboral, el rechazo o la pérdida de redes sociales, la falta de apoyo, ausencia o irresponsabilidad de los hombres/padres, la transmisión intergeneracional de la pobreza, aspectos que repercuten en la posibilidad de alcanzar ciertas metas en el desarrollo social e individual, entre otras. (8,9).

Por otra parte, en caso de que decidan terminar con el embarazo, las adolescentes se enfrentan a leyes que penalizan el aborto, a intervenciones riesgosas, a la falta de atención psicológica y social y el alto costo, entre otros aspectos.(8,9).

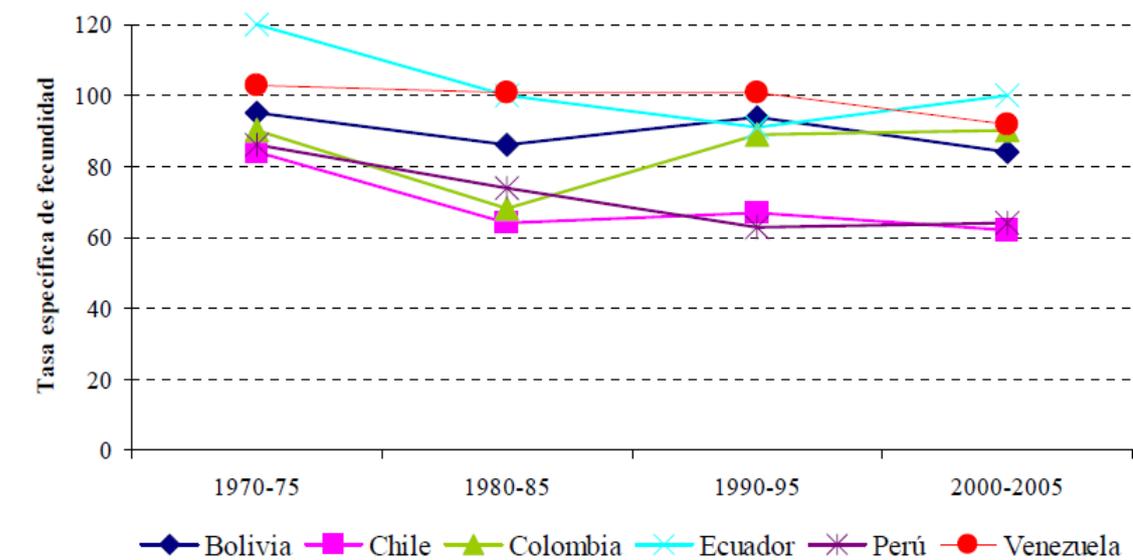
### **SITUACIÓN DEL EMBARAZO Y LA FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

En América Latina, la fecundidad adolescente no muestra una tendencia tan sistemática a la baja como en otros países del mundo. De hecho, en la región se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, a nivel mundial esta tasa es inferior únicamente a la que se encuentra en África Sub-Sahariana. Además, América Latina es la región del mundo donde la mayor fracción del total de nacimientos son los de madres adolescentes. Así, la concentración de la reproducción en la adolescencia es una característica de la región. Aunque también en algunos países industrializados se da esta tónica (Reino Unido, Canadá, Australia, Islandia). (5,6,10)

En general, los países andinos no son la excepción. En la Gráfica 1 se observa que en esta sub.-región la fecundidad adolescente (15-19 años) aumentó en Colombia y Ecuador. (5,6,10)

#### **Gráfico 1.**

#### **Tendencias de la fecundidad adolescente**



**Fuentes:** CELADE (2004). *Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950-2050*. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001). *Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe*. México; Guzmán, J.M. et al. (2006). "La démographie de l'Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950". *Population*. Vol. 61. Núm. 5-6. France. INED.

Otra manera de mirar la magnitud del embarazo adolescente, es a través del porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas. Dentro de los países de la región Chile y Perú presentan el porcentaje más bajo, seguido por Bolivia, mientras que en Colombia, Ecuador y Venezuela, más del 20% de las adolescentes son madres o están embarazadas.(5,6,10)

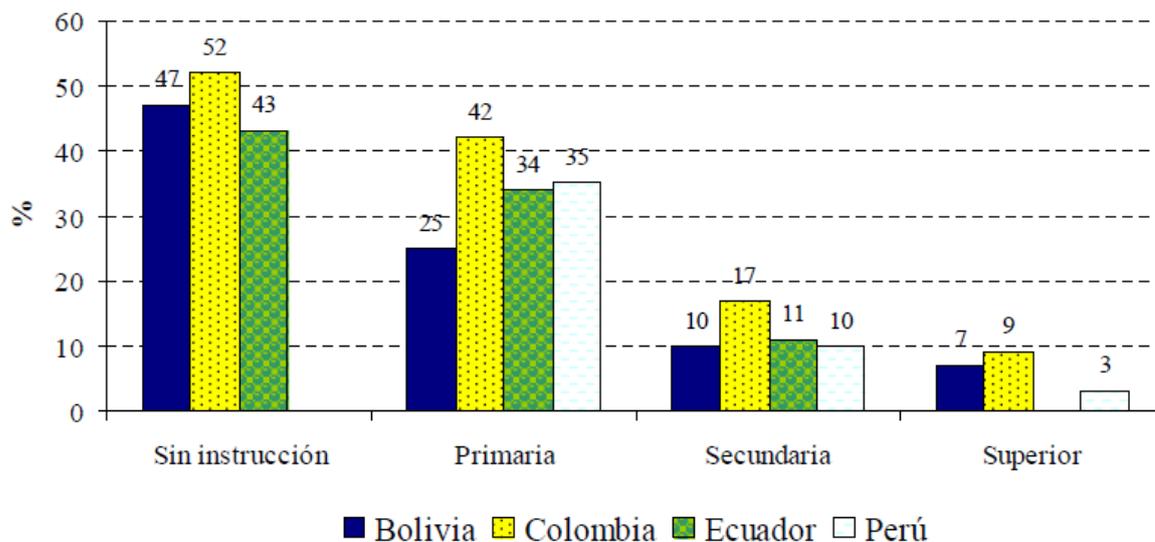
La fecundidad adolescente es mucho mayor en mujeres que en varones, aun cuando éstos inician su vida sexual más temprano. La mayoría de los/as hijos/as de madres adolescentes tienen como padre a un joven o adulto y, además, algunos varones adolescentes pueden desconocer o no responsabilizarse del hecho de haber sido padres. Esta situación se enmarca dentro de normas socio-culturales caracterizadas por la desigualdad de género, lo cual influye en significados y vivencias diferenciadas del grupo de adolescentes de acuerdo a su sexo. (5,6,10)

## **DESIGUALDADES Y EXCLUSIONES**

El embarazo adolescente también expresa las enormes brechas socioeconómicas prevaletentes con relación a los niveles de ingreso y educación, así como las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales. Los registros y aumentos de la maternidad adolescente, se presentan en grupos socio-económicos bajos, en

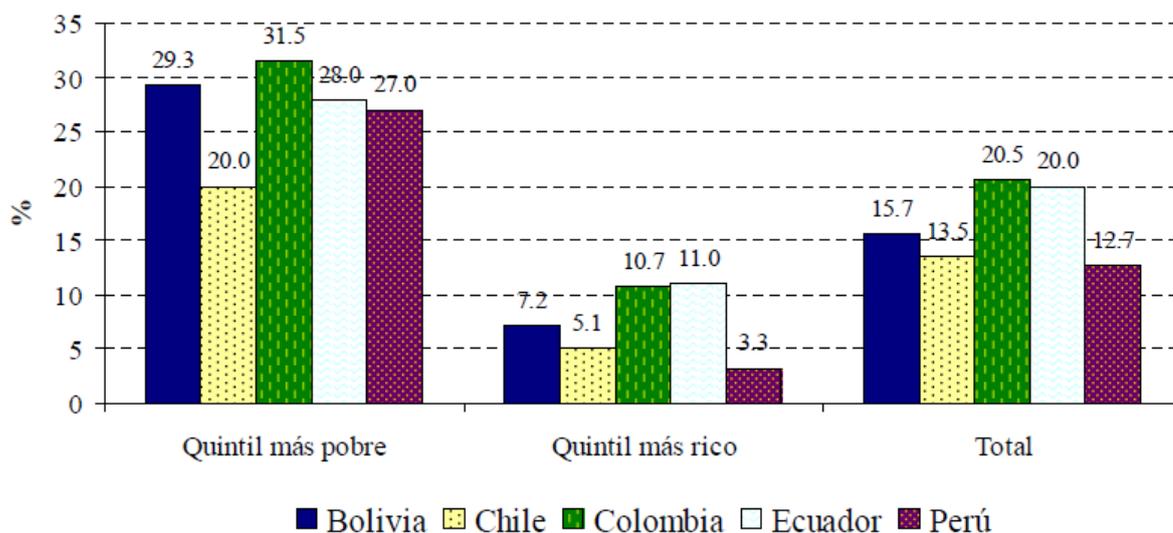
mujeres con menor nivel educativo y que viven predominantemente en áreas rurales. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta siete veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación, comparadas con las de niveles educativos más altos. (3,4,5,6)

**Gráfico 2.**  
**Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas**  
**Según nivel de instrucción, 2003-2005**



Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Bolivia y Ecuador, mientras que son pocas las adolescentes de mayor nivel de ingresos que son madres o se embarazan (ver Gráfico 3). (3,4,5,6)

**Gráfico 3.**  
**Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas**  
**Según condición de pobreza, 2002-2005**



Sobre otras consecuencias en términos sociales, existe poca información que establezca evidencia en la región sobre el tema; sin embargo, hay algunos estudios que muestran el efecto negativo del embarazo en las adolescentes. Por ejemplo, se encontró que un nacimiento en la adolescencia rebaja la razón de ingreso/necesidades de una mujer en más del 30%. (3,4,5,6)

Respecto a la transmisión intergeneracional de la pobreza, se ha encontrado que el ser madre adolescente aumenta la probabilidad de ser pobre de 16% a 28%. Asimismo, un estudio llevado a cabo en Chile indica que la maternidad temprana va acompañada de efectos económicos negativos, en términos de menores ingresos mensuales, especialmente para las madres pobres que más necesitan de esos ingresos. Los ingresos mensuales de las madres adolescentes son alrededor de un 90% menor que los de las madres adultas. Al incluir la variable educación (0-9 años) los ingresos mensuales de las madres adolescentes son alrededor del 70% inferior que los de las madres adultas. Por lo tanto, la maternidad temprana profundiza la pobreza de las mujeres. En el mismo estudio sobre costos de la maternidad entre adolescentes, se demostró que 67% de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes, en comparación con el 35% en los casos de madres no adolescentes; lo cual es otro aspecto de las consecuencias de esta situación. (3,4,5,6)

Asimismo, una investigación realizada en 16 países de América Latina demuestra los impactos negativos de la maternidad adolescente sobre los logros educativos de los niños y niñas de hogares pobres. Los resultados indican que el haber nacido de

madre adolescente soltera es un factor que reduce significativamente las probabilidades de estos niños y niñas de culminar la enseñanza secundaria y romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza. (3,4,5,6).

## **ASPECTOS ASOCIADOS AL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

### **INICIACIÓN SEXUAL, ANTICONCEPCIÓN Y NUPCIALIDAD**

La edad de la iniciación sexual, el conocimiento y uso de anticonceptivos y la nupcialidad son determinantes próximos asociados a la probabilidad de que se produzca el embarazo adolescente. En el caso de la anticoncepción, hay una distancia entre el conocimiento y el uso de métodos (91% vs. 47% según ENDEMAIN 2004). El conocimiento está generalizado entre los/as adolescentes, principalmente entre varones y mujeres unidos/as o no unidos/as sexualmente activos/as. Más del 90% de estos grupos conocen algún método moderno, aunque hay métodos como la anticoncepción de emergencia que no son conocidos ni por la mitad de los/as adolescentes. La vasectomía, el condón femenino y los implantes también son métodos que una buena parte de adolescentes no conoce. (5,6)

La mayoría de las adolescentes actualmente no usa algún método anticonceptivo moderno, incluso aquellas quienes no desean hijos/as en los próximos meses, y los métodos que utilizan, no son los más adecuados, pues más de una entre diez adolescentes usan métodos tradicionales (12%, ENDEMAIN 2004), esto es más frecuente entre las mujeres no unidas sexualmente activas quienes en su mayoría utilizan este tipo de métodos.(3) En general, el uso en la primera relación sexual es muy bajo, únicamente 13.5% de las adolescentes usaron algún método durante su primera relación sexual; siendo que la razón predominante del no uso entre mujeres que tuvieron relaciones premaritales fue el que no esperaba tener relaciones, mientras que entre mujeres que tuvieron relaciones maritales fue el desconocimiento de métodos.(4)

### **FACTORES PREDISPONENTES**

- Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

- Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres e hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
- Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola
- Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
- Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
- Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.
- Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. (3,4)

### **FACTORES DETERMINANTES**

- Relaciones Sin Anticoncepción
- Abuso Sexual

- Violación (6)

## **ACCESO A SERVICIOS, INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

La incidencia de embarazos en la adolescencia se relaciona, entre otros aspectos, con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información y la educación. (5)

A pesar de que existe una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes varones y mujeres (aproximadamente 90%), este grupo poblacional es el menos expuesto a mensajes de planificación familiar, presenta el porcentaje más bajo de conversaciones con proveedores de servicios, tiene el menor porcentaje sobre el conocimientos de fuentes, así como una mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos. (5)

La educación, además de ampliar las aspiraciones de los y las adolescentes y de potenciar sus posibilidades de inserción productiva, contribuye a la preparación para la vida sexual y reproductiva y el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva. (5)

En esta línea, el Ecuador cuenta con políticas públicas que protegen el derecho de los/as adolescentes a recibir información y educación en sexualidad y salud sexual y reproductiva (PRONESA), pero existen importantes brechas en lo relativo a su implementación en las escuelas y mediante las vías no formales. Los datos disponibles corroboran la existencia de una demanda educativa insatisfecha en el campo de la educación de la sexualidad, ya que los/las adolescentes carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, cómo prevenir el embarazo, negociar las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros. (5)

Los medios de comunicación juegan un rol importante profundizando la paradoja de que adolescentes y jóvenes tienen mayor acceso a información, pero no se garantiza la calidad y veracidad de la misma, esto afecta la toma de decisiones informadas y autónomas. (5)

Los datos anteriores muestran que existe un acceso, aunque limitado, a información y educación de la sexualidad, alto conocimiento de métodos anticonceptivos pero poco uso de ellos, asistencia a controles prenatales y atención institucional del parto. No obstante, resulta evidente que la fecundidad adolescente no disminuye y, al contrario, mantiene una tendencia creciente. Por lo tanto, cabe la duda sobre si el enfoque de las acciones se concentran hacia la atención del embarazo adolescente en lugar de la prevención y/o si las acciones, como la organización de los servicios, responden a concepciones adulto céntricas, sin considerar las diversas necesidades de los/as adolescentes en diferentes contextos socio-culturales. (5)

### **FAMILIA Y COMUNIDAD**

Factores relacionados con desestructuración y/o disfuncionalidad familiar, comunicación inadecuada y falta de apoyo familiar han sido asociados con embarazo en adolescentes (5)

### **IMPLICACIONES INDIVIDUALES Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

Las implicaciones que tiene el embarazo en adolescentes son de distinta índole. Por ejemplo, puede haber consecuencias en la salud, la reproducción intergeneracional de la pobreza, la inestabilidad familiar, el abandono escolar y la inserción precaria en el mercado laboral. En términos demográficos también hay consecuencias, ya que en algunos estudios se ha observado que el inicio temprano de la fecundidad incide en el aumento de las tasas globales de fecundidad, particularmente aunado a la falta de acceso a métodos anticonceptivos modernos. Embarazarse en la adolescencia es un factor de riesgo para embarazos subsecuentes y para infecciones de transmisión sexual. (9,10)

En general, las consecuencias son más graves para mujeres que para varones, lo cual evidencia las estructuras y relaciones de género desiguales en la región. (9,10)

### **SALUD MATERNA Y SALUD INFANTIL**

En el caso de la mortalidad infantil existen evidencias claras respecto a que ésta se asocia a la maternidad temprana. La tasa de mortalidad infantil es mayor en adolescentes que en el resto de los grupos de edad. En el caso de la mortalidad postneonatal y en la niñez se encuentra evidencia en el mismo sentido. (8, 9)

En la mortalidad materna hay ciertos indicios de que un alumbramiento en adolescentes representa riesgos especiales para la futura madre; asimismo, hay consenso de que los riesgos aumentan considerablemente en adolescentes menores de 15 años. Aunque el porcentaje de mujeres adolescentes que tuvieron su primer/a hijo/a antes de esta edad es bajo, es importante no subestimar el problema por su baja incidencia. Algunos autores argumentan que las complicaciones obstétricas durante el embarazo en adolescentes se deben no tanto a la edad sino a otros factores asociados como un menor acceso a servicios, la pobreza y demás (6). Hace falta estudios en el país sobre embarazo en adolescentes especialmente en menores de 15 años.(9,10)

## **ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES**

### **LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. (11)

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. (11)

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija - madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. (11)

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. (11)

Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan. (11)

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico o padrastro. (11)

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias psicoafectivas. (11)

## **VIOLENCIA Y EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

Algunos estudios determinan como factor de riesgo para embarazos en adolescentes el haber sufrido abuso sexual durante la infancia y/o adolescencia y también el tema de que muchos de los embarazos son fruto de abuso sexual, sin embargo esta problemática debe ser profundizada con estudios nacionales y locales. (12)

## **ABORTO INDUCIDO**

Otra de las implicaciones del embarazo adolescente tiene que ver con los casos de aborto inducido. Según algunos investigadores, este fenómeno es frecuente entre mujeres adolescentes no unidas que no planeaban/deseaban sus embarazos. En Ecuador 10% de las mujeres entre 15 y 24 años que tuvieron su embarazo antes de los 15 años, dijeron que éste terminó en aborto. Esta cifra es más baja en los otros grupos de edad. (7)

En síntesis, la evidencia sugiere que el embarazo y la fecundidad adolescente es un problema tanto a nivel individual como social. Este fenómeno se relaciona directamente con la falta de oportunidades para el ejercicio de los derechos y para el

desarrollo educativo y laboral. Además, el embarazo adolescente es a la vez causa y producto importante de las desigualdades socio-económicas, generacionales y de género. La mayoría de las madres adolescentes se encuentra en una perspectiva de exclusión y marginación, siendo que sus hijos/as tienen altas probabilidades de continuar inmersos en esta dinámica. De esta manera, el embarazo adolescente es un problema que afecta el avance en los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la reducción de la pobreza, el aumento del nivel educativo, la promoción de la equidad de género, el empoderamiento de las mujeres y el mejoramiento de la salud materna e infantil. (8)

El Estado Ecuatoriano sobre la base de los preceptos constitucionales, es un Estado social de derecho, soberano, unitario, independiente, democrático, laico, multiétnico y pluricultural, propicia a través de la Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la aplicación y el cumplimiento de todos los avances realizados en las diferentes convenciones, pactos, convenios, declaraciones y leyes que están vigentes en el país, de manera que sean una realidad en la vida cotidiana de las mujeres y hombres del Ecuador. Las conferencias de El Cairo y Beijing continúan siendo las principales fuentes de inspiración para la formulación de ésta política y sus líneas de acción, cuya tarea fundamental es llevar a la práctica todos los enunciados escritos en las normas legales y construir iguales oportunidades para que toda la población ejerza plenamente y goce estos derechos. (8)

Toda política de salud como parte de la política social es un instrumento a través del cual el Estado interviene en la vida de las sociedades, en función de finalidades como el desarrollo no sólo económico sino humano y su compleja construcción es un “un asunto fundamentalmente público pero no exclusivamente público” lo que implica la participación de diferentes actores, grupos, clases, etc. en los que coexisten contradicciones e intereses diferentes, que muchas veces rebasan las fronteras nacionales. La formulación de una política pasa también por la comprensión de la democracia y la ciudadanía buscando responder a las necesidades de salud de toda la población, en este caso específico de la salud sexual y salud reproductiva. (8)

La promoción, protección y apoyo a las prácticas sobre como llevar una salud sexual y reproductiva adecuada son actividades primordiales de todos los sistemas de salud contribuyendo a disminuir las tasas de morbilidad materna, embarazos en adolescentes y violación de los derechos sexuales y reproductivos. El fomento de

actividades tanto en el control prenatal, planificación familiar, intervenciones educativas sobre sexualidad son herramientas útiles y de bajo costo a nivel local para contribuir a la salud y bienestar de las mujeres en edad fértil y al crecimiento y desarrollo de sus hijos. (8)

Los adolescentes ecuatorianos, y se puede decir que la población en general, carecen de acceso a la información adecuada sobre el cuidado y la salud reproductiva y sexual. (8)

Muchos autores y las organizaciones, incluida la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Población de las Naciones Unidas confirman este hecho. (8)

Entre los adolescentes, el 66% de los estudiantes varones poseen conocimientos básicos sobre educación sexual, mientras que sólo el 40% de las alumnas; de 10-17 años de edad el 57% tienen información errónea sobre la transmisión del VIH y el 31% no saben cómo prevenir. (9)

El 33% de los adolescentes varones y el 57% de las adolescentes mujeres que tienen relaciones sexuales prematrimoniales se vieron obligados a tener su primera relación sexual. (9)

En los últimos 10 años la tasa de fecundidad en nuestro país se ha estabilizado: siendo de 3.3 hijos por cada mujer; las causas serían el aumento de la fecundidad en adolescentes y el mantenimiento de la fecundidad en mujeres de 20 – 29 años. (9)

Si se pudieran evitar los embarazos no deseamos la tasa de fecundidad reduciría de 3.3 a 2,6 hijos. De acuerdo a la urbanidad o ruralidad se dice que las mujeres del área urbana tendrían en promedio 1 hijo menos que las mujeres del área rural. (9)

Según el nivel de instrucción se ve que aquellas mujeres sin instrucción tendrían 5,7 mas hijos que aquellas con un nivel superior. (9)

Estudios realizados evidencian que en cada uno de los grupos antes mencionados al menos el 85 – 95% de mujeres ya no quieren tener más hijos. (9)

La mujer que no tiene un adecuado control prenatal, tiene más riesgo de presentar complicaciones como preeclampsia, infecciones, u otros problemas. La mayor parte de estas complicaciones pueden ser adecuadamente prevenidas y tratadas, si la madre lleva un control mensual, con los exámenes necesarios. Al no saber ese control mensual del embarazo, los problemas derivados de una diabetes

gestacional, de una enfermedad de la madre no adecuadamente diagnosticada y tratada, de una infección urinaria, de una preeclampsia o de otros problemas, la enfermedad que no recibió tratamiento a tiempo va a progresar y a dañar al feto y a ocasionar daño en la madre, con las consecuencias de aumento en la morbilidad (enfermedades) y mortalidad (muerte) tanto de la madre, como el niño. (9)

Las cifras lo demuestran: En el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, en los años 2007, 2008 y hasta agosto del 2009, un 0,54 0/00 de las mujeres que ingresaron por aborto diferido o en curso, murieron, de las mujeres que dieron a luz por vía vaginal, sólo el 0,35 0/00, y de las que dieron a luz por cesárea, 0,74 0/00 es decir que hay mas del doble de posibilidad de muerte de la madre por cesárea que por parto vaginal. Es más, hay mayor mortalidad en porcentaje, por cesárea que por aborto diferido. (9)

En Venezuela y a nivel mundial existen antecedentes que describen una tasa de mortalidad más alta para adolescentes embarazadas que para mujeres adultas, las defunciones por complicaciones obstétricas en mujeres entre 10 a 19 años ocupan el segundo y cuarto lugar en América Latina, además de el alto índice de adolescentes en estado de embarazo ha venido en ascenso desde 1950, al respecto: (10)

Méndez y Beltrán en el II Congreso Venezolano de la Mujer, se señala la incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etéreo entre 10 y 14 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad. (10)

Tapia, en un trabajo de investigación donde se estudió La violencia y la realidad de la madre joven de sectores populares refiere como principales causas de embarazo en adolescentes, la inestabilidad familiar, el abuso sexual y el incesto, la menarquia temprana (10 años) la falta de educación sexual oportuna y formal, la carencia habitacional y los medios de comunicación. Por consiguiente los factores antes mencionados están presentes en el ambiente en el cual se desarrollan los

adolescentes, contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en la adolescente, cabe resaltar la constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine, radio y publicaciones. (10)

Ramírez, concluyó en su trabajo referente al Embarazo en las adolescentes, que es un reflejo parcial de la crisis social que enfrentan nuestros jóvenes. Las adolescentes embarazadas eran en su mayor parte de bajo nivel socioeconómico. La edad promedio del embarazo fue de los 16 años (moda), la mayoría de ellas con un deficiente grado de instrucción, con escasos conocimientos sobre aspectos sexuales y temprano inicio de la vida sexual activa, cuya condición las mantenía aún, en su mayoría dependiente del núcleo familiar de donde procedían. Igualmente indica el autor que la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan una invasión cultural distorsionada, facilitada por la televisión, las revistas pornográficas, la violencia, etc. En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas adolescentes se adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor. (10)

### **ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA**

La primera pregunta a responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La segunda pregunta es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas. (11)

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable. (11, 12)

#### **GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL**

Lo constituyen las adolescentes que presentan:

- Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.

- Antecedente de abuso sexual.
- Enflaquecimiento (desnutrición).
- Estatura de 1,50 m o menor.
- Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional. (13)

### **GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL**

Lo conforman las adolescentes que poseen:

- Menarca a los 11 años o menos.
- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- Ser la mayor de los hermanos. (13)

### **GRUPO DE RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL CORRIENTE O NO DETECTABLE**

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención. (12, 13)

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable. (13)

La aplicación de un programa de estas características en CAPS del norte de la ciudad de Santiago de Chile, ha permitido descender la tasa de mortalidad materna a casi 0 en adolescentes y la de partos pretérmino igualarlos prácticamente a la de la población de adultas (7 a 8% en Chile). (13)

### **LA CONSULTA CON ADOLESCENTES**

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos: (16)

## **1.- CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENTE QUE LAS DIFERENCIA DE LA MUJER ADULTA**

- La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán. (17)
- La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella. (17)
- Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo. (17)
- Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios. (17)
- Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible. (17)

## **2.- DIFICULTAD PARA EL VÍNCULO CON EL HIJO**

- Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo. (16,17)
- Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo. (16,17)

- Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace lo que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo. (16,17)

## **RIESGOS DE SALUD EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE**

De forma global se describe mayor morbilidad en la gestación adolescente en la literatura se describen:

- Abortos (16,17)
- Anemia (16,17)
- Infecciones urinarias (16,17)
- Bacteriuria asintomática (16)
- Hipertensión gestacional(14,16,17, 18, 19)
- Preeclampsia – Eclampsia(15,16,17,19)
- Escasa ganancia de peso(14,16,17)
- Malnutrición materna(16,17)
- Hemorragias asociadas con afecciones placentarias (16,17)
- Parto prematuro(16,17, 18, 19)
- Rotura prematura de membrana(16,17, 22)
- Desproporción cefalopélvica(14,16,17)
- Cesárea(14,15,16,17)

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo: *Síndrome de mala adaptación circulatoria*, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal. (19).

A continuación explicamos algunos de los riesgos de salud materna como fetal:

- Existe una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Vaginosis bacteriana, con mayor frecuencia por *Gardnerella Vaginalis*, HPV. (23)
- La infección de vías urinarias quizá sea en parte responsable de la alta incidencia de parto prematuro, sumado a otras entidades que se citan como

responsables tales como el propio desarrollo puberal, los procesos infecciosos a otros niveles como cervicovaginal que pueden ocasionar directa o indirectamente, a través de la rotura prematura de membrana, parto pretérmino. (30,31)

- También hay una alta incidencia de anemia microcítica hipocrómica(20,21,24), la cual puede ser multifactorial, sobresalen los hábitos nutricionales deficientes, el acudir tardíamente a su control prenatal y la propia adolescencia. (25) Es una enfermedad frecuente en los países subdesarrollados. (26,27,28)
- En el puerperio la morbilidad está ligada a la vía del nacimiento. Las complicaciones son: desgarro del canal del parto por uso de instrumentos como fórceps o desarrollo incompleto de estas pacientes. (29,30)
- El estado nutricional materno es un factor determinante en el crecimiento fetal y en el peso del recién nacido. El adecuado peso al nacer es sinónimo de bienestar y salud del neonato. (32,33)
- La rotura prematura de membrana constituye una de las enfermedades obstétricas más relacionadas con la Morbimortalidad materno – perinatal. (29,30), la infección puede llevar a la inducción de metaloproteínasa que actúan sobre las proteínas de la matriz extracelular de las membranas debilitándolas y provocando así la rotura. Esta se asocia a corioamnionitis, membrana hialina en el recién nacido por prematuridad e infección, presentación pelviana, prolapso del cordón, compresión de la cabeza fetal y/o del cordón umbilical, e incremento del índice de cesárea. (32,33)
- El hijo de madre adolescente tiene mayor frecuencia de deserción escolar, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico negligencia en los cuidados de la salud, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional, alta proporción de hijos ilegítimos, que limita sus derechos legales y el acceso a la salud. (25)
- El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque si puede existir diferencias entre las menores de 15 años. Se pueden citar:
  - a) Internación en neonatología: sin diferencia entre las edades de las adolescentes.(14)
  - b) Malformaciones: Mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años, respecto a las de mayor edad, siendo los del cierre del tubo neural los

- defectos más frecuentes, y con un número importante de retraso mental de por vida. (14)
- c) Mortalidad perinatal: Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad. (14,15)
- d) Recién nacido con bajo peso por nacimiento pretérmino o por ser pequeño para la edad gestacional.(17,20)
- Las afecciones maternas y perinatales son mas frecuentes en las mujeres menores de 20 años y sobre todo en los grupos de edades mas cercanos a la menarquía. (14,16)
  - La población de 16 años o menos que se embaraza posee un riesgo mas elevado para ella y su hijo si se la compara con adolescentes de mayor edad. (16,33).
  - Las adolescentes que se embarazan con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto se considera un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. (32,33)
  - Entre 10 y 14 años hay mayor porcentajes de bajo peso al nacer, depresión al nacer (15,16), hipertensión inducida por el embarazo, elevada Morbimortalidad perinatal materna y mayor porcentaje de cesárea. (32,33)
  - Al existir poco desarrollo del eje hipotálamo hipofisiario gónada durante éste período (antes de los 5 años posteriores a la menarquía), es necesario que el parto se desencadene artificialmente, si espontáneamente éste no ha ocurrido. (14,15)

### **PERFIL DESEABLE DEL MÉDICO PARA ATENDER ADOLESCENTES**

- Tener idoneidad: no solo en perinatología, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia. (17, 18)
- Saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo. (17, 18)
- Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos. (17, 18)
- Ser capaz de registrar: las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas

veces, las manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia que pueden generar, en el médico, actitudes punitivas o paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar ayuda en otro miembro del equipo. Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras. (17)

### **CONTEXTO DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE**

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

- Embarazo no planificado.
- Pareja ambivalente o ausente.
- Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación.
- Condiciones económicas desfavorables.
- Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia. (19)

### **OBJETIVOS DEL EQUIPO DE SALUD**

- Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo.
- Fortalecer los vínculos familiares.
- Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución.
- Brindar atención perinatal integral. (19)

### **ESTRATEGIAS DEL EQUIPO DE SALUD**

- Atención por equipo interdisciplinario (obstetra, obstetricia, pediatra psicólogo, asistente social).
- Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee.
- Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención prenatal.
- Trabajar con personal de la institución (médicos residentes, personal de guardia, enfermeras y otros) que intervengan en la atención. (12)

## **NIVELES DE PREVENCIÓN.**

### **PREVENCIÓN PRIMARIA:**

- Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia.
- Información sobre fisiología reproductiva, gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.
- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo.
- Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación. (9, 10,11)

### **PREVENCIÓN SECUNDARIA:**

- Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada.
- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en éste tipo de atención.
- Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.
- Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción. (9, 10,11)

### **PREVENCIÓN TERCIARIA:**

- Vigilancia del vínculo madre – hijo, padre – hijo.
- Favorecimiento de la reinserción laboral de la madre y el padre si corresponde.
- Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se halla ubicado frente a su compañera y su hijo.

- Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto.
- Creación de pequeños hogares maternos para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado. (9, 10,11).

### **3.2 HIPÓTESIS**

En este estudio nos planteamos como hipótesis las siguientes:

- Una de las principales razones por la cual ocurre el embarazo en adolescentes es por la falta de información sobre el uso de los anticonceptivos y desarrollo sexual.
- La falta de comunicación entre padres e hijos dificulta el desarrollo de una sexualidad bien orientada.

- La ausencia de valores de responsabilidad en cuanto a su desarrollo sexual
- La presión de grupo por parte de otras adolescentes a que tengan relaciones sexuales.

## **CAPITULO IV**

### **4.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

#### **4.1.1. Tipo de Investigación**

La investigación se ubica en los niveles explicativo y descriptivo; se encarga de buscar el porqué de un embarazo precoz mediante el establecimiento de relaciones causa y efecto y determinar qué influencia tiene en el comportamiento de las adolescentes.

#### **4.1.2. Población y muestra**

**Población.** Los embarazos en adolescentes constituyen una población finita, ya que solo comprende las jóvenes que estén embarazadas y cuyas edades oscilen entre los 10 y 18 años 11 meses (Según OMS).

La población accesible a esta investigación son todas las jóvenes que por una u otra manera han quedado registradas en las estadísticas mundiales y regionales, en este caso, nos enfocaremos al contexto nacional.

### **Muestra**

En este caso la muestra será seleccionada por conveniencia del autor.

### **Criterios de Inclusión**

Mujeres adolescentes, que se encuentren entre los 12 y 18 años 11 meses que estén embarazadas.

Se realizó un consentimiento informado verbal y escrito para las madres a colaborar en la investigación explicando, para qué se utilizará la información, al igual que el contenido del proyecto, y también se le indicó que esto no afectará su salud, ni sus intereses personales, ya que su identidad será conservada en total reserva.

### **Criterios de Exclusión**

Mujeres que tengan más de 18 años 11 meses y que estén embarazadas.

Mujeres entre los 12 y 18 años que no se encuentren embarazadas.

### **4.1.3. MATERIALES Y MÉTODOS**

"Un instrumento de recolección de datos es en principio cualquier recurso de que pueda valerse el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información. de este modo el instrumento sintetiza en si toda la labor previa de la investigación, resume los aportes del marco metodológico al seleccionar datos que corresponden a los indicadores y, por lo tanto a las variables o conceptos utilizados"(Sabino 1989).

Para la recolección de datos se utilizará diferentes instrumentos, tal es el caso de entrevistas e indagaciones en los centros de atención medica aledaños a la comunidad, al igual que la revisión acerca de las estadísticas proporcionadas por el INEC. De igual manera, una vez obtenidos los datos de las encuestas, se procederá a analizar los mismos en el programa estadística SPSS 19.0 para Windows, utilizando la estadística descriptiva e inferencial.

#### **4.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.**

A continuación se coloca el cuadro de operacionalización de las variables del presente proyecto.

| <b>VARIABLE</b>             | <b>DEFINICIÓN</b>  | <b>INDICADOR</b>   | <b>ESCALA</b>                                    |
|-----------------------------|--|--|--|
| <b>Edad</b>                 | Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de realización de la encuesta. | Número de años desde el nacimiento, hasta la realización de la encuesta. | Numérica   |
| <b>Estado civil</b>         | Situación en la que la persona está inmersa con relación a su pareja.            | Tipo de Estado civil   | Soltero<br>Casado<br>Unión libre<br>Viudo        |
| <b>Grado de Instrucción</b> | Nivel de instrucción alcanzado   | Nivel de Instrucción   | Analfabeto<br>Primaria<br>Secundaria<br>Superior |

|                                     |   |  |  |
|-------------------------------------|---|--|--|
| <b>Estudios actuales</b>            | Acción de continuar con sus estudios al momento de la encuesta.             | Situación frente a los estudios.                       | SI<br>NO   |
| <b>Ocupación Actual</b>             | Actividad a la que dedica la mayor parte de su tiempo actualmente           | Tipo de actividad Actual                               | Tipo de actividad<br>Estudiantil<br>Ninguna<br>Otras |
| <b>Inicio de vida sexual</b>        | Edad en años durante el cual la encuestada tuvo su primera relación sexual. | Edad en años.  | Numérica   |
| <b>Número de parejas sexuales</b>   | Personas con las cuales la encuestada ha tenido relaciones sexuales.        | Número de parejas                                      | Numérica   |
| <b>Uso de método anticonceptivo</b> | Uso de procedimientos técnicos que impiden la fecundidad.                   | Actitud de uso   | SI<br>NO   |
| <b>Confirmación de embarazo</b>     | Determinación con seguridad del embarazo.                                   | Prueba utilizada para confirmar embarazo.              | Prueba de sangre<br>Prueba de orina<br>Ecografía     |
| <b>Persona de apoyo</b>             | Persona a la que acudió primero cuando se enteró que estaba embarazada.     | Persona a la que acudió ante la situación de embarazo. | Papá<br>Mamá<br>Hermanos<br>Pareja<br>Otros          |
| <b>Compañía en la vivienda</b>      | Perona/as con las cuales vive la encuestada.                                | Tipo de persona con la que reside.                     | Papá<br>Mamá<br>Hermanos<br>Pareja                   |

|   |  |                                       |  |
|---|--|---------------------------------------|--|
|   |  |                                       | Otros  |
| <b>Relación con acompañantes en la vivienda</b> | Calidad de la relación interpersonal con las personas con las que reside.                                | Calidad de relación.                  | Buena<br>Mala<br>Regular                                   |
| <b>Condición económica</b>                      | Situación de la encuestada en lo referente a su economía.  | Tipo de condición económica.          | Buena<br>Mala<br>Regular                                   |
| <b>Información SSR</b>                          | Situación subjetiva de la encuestada sobre la recepción de salud sexual y reproductiva.                  | Recepción de información.             | SI<br>NO   |
| <b>Lugar de información SSR</b>                 | Lugar en el cual la encuestada recibió información sobre salud sexual y reproductiva                     | Lugar                                 | Hogar<br>Centro educativo<br>Centro de Salud<br>Otro lugar |
| <b>Conocimiento de métodos anticonceptivos</b>  | Condición subjetiva de la encuestada en lo referente al conocimiento sobre métodos anticonceptivos.      | Posesión de conocimiento.             | SI<br>NO   |
| <b>Influencia Psicológica</b>                   | Condición subjetiva de afectación emocional a la vida de la adolescente frente al embarazo.              | Condición de vida luego del embarazo. | Positivamente<br>Negativamente.                            |
| <b>Apoyo recibido</b>                           | Apoyo recibido por la adolescente por parte de las personas que le rodean ante la situación de embarazo. | Situación de apoyo recibido.          | Positivo<br>Negativo                                       |
| <b>Paternidad</b>                               | Acto por parte de la pareja de la adolescente de aceptar su paternidad.                                  | Aceptación de la paternidad           | SI<br>NO   |
| <b>Afectación de la salud</b>                   | Expresión subjetiva de la adolescente sobre la afectación de su salud por el embarazo.                   | Afectación de la salud                | SI<br>NO   |
| <b>Complicación de Salud</b>                    | Expresión subjetiva de la adolescente sobre complicaciones de salud por el embarazo.                     | Complicaciones de salud               | SI<br>NO   |
| <b>Aborto</b>                                   | Expresión subjetiva de la adolescente ante la posibilidad del aborto.                                    | Posibilidad de                        | SI   |

|                           |   |                                 |             |
|---------------------------|---|---------------------------------|-------------|
|                           |   | Aborto                          | NO          |
| <b>Razón del embarazo</b> | Expresión personal de la adolescente sobre las razones que pudieron provocar el embarazo. | Subjetividad sobre las razones. | Cualitativa |

## CAPITULO V

### 5.1 RESULTADOS Y ANALISIS

#### 5.1.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

##### 5.1.1.1 RESULTADOS DE CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS.

**Tabla N°1.**

Distribución según datos demográficos de mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010.

| Variable                   | Porcentaje |
|----------------------------|------------|
| <b><u>Edad</u></b>         |            |
| 15 años                    | 10%        |
| 16 años                    | 30%        |
| 17 años                    | 35%        |
| 18 años                    | 25%        |
| <b><u>Instrucción</u></b>  |            |
| Primaria                   | 15%        |
| Secundaria                 | 85%        |
| <b><u>Estado Civil</u></b> |            |
| Soltera                    | 95%        |
| Casada                     | 5%         |
| <b><u>Ocupación</u></b>    |            |

|            |     |
|------------|-----|
| Estudiante | 45% |
| Ninguna    | 55% |

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios.

Del total de madres adolescentes encuestadas la edad promedio de embarazo fue 16.75 años, con un rango de edades que va desde los 15 a los 18 años, correspondiendo a la adolescencia tardía el 60% de los embarazos adolescentes. En cuanto a la escolaridad todas referían algún grado de instrucción representando la primaria 15% y 85% secundaria, y presentando del 100%(20) de las adolescentes encuestadas 50%(10) continuidad escolar, mientras que el otro 50%(10) deserción escolar por diferentes razones, entre las cuales la más representativa con un 30%(3) es la Prohibición de la institución educativa por el estado de gestación, siendo por lo tanto su ocupación estudiante en un 50%(10), ninguna 50%(10), indicándonos probablemente que los únicos ingresos son de las personas que vive actualmente la adolescente, mientras que su estado civil en un 95% es soltera y en 5% casada, indicando una inestabilidad en la mayoría de las adolescentes en sus relaciones actuales.

### 5.1.1.2 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS

**Tabla N°2.**

Distribución según antecedentes ginecológicos y obstétricos de mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010.

| Variable                                     | Porcentaje |
|--|------------|
| <b><u>Inicio de Vida sexual</u></b>          |            |
| 14 años                                      | 5%         |
| 15 años                                      | 15%        |
| 16 años                                      | 50%        |
| 17 años                                      | 30%        |
| <b><u>Número de parejas sexuales</u></b>     |            |
| 1 pareja                                     | 100%       |
| <b><u>Uso de método anticonceptivo</u></b>   |            |
| Si   | 30%        |
| No   | 70%        |
| <b><u>Método diagnóstico de embarazo</u></b> |            |
| Prueba de sangre                             | 15%        |
| Prueba de orina                              | 85%        |

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios.

Del total de madres adolescentes encuestadas la edad promedio de inicio de vida sexual activa es de 16.10 años, con un rango de edades que va desde los 14 a los 17 años, siendo en el 100% (20) de los casos con 1 pareja sexual. En el caso de su primera relación sexual el 70%(14) no utilizó ningún método anticonceptivo mientras que el 30%(6) si lo hizo, representando 66.7% (4) el preservativo (condón masculino) y el 33.3%(2) los anticonceptivos orales indicándonos probablemente que se utiliza el preservativo masculino con más frecuencia por su amplio conocimiento y accesibilidad, pero en el 100%(6) la frecuencia de uso de los métodos utilizados por las adolescentes en sus subsecuentes relaciones sexuales fue irregular posiblemente atribuyéndose esta causa a su embarazo a temprana edad. En cuanto al método más utilizado por las adolescentes para confirmar su embarazo por su accesibilidad es la prueba casera de orina representando un 85% (17), frente a un 15%(3) con la prueba de sangre.

### 5.1.1.3 RESULTADOS DE CONDICIÓN ECONÓMICA Y FAMILIAR

**Tabla N°3.**

Distribución según condición económica y familiar de mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010.

| <b>Variable</b>                                      | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|
| <b><u>Apoyo inicial buscado ante el embarazo</u></b> |                   |
| Padres   | 5%                |
| Hermanos   | 10%               |
| Pareja   | 45%               |
| Otros  | 40%               |
| <b><u>Vive actualmente</u></b>                       |                   |
| Padres   | 75%               |
| Hermanos   | 5%                |
| Pareja   | 20%               |
| <b><u>Relación con las personas que vive</u></b>     |                   |
| Buena  | 45%               |
| Regular  | 50%               |
| Mala   | 5%                |
| <b><u>Aceptación de Paternidad</u></b>               |                   |
| Si   | 30%               |
| No   | 70%               |

| <b>Condición económica</b> |     |
|----------------------------|-----|
| Buena                      | 15% |
| Regular                    | 75% |
| Mala                       | 10% |

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios.

Del total de madres adolescentes encuestadas observamos que el primer apoyo que busca la madre adolescente al saber de su estado de gestación en un 45%(9) es su pareja, 40%(8) otros donde su opción en el 100%(8) son amigas probablemente atribuyendo a esta frecuencia a que las madres adolescentes buscan a su pareja primero para que el padre acepte la paternidad y poder tener un apoyo frente al embarazo, pero en un 70%(14) de los padres no aceptan la paternidad y un 30%(6) si lo aceptan, mientras que la segunda persona que busca la adolescente son sus amigas por la confianza y apoyo que reciben, y siendo alarmante que a sus padres solo acude el 5%(1) probablemente por la reacción de sus padres.

En cuanto al núcleo familiar la adolescente vive con sus padres en un 75%(15), atribuyéndose por la inestabilidad económica que en un 75%(15) es regular (vive con un dólar diario) y por la falta de apoyo de su pareja por no aceptar la paternidad, mientras que la relación que lleva con las personas que vive actualmente en un 50%(10) es regular es decir mantienen conflictos por su estado de gestación.

#### **5.1.1.4 RESULTADOS DE CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**Tabla N°4.**

Distribución según conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010.

| <b>Variable</b>  | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|
| <b><u>Conocimiento previo de salud sexual y reproductiva</u></b> |                   |
| Si   | 85%               |
| No   | 15%               |
| <b><u>Donde recibió la información</u></b>                       |                   |
| Hogar  | 17,6%             |
| Centro Educativo   | 82,4%             |
| <b><u>Conocimiento algún método anticonceptivo</u></b>           |                   |
| Si   | 90%               |
| No   | 10%               |

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios

Del total de madres adolescentes encuestadas observamos que el 85%(17) recibió información de salud sexual y reproductiva y en un 15%(3) no lo hizo indicando que en un 100%(3) no le indicaron en la institución educativa, mientras del 100%(17) que recibió información lo hizo en un 82,4%(14) en el centro educativo ya que en la mayoría de los centros educativos se establecido en la malla curricular educación sexual y reproductiva y un 17.6%(3) recibió en el hogar indicándonos probablemente que los padres no tienen los suficientes conocimientos o comunicación con sus hijos.

En cuanto a su conocimiento ya establecido el 90%(18) conoce algún método anticonceptivo y del 100%(18) los métodos más citados fueron el preservativo y los anticonceptivos orales.

#### **5.1.1.5 RESULTADOS DEL IMPACTO FÍSICO Y PSICOEMOCIONAL DEL EMBARAZO**

**Tabla N°5.**

Distribución según el impacto físico y psicoemocional de mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010.

| Variable  | Porcentaje |
|---|------------|
| <b><u>Influencia del embarazo en la vida</u></b>          |            |
| Negativamente   | 100%       |
| <b><u>Apoyo recibido de los que le rodean</u></b>         |            |
| Positivamente   | 25%        |
| Negativamente   | 75%        |
| <b><u>Afectación a la salud</u></b>                       |            |
| Si  | 20%        |
| No  | 80%        |
| <b><u>Complicaciones de salud durante el embarazo</u></b> |            |
| Si  | 25%        |
| No  | 75%        |
| <b><u>Pensamiento de Aborto</u></b>                       |            |
| Si  | 80%        |
| No  | 20%        |
| <b><u>Razones para quedar embarazada</u></b>              |            |
| No uso de Anticonceptivos                                 | 75%        |
| Curiosidad  | 5%         |
| Falta de amor y comprensión en el hogar                   | 5%         |
| Presión de la pareja a tener relaciones                   | 10%        |
| Incertidumbre sobre ciclo menstrual                       | 5%         |

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios

Del total de madres adolescentes encuestadas el impacto psicoemocional en un 100%(20) fue negativo ya que probablemente influyo en su estilo de vida, responsabilidades y prioridades de vida y su primer pensamiento al tener un 75%(15) apoyo negativo de las personas que lo rodean, fue en un 80%(16) en abortar.

En cuanto a su impacto físico la mayoría de las adolescentes con un 80%(16) cree que no le afecta a su salud pero un 20%(4) cree que si, indicando que son más propensas al cáncer de útero, cambios en el estado de ánimo, disminución del peso, mientras que en un 25%(5) han presentado patologías frecuentes que en la mayoría de los embarazos se presenta como ITU y Vaginosis bacteriana, pero no presentan ninguna complicación grave o asociada al embarazo adolescente.

Referente a las razones planteadas por las adolescentes para quedar embarazada en un 75%(15) indican el no uso de los métodos anticonceptivos a pesar de sus

conocimientos previos, en segundo lugar con 10% (2) es la presión de la pareja a tener relaciones sexuales probablemente por la influencia de sus amigos o la curiosidad de su pareja.

## **5.1.2 RESULTADOS ANALITICOS.**

### **5.1.2.1 CONOCIMIENTO Y EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS.**

#### **Tabla N°6.**

Distribución de individuos según su conocimiento previo y el uso de anticonceptivos, de las mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010.

|  |           | <u>Uso de Anticonceptivo</u> |           | Total |
|--|-----------|------------------------------|-----------|-------|
|  |           | <i>Si</i>                    | <i>No</i> |       |
| <u>Conocimiento de métodos anticonceptivos</u> | <i>Si</i> | 6                            | 12        | 18    |
|  | <i>No</i> | 0                            | 2         | 2     |
| Total  |           | 6                            | 14        | 20    |

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios

Del 100%(18) de las adolescentes embarazadas que tienen conocimiento previo sobre los anticonceptivos, 33.3% (6) lo utilizan, mientras que el 66.7%(12) conoce los métodos pero no lo utilizan. Del 100%(2) de las que desconocen los métodos anticonceptivos todas no lo utilizan.

Obteniéndose un Chi cuadrado: 0,95 para 1 grado de libertad y un 95% de certeza estas variables no se relacionan,  $p= 0.32$ .

### 5.1.2.2 APOYO FAMILIAR Y EL PENSAMIENTO DE ABORTO

**Tabla N°7.**

Distribución de individuos según el apoyo familiar y el pensamiento de abortar de las mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010

|              |                 | <u>Pensamiento aborto</u> |           | Total |
|--------------|-----------------|---------------------------|-----------|-------|
|              |                 | <i>Si</i>                 | <i>No</i> |       |
| <u>Apoyo</u> | <i>Positivo</i> | 3                         | 2         | 5     |
|              | <i>Negativo</i> | 13                        | 2         | 15    |
| Total        |                 | 16                        | 4         | 20    |

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios

Del 100%(5) de las adolescentes embarazadas que reciben apoyo positivo por parte de la familia, 60% (3) piensan en abortar, mientras que el 40%(2) no piensa en abortar. Del 100% (15) que el apoyo fue negativo 86,6%(13) piensan en abortar, 13,4%(2) no piensa en abortar.

Obteniéndose un Chi cuadrado: 1,66 para 1 grado de libertad y un 95% de certeza estas variables no se relacionan,  $p= 0.19$ .

### 5.1.2.3 PATERNIDAD ACEPTADA Y EL PENSAMIENTO DE ABORTO

**Tabla N°8.**

Distribución de individuos según la paternidad aceptada y el pensamiento de abortar de las mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010

|                   |           | <u>Pensamiento aborto</u> |           | Total |
|-------------------|-----------|---------------------------|-----------|-------|
|                   |           | <i>Si</i>                 | <i>No</i> |       |
| <u>Paternidad</u> | <i>Si</i> | 3                         | 3         | 6     |
|                   | <i>No</i> | 13                        | 1         | 14    |
| Total             |           | 16                        | 4         | 20    |

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios

Del 100%(6) de las adolescentes embarazadas en la cual la pareja acepto la paternidad, 50% (3) piensan en abortar, mientras que el 50%(3) no piensa en abortar. Del 100% (14) en la cual la pareja no acepto la paternidad 92,8%(13) piensan en abortar,7.2% (1) no piensa en abortar.

Obteniéndose un Chi cuadrado: 4,82 para 1 grado de libertad y un 95% de certeza estas variables si se relacionan,  $p= 0.028$ .

#### 5.1.2.4 CONDICIÓN ECONOMICA Y EL PENSAMIENTO DE ABORTO

**Tabla N°9.**

Distribución de individuos según la condición económica y el pensamiento de abortar de las mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010

|                            |                | <u>Pensamiento de aborto</u> |           | Total |
|----------------------------|----------------|------------------------------|-----------|-------|
|                            |                | <i>Si</i>                    | <i>No</i> |       |
| <u>Condición económica</u> | <i>Buena</i>   | 3                            | 0         | 3     |
|                            | <i>Regular</i> | 12                           | 3         | 15    |

|              |             |    |   |    |
|--------------|-------------|----|---|----|
|              | <b>Mala</b> | 1  | 1 | 2  |
| <b>Total</b> |             | 16 | 4 | 20 |

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios

Del 100%(3) de las adolescentes embarazadas en la que su situación económica era Buena (más de un dólar diario), pensó en abortar, mientras que del 100% (15) que su situación económica era regular (un dólar diario); 80%(12) pensó en abortar mientras que el 20%(3) no lo pensó y del 100%(2) donde su situación económica era mala (menos de un dólar diario); 50%(1) pensó en abortar,50%(1) no.

Obteniéndose un Chi cuadrado: 1,87 para 1 grado de libertad y un 95% de certeza estas variables no se relacionan,  $p= 0.392$ .

#### 5.1.2.5 GRUPO DE EDAD Y EL CONOCIMIENTO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

**Tabla N°10.**

Distribución de individuos según el grupo de edad y su conocimiento de los métodos anticonceptivos en las mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010

|                    |           | <b>Conocimiento anticonceptivo</b> |           | <b>Total</b> |
|--------------------|-----------|------------------------------------|-----------|--------------|
|                    |           | <b>Si</b>                          | <b>No</b> |              |
| <b>Edad (años)</b> | <b>15</b> | 0                                  | 2         | 2            |
|                    | <b>16</b> | 6                                  | 0         | 6            |
|                    | <b>17</b> | 7                                  | 0         | 7            |
|                    | <b>18</b> | 5                                  | 0         | 5            |

|              |    |   |    |
|--------------|----|---|----|
| <b>Total</b> | 18 | 2 | 20 |
|--------------|----|---|----|

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios

Del 100%(2) de las adolescentes embarazadas de 15 años no presentan conocimiento sobre métodos anticonceptivos, de 16 años el 100% (6), de 17 años 100%(7) y 18 años 100%(5) presentan conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.

Obteniéndose un Chi cuadrado: 20,00 para 3 grados de libertad y un 95% de certeza estas variables si se relacionan,  $p= 0.0000$ .

### 5.1.2.6 NIVEL DE INSTRUCCIÓN E INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

**Tabla N°11.**

Distribución de individuos según el nivel de instrucción y su inicio de vida sexual activa en las mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010

|                                    |                   | <b>Inicio de vida sexual activa (años)</b> |           |           |           | <b>Total</b> |
|------------------------------------|-------------------|--|-----------|-----------|-----------|--------------|
|                                    |                   | <b>14</b>                                  | <b>15</b> | <b>16</b> | <b>17</b> |              |
| <b><u>Nivel de instrucción</u></b> | <b>Primaria</b>   | 1  | 1         | 0         | 1         | 3            |
|                                    | <b>Secundaria</b> | 0  | 2         | 10        | 5         | 17           |
| <b>Total</b>                       |                   | 1  | 3         | 10        | 6         | 20           |

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios

Del 100%(3) de las adolescentes embarazadas que tienen un nivel de instrucción primaria el 33.3%(1) su inicio de vida sexual es a los 14 años, 33.3%(1) 15 años y el 33.4% 17 años, mientras que el 100% (17) que tiene nivel de instrucción secundaria

11.8%(2) su inicio de vida sexual es a los 15 años, 58.8%(10) 16 años y 29.4%(5) 17 años.

Obteniéndose un Chi cuadrado: 8,23 para 3 grados de libertad y un 95% de certeza estas variables si se relacionan,  $p= 0.04$ .

### 5.1.2.7 CONDICIÓN ECONOMICO E INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

**Tabla N°12.**

Distribución de individuos según la condición económica y su inicio de vida sexual activa en las mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010

|                            |                | <b>Inicio de vida sexual activa (años)</b> |           |           |           | <b>Total</b> |
|----------------------------|----------------|--|-----------|-----------|-----------|--------------|
|                            |                | <b>14</b>                                  | <b>15</b> | <b>16</b> | <b>17</b> |              |
| <b>Condición económica</b> | <b>Buena</b>   | 0  | 1         | 2         | 0         | 3            |
|                            | <b>Regular</b> | 1  | 0         | 8         | 6         | 15           |
|                            | <b>Mala</b>    | 0  | 2         | 0         | 0         | 2            |
| <b>Total</b>               |                | 1  | 3         | 10        | 6         | 20           |

**Fuente:** Encuestas realizadas a las adolescentes embarazadas.

**Realizado por:** Md. Víctor Hugo Freire Palacios

Del 100%(3) de las adolescentes embarazadas que tienen condición económica buena el 33.3%(1) su inicio de vida sexual es a los 15 años, 66.7%(2) 16 años, mientras que el 100% (15) que su condición económica es regular 6.6%%(1) su inicio de vida sexual es a los 14 años, 53.3%(8) 16 años y 40.1%(6) 17 años, y del 100% (2) que su condición es mala su inicio de vida sexual es a los 15 años.

Obteniéndose un Chi cuadrado: 16,08 para 6 grados de libertad y un 95% de certeza estas variables si se relacionan,  $p= 0.13$ .

## **5.2 DISCUSIÓN.**

Estudios realizados en los Estados Unidos de Norteamérica han puesto de manifiesto un aumento del nivel de la actividad sexual entre los adolescentes en los últimos 30 años. Si bien las tasas de fecundidad global y adolescente han disminuido, la mayor importancia relativa del embarazo en adolescentes es una problemática actual a la cual nos debemos enfrentar.

Es clara la relación del embarazo en la adolescencia con una mayor morbi-mortalidad materna, mortalidad perinatal, aborto, problemas psicológicos en la madre, deserción escolar, desempleo y pobreza, entre muchos otros, lo cual hace imprescindible tomar medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes. Para esto, la educación sexual constituye un pilar fundamental.

Sin embargo, en muchos casos la sola educación resulta ser insuficiente o bien ineficiente. Así lo demuestran los resultados obtenidos en este estudio, los que revelan que el 85% de las adolescentes embarazadas referían haber recibido educación sexual, ya sea en su hogar o lugar de estudios. Sin embargo, desconocemos los contenidos de esta educación, ya que esta información escapaba de los objetivos de este trabajo.

Por otra parte se debe considerar que la adolescencia corresponde a una etapa de la vida llena de cambios, en la que se produce un distanciamiento de las figuras

parentales, un acercamiento a los pares, un interés por el sexo opuesto y un sentimiento de invulnerabilidad, lo que los hace propensos a asumir conductas sexuales riesgosas. Por esto es que resulta necesario implementar medidas de prevención, dentro de las cuales resulta indispensable el uso de Métodos Anticonceptivos.

Sin embargo en nuestro país el tema de la anticoncepción en la adolescencia aún está lleno de controversias. El temor al desarrollo de conductas sexuales promiscuas es una de ellas. Los estudios demuestran que la educación sexual y la disponibilidad de acceso a clínicas de planificación familiar no aumenta la actividad sexual ni adelanta el inicio de la vida sexualmente activa, por el contrario, sostienen que las sociedades que abordan la cuestión de la salud sexual de los jóvenes con una actitud franca, abierta y de apoyo sufren menos las consecuencias negativas de la actividad sexual. Se ha demostrado que no existen evidencias que indiquen que el negar el acceso a la anticoncepción a los adolescentes den como resultado la abstinencia o el inicio tardío de la actividad sexual. Sin duda que en nuestros resultados destaca el alto porcentaje de adolescentes embarazadas que refirieron conocer algún método anticonceptivo previo a su embarazo 90%, lo que contrasta con el porcentaje que refirió utilizarlos de manera continua y adecuada (0% de aquellas que dijeron haber recibido educación sexual o tener conocimiento acerca de algún método anticonceptivo).

Otro resultado que llama la atención está relacionado con el tipo de método anticonceptivo utilizado por las adolescentes en nuestra población, siendo el más utilizado el preservativo masculino con el 66.7%, versus un 33.3% que utilizó anticonceptivos orales.

Estos resultados contrastan con varias evidencias descritas en la literatura, como la de Díaz, A; Sugg, C; Valenzuela M, publicadas en el 2004 en la Revista Sogía, Embarazo en la adolescencia, educación sexual y anticoncepción previa, en el que se encontró un mayor uso de los anticonceptivos orales, frente al preservativo masculino.

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años, Los/as adolescentes representan el 20% del total de la población ecuatoriana. Concordando con los resultados obtenidos en este estudio que indican que del total de madres adolescentes encuestadas la edad promedio de embarazo fue 16.75 años, con un rango de edades que va desde los 15 a los 18 años, correspondiendo a la adolescencia tardía en el 60% de los embarazos adolescentes.

La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la subregión andina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres.

En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa), lo que difiere de los resultados obtenidos en este estudio ya que el 85% de mujeres adolescentes embarazadas tienen educación secundaria.

Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Ecuador, mientras poco más del 10% de las adolescentes de mayor nivel de ingresos son madres o se embarazan. Asimismo, al analizar las tasas de fecundidad por Área, se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas (3.9 vs. 2.9).

Ecuador es uno de los países con menor asistencia de adolescentes al nivel secundario de educación, con menos del 50%, lo que supone un factor de riesgo para la ocurrencia del embarazo en estas edades, así como una consecuencia del mismo.

En relación con el embarazo adolescente, según ENDEMAIN 2004, el 45% de adolescentes que se embarazaron, no estudiaban ni trabajaban comparado con nuestro estudio el 55% de las adolescentes embarazadas actualmente no tienen ninguna ocupación.

Las tasas de desempleo son siempre mucho más elevadas entre los jóvenes de 15-24 años, comparados con los demás grupos de edad y el desempleo es mayor entre las mujeres. Los/as adolescentes son quienes presentan menores tasas de ocupación, y adolescentes y jóvenes que trabajan y tienen hijos, por su menor edad y poca experiencia, encuentran mayores barreras para encontrar trabajo, y la gran mayoría trabaja en empleos de baja productividad, con bajos salarios, sin cobertura de la seguridad social y con limitaciones para su crecimiento personal.

En el caso de las mujeres, se profundizan las diferencias entre las adolescentes y jóvenes pobres, que trabajan en menores proporciones, y las no pobres, que en su gran mayoría están ocupadas. Los asalariados informales incluyen sobre todo a jóvenes que abandonan la escuela tempranamente, transitan y/o permanecen en el mercado informal sin superar la educación secundaria, muchos de ellos/as haciéndose jefes/as de sus hogares con hijos/as.

## **CAPITULO VI.**

### **6.1. CONCLUSIONES.**

Para muchos jóvenes la adolescencia es un período de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro; en este sentido, el embarazo de las adolescentes es producto de una escasa e insuficiente información y educación sexual, por lo tanto es muy importante que el adolescente conozca todo lo relacionado al sexo y los roles, porque es necesario para que éste se pueda adaptar a su ambiente y a los individuos que lo rodean, para que comprenda las responsabilidades y deberes que va a tener, y también para poder desempeñar esa función sexual "aprobada por la sociedad".

Por otra parte, los factores que facilitan el embarazo en adolescentes son de orden físico, psicológico, social y cultural. El desconocimiento de métodos anticonceptivos, la inmadurez emocional que obstaculizan el análisis de las consecuencias de sus actos, la falta de oportunidades de estudio o trabajo, el bombardeo indiscriminado de estímulos eróticos, etc.

Entre los aspectos psicológicos que se relacionan con el embarazo en adolescentes tenemos: miedo a estar solo, posibilidad de sentirse adulto, carencia de afecto, necesidad de reafirmación como hombres o mujeres, relación y comunicación inadecuada con los padres, búsqueda de independencia, curiosidad sexual, presencia de embarazo pre-maritales de hermanas o madres. Algunas

características psicológicas de adolescentes que presentan embarazos precoces son: búsqueda de identidad propia, búsqueda de un sujeto a quien amar, búsqueda de beneficios sociales (tener novio, casarse), preocupación por afirmar su identidad sexual, probar su poder sexual, interés y curiosidad por lo prohibido, rebeldía, deseo de sentirse adultos, etc.

Una adolescente embarazada se crea un problema psicosocial, ya que el embarazo trae consigo una serie de responsabilidades, para las cuales no está preparada. La prosecución del embarazo conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación, además que la reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperable, lo que conlleva a una baja autoestima y a sentirse frustrado.

Desde el punto de vista físico, las mujeres que se embarazan antes de los 15 años tienen mayor probabilidad de presentar abortos, partos prematuros terminados en cesárea, uso de fórceps, mayor duración del trabajo de parto ocasionando sufrimiento fetal. Otra complicación es la toxemia (aumento de proteínas en la orina o presión arterial alta) pudiendo desencadenar, si no se trata, una eclampsia dañando el sistema nervioso pudiendo producir la muerte.

De lo antes expuesto cabe destacar la importancia de la educación oportuna y adecuada en cuanto a la formación sexual se refiere. Una opción importante en la prevención del embarazo durante la adolescencia, es que los adolescentes aprendan a tomar las mejores decisiones en su beneficio. Esta decisión será más afectiva si se basa en información pertinente y en valores personales. Tomar una decisión es un proceso es un proceso difícil si no se tiene la costumbre de hacerlo, pero existe la posibilidad de adquirir esta habilidad. Una vez que se empieza el individuo comienza a tener control de su propia vida y sentir satisfacción por ello.

El embarazo en adolescentes es un serio problema psicosocial con frecuentes connotaciones penales.

El aborto en las adolescentes es frecuente y con alta morbilidad materna por lo avanzado de la edad gestacional, y las deficientes condiciones técnicas, higiénicas y asépticas en que se realiza.

La prosecución del embarazo conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación.

El embarazo y parto en las adolescentes reconoce un alto riesgo de morbimortalidad materna, fetal y neonatal.

El hijo de madre adolescente tiene alto riesgo de maltrato y abandono, con frecuente cesión de adopción.

La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperable.

Para el control y contención de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante.

## **6.2. RECOMENDACIONES.**

Recomendaciones para los padres:

- **Dejar atrás las ideas anticuadas que impiden la comunicación con los adolescentes: y hablar sobre temas como el amor, las relaciones y la sexualidad.**

Si usted cree que no es fácil hablarle, no está solo; hay muchos padres en su misma situación. Si el adolescente se hace el "sabelotodo". Lo que ocurre es que a él/ella se le hace tan difícil tocar este tema. La realidad es que los adolescentes quieren que los padres sean las personas que les hable. Después de todo, los padres son los primeros maestros de sus hijos y por lo tanto, los hijos confían en los padres.

- **Comenzar a hablar sobre la sexualidad desde temprana edad y con frecuencia.**

Desde pequeño, el niño tiene curiosidad por su físico. Si comienza a explicarle paso a paso los cambios que ocurren en su cuerpo, cuando llegue el momento de entrar en detalles será menos incómodo para las dos partes. También aprovechar para hablarle de los sentimientos, ya que el niño está desarrollándose también en el aspecto emocional y social: él/ella está conociéndose a sí mismo y aprendiendo a comportarse en el mundo que le rodea. No esperar a que el adolescente sea grande para tener una sola conversación ya que la vida es una escuela

- **Supervisar las actividades sin dejar de entender que ya no son niños, sino jóvenes adultos que necesitan cierta independencia.**

A esta edad pasan de ser niños a ser adultos. Habrá momentos en que se comporten como chiquillos, durmiendo con un muñeco favorito o coleccionando tarjetas de deportes, y habrá otros en que se rebelen cuando se comienza a limitar sus salidas y horarios. Esta es la etapa más sociable de los adolescentes y propónganos conocer a sus amigos (ya que poseen una

gran influencia.). Debemos tratar al adolescente de manera justa y calmada, puede que él/ella comprenda que su único interés es el de protegerle.

- **Saber con quién salen los adolescentes.**

Cuando un hijo entra en la adolescencia, los padres deben supervisar su vida social. Los adolescentes más jóvenes debemos aconsejarles que salgan con amigos, en grupo. Y cuando les llegue el momento de salir en pareja, entonces recomendarles que traten de hacerlo con chicos(as) de su misma edad. Explicarles, por ejemplo, que las chicas que salen con jóvenes de mucha más edad se exponen a una presión mayor y se arriesgan a situaciones peligrosas, como un contacto sexual no deseado.

- **Supervisar lo que los adolescentes ven, leen y escuchan.**

En la televisión, las revistas y la radio abundan mensajes que pueden confundir y hasta perjudicar a los jóvenes. Esté al día con la información que recibe su hijo y aproveche para aclararle esos mensajes. A veces un simple comentario puede servir para iniciar una conversación importante y productiva.

- **Ayudemos a los adolescentes a fijar metas y a explorar opciones para el futuro.**

Pregúntele a sus hijos cuáles son sus intereses, qué quieren ser, qué quieren lograr. Ayúdeles a comprender las consecuencias que pueden tener las cosas positivas o negativas en su futuro. Explíqueles que especialmente una educación o un oficio y un poco de independencia económica son importantes si ellos quieren alcanzar sus metas. Explique también cómo un embarazo prematuro podría tener efectos negativos, ya que ellos serían los responsables de atender y proveer para el bebé.

- **La labor de un padre nunca termina.**

No importa la edad; de una manera u otra, los hijos siempre necesitarán de sus padres. Cultivar una buena relación con los hijos, tratándoles con amor, paciencia y respeto a través de sus vidas. Recuerde que cuando los padres y

los hijos se llevan bien, comparten no solamente el cariño sino también una buena comunicación.

- **Desanimar a los adolescentes a tener “novios” o citas muy temprano y frecuentemente.**

Las actividades de grupo con otros chicos de su edad están bien pero permitir que los adolescentes empiecen a ir a citas de uno a uno antes de los 16 años puedan tener consecuencias negativas.

Con las recomendaciones antes citadas lo que debemos buscar es una relación cálida, firme en la disciplina y muy rica en comunicación que enfatice el respeto y confianza mutua. No hay una sola manera de fomentar este tipo de relaciones, pero los siguientes hábitos pueden ayudarnos para nuestro propósito:

- Expresar amor y afecto claramente y a menudo. Abrazarlos y decirles lo mucho que significan. Elogiar sus logros pero recordar que las expresiones de amor y cariño se deben ofrecer libremente y no solo ligadas a ciertos logros.
- Escuchar cautelosamente lo que dicen y prestar atención especial a lo que hacen.
- Pasar tiempo con los adolescentes en actividades que estén de acuerdo con su edad e intereses. Las experiencias compartidas ayudarán a construir una “cuenta bancaria” de afecto y confianza que forma la base de la comunicación en el futuro, incluyendo acerca del comportamiento sexual.
- Dar apoyo y muestra interés por las cosas que les interesan a los adolescentes. Aprender acerca de sus pasatiempos, ser entusiasta acerca de sus logros, hasta los pequeños y hacerles preguntas que demuestren preocupación por lo que pasa en sus vidas.
- Ser cortés y respetuoso con los adolescentes, no usar técnicas de bromas negativas o el ridículo. No comparar al adolescente con otros integrantes de la familia o personas desconocidas
- Ayudar a construir una autoestima saludable desarrollando ciertas habilidades; la autoestima se forma, no se da y una de las mejores maneras de conseguir es haciendo algo bien.

- Compartir la comida en familia tan a menudo como sea posible, use estos momentos para entablar conversaciones y no confrontaciones.

### **Recomendaciones para que la adolescente lleve un embarazo saludable:**

- **Lo primero: Ir al médico** la primera recomendación para cualquier futura mamá es concertar una cita prenatal con un médico en cuanto se retrase el periodo o sospeche que está embarazada. Algunas mamás muy jóvenes esperan demasiado a veces por no saber qué hacer o por temor y esto puede afectar su embarazo de forma negativa.
- **La alimentación** es muy importante y podría mejorar con algunos cambios en la dieta del adolescente, como comer más frutas y vegetales y menos comida chatarra. Además, "las necesidades nutricionales de las adolescentes son muy diferentes de las de las mujeres adultas"
- **Fumar, consumir alcohol o drogas**, cualquier esfuerzo para reducir o evitar el uso de estas sustancias es beneficioso para la salud de la madre y del niño ya que evitaríamos muchas complicaciones maternas y sobre todo del neonato.
- **Las medicinas**, lo adecuado es no consumir ninguna medicación que el médico no lo prescriba, está indicado suplementos vitamínicos como el hierro y el ácido fólico.
- **El seguir en una institución educativa**, es beneficioso ya que es indispensable para el futuro de la madre como para su hijo ya que le daría mejores oportunidades. Como explica la educadora Jeanne Lindsay, "muchos de nuestros programas escolares demuestran que si la mamá participa en un grupo para embarazadas en la escuela, su probabilidad de tener un bebé de bajo peso o un parto antes de tiempo se reduce".
- **El estado de ánimo** merece atención. "Las adolescentes son propensas a tener episodios de depresión debido a todo lo que puede ocurrirles socialmente por estar embarazadas, ya sea con relación a la escuela, a la familia, a tener o no apoyo...". Si la adolescente se encuentra ansiosa, triste o estresada, comunicar al médico el cual determinará si corre el riesgo de padecer de depresión y le encaminará al especialista adecuado.

Convertirse en mamá no es fácil, y menos cuando la sociedad duda de las habilidades de los adolescentes simplemente porque son jóvenes. Aunque

existen riesgos médicos relacionados con el embarazo adolescente, el recibir la atención prenatal adecuada desde el inicio del embarazo y tomando conciencia de las recomendaciones del médico, al igual que llevando un estilo de vida sano, no hay motivo por el que no se pueda tener un embarazo saludable y, lo que es mejor: ¡el bebé más hermoso del mundo!

## **BIBLIOGRAFIA**

1. ORTIZ José; Promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos para la Salud. Ecuador, 2006

2. Palacios, Antonio. "Embarazo en adolescentes y su implicación académica" Barinas,Venezuela, 2006.
3. Gómes, C. (2007). *ASP regional*. México: UNFPA.
4. ENDEMAIN 2004. Encuestas DHS para Bolivia, Colombia y Perú; Rodríguez (2005) para Chile;\_ENDEMAIN para Ecuador.
5. CELADE (2004). Boletín Demográfico 73. América Latina y Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. Santiago de Chile.
6. Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México.
7. Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos Ecuador 2007.
8. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, Quito Ecuador Agosto del 2007, Cuarta reimpresión.
9. LEON, W. Et. Al 2008, Norma y Protocolo Materno Quito Ecuador. Ministerio de Salud Pública 2008.
10. GÓMEZ. J. 2009. El Control prenatal. Artículo publicado en El Observador: Semanario de noticias de Ecuador, y el mundo.
11. Molina R.: "Adolescencia y embarazo" Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992 Publicac. Técnicas MEDITERRANEO Santiago de Chile.
12. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, 2.000 EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.
13. Toro Merlo J., Uzcátegui Uzcátegui O.: "Embarazo en la adolescente" Rodríguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32. Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.
14. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la de la VI cátedra de Medicina. 2001;107:11-23

15. Serra FG, Spaciuk SM, Morales E, Arce GM, Avalos ME, Gómez VY. Riesgo reproductivo del adolescente en corrientes. Revista de posgrado de la VI cátedra de Medicina. 2002; 115:24-25.
16. Balestena Sánchez JM, Balestena Sánchez SG. Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. RCOG [en línea] 2005 [25 de noviembre de 2005]; 31(1). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_1\\_05/gin02105.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin02105.htm)
17. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones del embarazo. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(1). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_1\\_04/gin04104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin04104.htm)
18. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitac J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitac E. Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. RCOG. [en línea] 2002 [25 de noviembre de 2005]; 28(2). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28\\_2\\_02/gin04202.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol28_2_02/gin04202.htm)
19. Fernandez LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización del recién nacido en una muestra de gestantes adolescentes. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_2\\_04/gin03204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin03204.htm)
20. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. RCOG [en línea] 2004 [25 de noviembre de 2005]; 30(2). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_2\\_04/gin02204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04/gin02204.htm)
21. Lezcano SA, Vallejos Arce MS, Soderó H. Caracterización del recién nacido en madres adolescentes. Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2005;149:6-8
22. Romero MI, Maddaleno M, Silber Tomás J, Munist M. Salud reproductiva. En: Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suarez Ojeda EN, de. Manual de medicina de la adolescencia. EEUU: Publicación de la organización panamericana de la salud, 1992:473-518.
23. Ortigoza Corona E, Padilla Yasso PY, López Ortiz R. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. Ginecol y obstet Mex. 2002;70(1):28-35.

24. Távora Orozco L. Contribución de las adolescentes a la muerte materna en el Perú. *Ginecol Obstet Perú*. 2004;50(2):111-122.
25. Cutié JR, Laffita Batsta A, Toledo M. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. *Revista Chilena de Obstet Ginecol*. 2005;70(2):83-86.
26. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued Ahued A y col. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. *Ginecol obstet Mexico*. 2002;70(6):270-274.
27. León Carmona JC, Hernández Álvarez LAI, Hernández Hernández AC. Influencia de los factores socioculturales en la morbilidad y/o mortalidad materna y perinatal de adolescentes atendidas en tres estados de la república Mexicana. *Ginecol Obstet Mex*. 2002;70(7):320-327.
28. Cruz E. Mortalidad materna y perinatal en adolescentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2002;28(1):5-10.
29. Vázquez Niebla JC, Vázquez Cabrera J, Rodríguez P. Epidemiología de la rotura prematura de membrana en un hospital ginecoobstétrico. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2003;29(2).
30. Zelaya MB, Godoy AC, Esperanza LM. Estado nutricional en el embarazo y peso del recién nacido. *Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. 2003;125:1-6.
31. López JI, Lugones Botell M, Valdespino LM, Virilla Blanco J. Algunos factores maternos relacionados con el bajo peso al nacer. *RCOG* [en línea] 2004 [18 de octubre de 2005]; 30(1). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30\\_1\\_04/gin01104.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_1_04/gin01104.htm)
32. Romero Maciel MA, Cuenca EN, López GM, Rosales CS. Anemia y control del peso en embarazadas. *Revista de posgrado de la VI cátedra de medicina*. 2005;143:6-8
33. Rodríguez Domínguez OL, Hernández Cabrera J, Reyes Pérez A. Bajo peso al nacer. Algunos factores asociados a la madre. *RCOG* [en línea] 2005 [18 de octubre de 2005]; 31(1). URL disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31\\_1\\_05/gin05105.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol31_1_05/gin05105.htm)

## **ANEXOS**

### **ANEXO 1.**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**INSTRUCCIONES:** Este consentimiento informado luego de ser leído por las participantes de la investigación, deberán ser firmado, antes del desarrollo de la encuesta.

Usted, está invitada a participar en un estudio de investigación. Los estudios de investigación son diseñados para obtener información científica que pueden ayudar a otras personas, instituciones y comunidades en el futuro.

El objetivo de esta investigación es evaluar la Influencia física y psicológica del embarazo en las adolescentes y sus repercusiones en la sociedad en el Centro de Salud Carlos Elizalde, Área 4 Yanuncay, Cuenca Ecuador, Enero – Julio 2010.

Participarán en el desarrollo de la investigación Mujeres adolescentes, que se encuentren entre los 12 y 18 años 11 meses que estén embarazadas. Para realizar la investigación se

realizara una encuesta, la misma que consta de 21 preguntas, las mismas que nos ayudarán a dicha investigación.

Si por alguna razón cualquier persona decide no participar de esta investigación o no responder algunas de las preguntas que le haremos, esta decisión de ninguna manera le afectará.

Participar en la investigación puede significar proveer información que usted considere confidencial. Este estudio no involucra ningún riesgo físico para usted. La información que usted nos proporcione es absolutamente confidencial. Asumimos este compromiso, e implementaremos todos los cuidados necesarios (por ejemplo, mediante codificación de los registros y el mantenimiento de estos registros en un lugar seguro), aunque siempre puede existir algún riesgo que ésta sea divulgada.

No hay costos para ninguna persona ni para la institución por formar parte de la investigación, ni tampoco se le pagará algún dinero por la participación.

Por favor, tómese su tiempo para decidir y pida al personal del estudio explicaciones sobre cualquier palabra o información que no entienda. Para obtener mayor información sobre la investigación puede dirigirse Md. Víctor Hugo Freire Palacios (teléfono 084353525).

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2.**

### **ENCUESTA REALIZADA A LAS MADRES ADOLESCENTES**

#### **UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

#### **CENTRO DE SALUD "CARLOS ELIZALDE" AREA 4 YANUNCAY**

#### **ENCUESTA**

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Nº de formulario:** \_\_\_\_\_

#### **PREGUNTAS:**

1. Edad: \_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses.
2. Instrucción: Analfabeta \_\_\_\_  
Primaria \_\_\_\_  
Secundaria \_\_\_\_  
Superior \_\_\_\_  
Actualmente sigue estudiando SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

En caso de responder NO explique el porqué: \_\_\_\_\_

3. Estado civil: Soltero \_\_\_\_\_  
Casada \_\_\_\_\_  
Unión estable \_\_\_\_\_  
Viuda \_\_\_\_\_
4. Ocupación: \_\_\_\_\_
5. Inicio de vida sexual: \_\_\_\_\_ años.
6. Número de parejas sexuales: \_\_\_\_\_
7. Uso algún método anticonceptivo: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso de responder SI, indique cual y si lo utilizo frecuentemente.

Cual \_\_\_\_\_ Frecuencia SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

8. Como confirmó que estaba embarazada:  
Prueba de Sangre \_\_\_\_\_  
Prueba de Orina \_\_\_\_\_  
Ecografía \_\_\_\_\_
9. A quién acudió cuando se enteró que estaba embarazada:  
Papá \_\_\_\_\_  
Mamá \_\_\_\_\_  
Hermanos \_\_\_\_\_  
Pareja \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
10. Con quién vive actualmente:  
Papá \_\_\_\_\_  
Mamá \_\_\_\_\_  
Hermanos \_\_\_\_\_  
Pareja \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_
11. Como es la relación con la/las personas que vive:  
Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_
12. Su condición económica es:  
Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_
13. Recibió información acerca de Salud Sexual y Reproductiva:  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso de responder NO, Porqué \_\_\_\_\_

En caso de responder SI, en donde:

Hogar \_\_\_\_\_ Centro Educativo \_\_\_\_\_ Centro de Salud \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_ especifique \_\_\_\_\_

14. Conoce algún método anticonceptivo:  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Enumere dos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Al conocer que estaba embarazada como influyo en su vida:

Positivamente \_\_\_ Negativamente \_\_\_

16. El apoyo que recibió de las personas que la rodean al saber que estaba embarazada fue:

Positivo \_\_\_ Negativo \_\_\_

17. Su pareja acepto la paternidad: SI \_\_\_ NO \_\_\_

18. Usted cree que el embarazo a afectado a su salud: SI \_\_\_ NO \_\_\_  
como \_\_\_\_\_

19. A presentado alguna complicación en su salud durante el embarazo:

SI \_\_\_ NO \_\_\_ Cuál \_\_\_\_\_

20. Ha pensado en algún momento en abortar? SI \_\_\_ NO \_\_\_

21. Cuál considera usted que fue la razón por la cual se quedó embarazada?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gracias por su colaboración...

### ANEXO 3.

#### DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Adolescencia:** Es una etapa de transición de la infancia a la edad adulta en la cual desarrollamos todos los miembros de nuestro cuerpo, comprendida entre las edades de 12 y 17 ó 12 y 19 años. 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. Es considerada como un periodo 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.
- **Adolescencia Temprana (10 a 13 años):** Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y

se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

- **Adolescencia media (14 a 16 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. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.
- **Adolescencia tardía (17 a 19 años)** 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. 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".
- **Anticonceptivo:** Químico o mecanismo diseñado para prevenir embarazos no deseados.
- **Causa:** Lo que se considera como fundamento ú origen de algo. (Definición Operacional)
- **Consecuencia:** Hecho ó acontecimiento que se sigue o resulta de otro.
- **Control Prenatal:** Es el control que toda gestante debe tener para asegurar un buen desarrollo del niño dentro del vientre materno, así mismo como para preservar la buena salud de ella.

- **Educación Sexual:** De forma amplia, toda instrucción sobre el proceso y las consecuencias de la actividad sexual, generalmente dada a niños y adolescentes.
- **Embarazo:** Es el periodo del tiempo durante el cual un bebé se desarrolla en el útero de la madre.
- **Fecundidad:** Virtud y facultad de producir.
- **Incesto:** Relación carnal entre parientes dentro de los grados en que está prohibido el matrimonio.
- **Menarquia:** Aparición de la primera menstruación.
- **Obstetricia:** Parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.
- **Precoz:** Temprano, prematuro, que sucede antes de lo previsto o lo usual.
- **Prenatal:** Que existe o se produce antes del nacimiento.
- **Protección sexual:** Anticonceptivo, que se usa para evitar, las consecuencias de las relaciones sexuales.
- **Puberal:** Perteneciente o relativo a la pubertad
- **Pubertad:** Primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta.
- **Sexualidades** el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas, y psicológico-afectivas del mundo animal que caracterizan cada sexo. (2)

#### **ANEXO 4.**

**AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN.**