



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Tema:

“CONOCIMIENTO DEL NÚMERO DE ADOLESCENTES EN PERIODO DE GESTACIÓN QUE ACUDEN AL ÁREA DE GINECO-ÓBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO JOSÉ MIGUEL ROSILLO DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA, EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2013”.

TESIS PREVIO AL GRADO
PARA LA OBTENCION DE
TITULO EN MEDICINA
GENERAL

AUTOR: Joustin Valentino Torres Galarza.

DIRECTOR: Dr. Colón Ortega.

Loja - Ecuador

2013

CERTIFICACIÓN

Dr. Colón Ortega.

DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA

CERTIFICO

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración de la tesis de grado titulada "CONOCIMIENTO DEL NÚMERO DE ADOLESCENTES EN PERIODO DE GESTACIÓN QUE ACUDEN AL ÁREA DE GINECO-ÓBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO "JOSÉ MIGUEL ROSILLO DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA, EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2013", de autoría del estudiante Joustin Valentino Torres Galarza, previa la obtención del título de Médico General, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación del mismo para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente:



Dr. Colón Ortega
Director de tesis

AUTORÍA

Yo Joustin Valentino Torres Galarza, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Joustin Valentino Torres Galarza

Firma:.....

Cedula: 070432903-6

Fecha: 06-11-2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo Joustin Valentino Torres Galarza declaro ser autor de la tesis titulada "CONOCIMIENTO DEL NÚMERO DE ADOLESCENTES EN PERIODO DE GESTACIÓN QUE ACUDEN AL ÁREA DE GINECO-ÓBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO "JOSÉ MIGUEL ROSILLO DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA, EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2013", como requisito para optar al grado Medico General; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 6 días del mes de Noviembre del dos mil trece. Firma el autor.

Firma



Autor: Joustin Valentino Torres Galarza

Cedula: 070432903-6

Dirección: Miguel Angel y Diego Velásquez (Cdla. Sauces Norte)

Correo Electrónico: josvale_3003@hotmail.es

Teléfono: 2540582

Celular: 0989597012

Datos Complementarios:

Director de tesis: Dr. Colón Ortega

Tribunal de Grado: Dr. Telmo León

Dr. Marco Ruíz

Dra. Maricela López

DEDICATORIA

El presente trabajo se lo dedico a Dios por otorgarme la vida, por sus bendiciones que han hecho que decida adecuadamente en continuar esforzándome cada día por llegar a cumplir mis metas, a mi Madre y mi Padre por ese apoyo incondicional, por la confianza y el esfuerzo que ellos pusieron para permitirme cumplir con unos de mis sueños, a mi Abuelo Humberto por que con sus bendiciones desde el cielo me ha permitido elegir el camino correcto en mi vida, a mi abuelita por sus oraciones continuas y la protección que le ha pedido que Dios en el transcurso de mi carrera, a mis hermanos por que son el motivo del mi esfuerzo y mi felicidad, a la Familia del Pozo por ese apoyo en los momentos más difíciles de mi vida y fueron una guía en momentos de confusión y a esa persona muy especial que me ha apoyado desde el momento en que llego a mi vida hasta el momento en que pude cumplir con mi meta.

Autor

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Loja, a través del Área De Salud Humana, quienes gracias a su constante esfuerzo brindan lo mejor para sus alumnos, creando fuentes de práctica y enseñanza donde además de la formación científica nos dan una visión integral y humanística del paciente.

Al personal que labora en el Hospital Básico “José Miguel Rosillo” de la ciudad de Cariamanga quienes por su valioso aporte en los procedimientos hicieron posible la elaboración de este proyecto.

A mi director de tesis, quien germinó en mí la idea de este proyecto, guiándome con paciencia, siempre brindándome su apoyo y conocimientos, permitiéndome de esta manera la realización de este tema.

A mis maestros que a más de brindarme de forma desinteresada sus enseñanzas me dieron su amistad y apoyo incondicional en las diferentes etapas de mi carrera universitaria. Sin importar donde estén quiero hacerles saber que les estaré eternamente agradecido por formar parte de mi vida.

El autor.

1. Tema

“CONOCIMIENTO DEL NÚMERO DE ADOLESCENTES EN PERIODO DE GESTACIÓN QUE ACUDEN AL ÁREA DE GINECO-ÓBSTETRICIA DEL HOSPITAL BÁSICO JOSÉ MIGUEL ROSILLO DE LA CIUDAD DE CARIAMANGA, EN EL PERIODO ENERO A JUNIO DEL 2013”.

2. Resumen

El embarazo entre adolescentes ha llegado a ser una problemática de salud socio- económico que afecta a la población más desprotegida y que inclusive se ha relacionado con una transmisión intergeneracional.

Se realizó un estudio descriptivo para conocer cual es el número de adolescentes que acuden en periodo de gestación al área de Gineco- Obstetricia del Hospital Básico “José Miguel Rosillo” de la ciudad de Cariamanga. En el período seleccionado, se atendieron 336 adolescentes en estado de gestación de varias parroquias del Cantón Calvas, la cifra más alta fue en Marzo con 79 casos, el mayor porcentaje de las usuarias pertenecía a la área urbana de la ciudad con un 88.98%, la etapa tardía de la adolescencia (edad 17 – 19 años) se presentó con un 82%, aproximadamente el 79% de las usuarias tenía estudios secundarios, un 92% refieren conocimientos acerca de educación sexual y métodos anticonceptivos, el 47% no presentaron antecedentes de embarazos en la adolescencia, el 49% pertenecían a una clase socio-económica media, un 89% son hijas de padres emigrantes, casi el 61% refieren tener comunicaciones intrafamiliares regulares, por último, las principales complicaciones en el embarazo fueron la Infección del Tracto Urinario con el 88.39%, la Vaginosis Bacteriana con el 82.14% y el 40.5% Amenaza de Aborto.

Palabras claves: embarazo, adolescente.

SUMMARY

The teenagers pregnancy has become an issue of socio- economic health that affects the most vulnerable population and has even been linked to intergenerational transmission .

A descriptive study was conducted to know which is the number of teenagers who come to the area gestation period of Gynecology and Obstetrics Base Hospital " José Miguel Rosillo " Cariamanga city. In the selected period, 336 adolescents were treated in gestation for several parishes in the Canton Bald, the highest rate was in March to 79 %, the highest percentage belonged to the urban area of the city with a 88.98 %, stage late adolescence (age 17-19 years) were presented with 82%, about 79 % of users had secondary education, 92 % reported knowledge about sex education and contraception, 47 % had no history of pregnancy in adolescence, 49% belonged to middle socio-economic class, 89% are children of immigrant parents, almost 61 % reported having regular family communication, finally, the main complications in pregnancy were Urinary Tract Infection with 88.39 %, bacterial vaginosis with 82.14 % and 40.5 % Threatened Abortion.

Keywords: pregnancy , teenagers.

3. Introducción

El embarazo adolescente es un problema de gran magnitud dentro de los países de América Latina, los Sistemas de Salud empleados así como las campañas preventivas que algunos gobiernos ponen en marcha no son eficaces ya que la tasa global de embarazos en adolescentes sigue en aumento, desde un punto de vista socio-económico, el efecto negativo del embarazo en las adolescentes se debe a que un nacimiento en la adolescencia rebaja la razón de ingreso/necesidades de una mujer en más del 30%, siendo este un factor fundamental en la aparición de otro fenómeno importante que puede afectar a la economía de un país, así como el desarrollo adecuado de un individuo, la pobreza, la transmisión intergeneracional de la pobreza, se relaciona con el ser madre adolescente ya que aumenta la probabilidad de ser pobre de 16% a 28%.

Algo muy importante que tenemos que mencionar es que la probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección.

Otro punto muy importante es que son un grupo con un alto porcentaje de factores de riesgo de sufrir complicaciones en el embarazo, parto y posparto sobre todo en las adolescentes menores de 15 años no tanto por la inmadurez de su aparato reproductor sino por la falta de acceso a servicios de salud.

En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, según se evidencia, las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación comparadas con las de niveles educativos más altos.

Otro aspecto de las consecuencias de esta situación es que el 67% de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes, en comparación con el 35% en el caso de madres no adolescentes, algunos estudios mencionan que, 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.

Explicando de esta manera la problemática tanto nacional como de América Latina nos hemos propuesto en investigar acerca del número de pacientes que acuden a los servicios de salud Gineco-obstétrica de un hospital básico de la región para de esta forma determinar cual el rango de edad y la etapa de la adolescencia en la cual predomina el embarazo, así mismo permitirnos establecer los principales factores de riesgo que afecta a este grupo de la población, permitiéndonos identificar las principales complicaciones que se presentan en la mayoría de las adolescentes en periodo de gestación, este estudio se realizara con la ayuda de 2 instrumentos fundamentales en la recolección de cada uno de estos datos la Historia Clínica Gineco – Obstétrica y la Historia clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.

De esta forma nos permitiremos conocer si las leyes que amparan a los adolescentes y las normas y protocolos de atención integral de los adolescentes se están aplicando correctamente por parte del personal laboral del Ministerio de Salud Pública.

4. Marco Teórico

4.1 LA ADOLESCENCIA.

4.1.1 Antecedentes teóricos del tema.

4.1.2 Definición

El vocablo “adolescencia” deriva de la voz latina “adolece” que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Esta etapa comprende edades muy variables de un niño a otro, pero se acepta como intervalos aproximados los 10 y 19 años. La “pubertad describe una de las fases de la adolescencia, la encargada del desarrollo de la capacidad de procrear que se inicia con la primera emisión de líquido seminal en el varón, y con la menstruación en la mujer”.

La Adolescencia es una etapa compleja de la vida que presenta una serie de problemas importantes que resolver, los que deben ser correctamente encarados para llegar a una vida adulta normal.

La adolescencia, se describe como el período del ciclo de vida humano comprendido entre la niñez y la juventud, durante el cual se observan cambios significativos en la vida de las personas: en la maduración sexual, en el orden fisiológico, en el pensamiento lógico y formal, así como en el relacionamiento social.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales. En cambio, el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS), divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. ¹

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

¹ MSP. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes. Ecuador-Quito. [2009]. Pág. 23-27

15 a 19 años. Los/as adolescentes representan el 20% del total de la población andina, aunque esta proporción irá decreciendo en los próximos años debido a la dinámica de transición demográfica. Algo más de la mitad de adolescentes se concentra en Colombia y Perú, y la otra mitad en el resto de los países andinos.²

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.

En el año 2008 , la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2'783.108, que representan el 20,8% de la población total, distribuidos 1'423.941 (51.2%) en adolescentes tempranos (10-14 años) y 1'359.167 (48.8%) en el grupo de adolescentes tardíos (15-19 años).³

4.1.3 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.

La adolescencia según las diferentes edades tanto en hombre como en mujeres se le puede dividir en 3 etapas cada una con características propias:

4.1.3.1 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 con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos. Personalmente se preocupa por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

4.1.3.2 Adolescencia media (14 a 16 años).- Es la adolescencia

² MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP), /MINISTERIO DE EDUCACION (ME), /MINISTERIO DE INCLUSION ECONOMICA Y SOCIAL (MIES), MINISTERIO COORDINADOR DE DESARROLLO SOCIAL (MCDS), INSTITUCIONES Y ONGs QUE TRABAJAN POR Y PARA LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA. DIRECCIÓN DE LA JUVENTUD. [en línea]. Ecuador, Quito. 2010. Disponible en internet: <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>

³ MSP. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes. Ecuador-Quito. [2009]. Pág. 30-33

propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su desarrollo y crecimiento somático. Es el periodo de máxima relación con sus amistades, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos es el inicio de experiencias y actividades sexuales, asume conductas omnipotentes casi generadoras de riesgos. Se preocupan por su apariencia física, desean poseer un cuerpo más atractivo y manifiestan fascinación por la moda.

4.1.3.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años).- Por lo general casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a los padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de amistades va perdiendo jerarquía. Desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

4.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

4.2.1 Definición:

El embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre entre los 10 y 19 años. Por la edad y condiciones sicosociales es considerado de alto riesgo, especialmente durante los dos primeros años de edad ginecológica.⁴

Presentan pensamientos y actitudes ante el embarazo que demuestran una baja percepción de la gravedad del evento, no observan daños potenciales para la salud, pero se muestran preocupados por lo económico y la falta de apoyo familiar. Algunos presentan ganancias afectivas ya que obtienen compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad.

Algunas refieren el momento ideal para embarazarse como el momento en que pueden tener estabilidad económica y no parece preocuparles sentirse

⁴ MSP. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Protocolos de atención integral a adolescentes. Ecuador-Quito. [2009]. Cap.: 2. Pág.: 57

preparados o desear el embarazo.

Rivera (2003) plantea que dentro de los factores que hacen que una adolescente se convierta en madre están el visualizar la sexualidad como algo malo, a menudo los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas, con frecuencia no esperan quedar embarazadas después de una relación sexual, son naturalmente impulsivos y es menos probable que actúen en forma planeada como los adultos y que acudan a los servicios de salud posteriormente.⁵

4.2.2 Factores que contribuyen al inicio de la sexualidad adolescente.

- a. Ignorancia en reproducción y sexualidad humana.
- b. Mala o deficiente comunicación con los padres.
- c. Ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad.
- d. Problemas entre los padres.
- e. Padres que viven separados.
- f. Ser hijo o hija de madre adolescente.

4.2.3 Factores que contribuyen a menor probabilidad de inicio de relaciones sexuales en adolescentes.

- a. Padres más instruidos y educados
- b. Buena o adecuada autoestima del adolescente
- c. Adolescente estudiando.
- d. Existencia de planes futuros.
- e. Ocupación del tiempo libre con actividades de desarrollo físico, intelectual, artístico o espiritual.

⁵ RIVERA, Sandra. Embarazo en adolescentes aspectos de tipo social psicológico y cultural. 2003. [en línea]. Disponible en Internet : <http://issuu.com/mijor/docs/embarazo-en-adolescentes>.

4.2.4 Actitud frente a la experiencia del embarazo.

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres.

Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la

presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven.

La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes. En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

4.2.5 SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA.

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas:

- a. Área genital o biológica, que se expresa en lo fisiológico.
- b. Área erótica relacionada con la búsqueda del placer.
- c. Área moral que se expresa en la estructura social, agrupados en los valores o normas aceptadas.

Rivera (2003) plantea los siguientes tópicos acerca de la sexualidad en la adolescencia⁶:

- ✓ Se debe destacar que una gran proporción de adolescentes no se embarazan de otro adolescente sino de un hombre adulto que puede

⁶ RIVERA, Sandra. Embarazo en adolescentes aspectos de tipo social psicológico y cultural. 2003. [en línea]. Pág: 4 Disponible en Internet : <http://issuu.com/mijor/docs/embarazo-en-adolescentes>.

duplicar o triplicarles la edad. Se le permite como derecho casi exclusivo ejercer el hombre su sexualidad mientras que a la mujer se le exige la represión y el control de sus emociones además de la responsabilidad respecto al bebe. Debido a esto usualmente la mujer abandona su educación, lo que le acarrea muchas dificultades en su desarrollo personal.

- ✓ El diagnóstico de embarazo se hace más tardíamente y por lo tanto las maniobras abortivas son de mayor riesgo. La provocación del aborto en adolescentes no cuentan con los recursos para pagar un experto y terminan aceptando maniobras y situaciones de gran riesgo de infección y hemorragias. Las complicaciones del aborto en adolescentes son de consulta más tardía de lo observado en adultas, pues no le dan importancia a los primeros síntomas y además esconden complicaciones hasta el momento en que la situación empeora.
- ✓ La ocurrencia más frecuente de embarazos adolescentes, en hijas de madres que fueron gestantes durante su adolescencia, si bien es un fenómeno frecuente en familias disfuncionales o monoparentales.
- ✓ La mayoría de adolescentes se ven abocadas a dejar sus estudios y a dedicarse a las labores del hogar mientras termina su embarazo y a buscar sub-empleos que de todas formas le representa una muy baja remuneración.

Ortiz (2005) en un estudio en Bucaramanga, teniendo una edad promedio de 17 años, se encontró que la mitad cursaba o había terminado la secundaria⁷.

⁷ ORTIZ, Ricardo et al. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga un estudio transversal. En: Revista med-UNAB. Bucaramanga 2005, vol. 8 no. 2, p. 71-77.

En su investigación con adolescentes de estratos bajos y medio-altos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Pantelides et al (2005) encontraron que, si bien las jóvenes del estrato bajo, se iniciaban algo más temprano que las del estrato medio-alto y no había diferencia entre los varones de los dos estratos, al llegar a los 18 años, la proporción de iniciados era superior en el caso de varones y mujeres de los estratos medio-altos. Esta diferencia en la exposición al riesgo de concebir, sin embargo, era totalmente compensada por el uso de la anticoncepción. Mientras solamente alrededor de un tercio de varones y mujeres de clase baja usaron anticoncepción consistentemente desde la iniciación, dos tercios de los varones y tres cuartas partes de las mujeres de clase media alta tuvieron esa conducta. Además es frecuente el desempleo o subempleo por la baja capacitación laboral, y a la vez impedida para obtener mayor capacitación por la carencia de recursos o la falta de tiempo, lo que conlleva a dependencia económica de los padres, de la familia extensa o en el mejor de los casos del compañero, generando sentimientos de baja autoestima⁸. Así mismo la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza.

4.2.5.1 Actividad sexual.- La maduración sexual de la mujer se inicia en la pubertad con la aparición de cambios corporales, estos cambios anteceden a la primera menstruación que es el signo más claro y que indican de qué están madurando los órganos internos de la reproducción. La secuencia de estos cambios culminan con la obtención de la capacidad reproductiva, la cual varía de una mujer a otra, las manifestaciones corporales como el crecimiento y desarrollo de las mamas, la aparición del vello púbico y la aceleración del crecimiento corporal anteceden en un lapso muy variable, el comienzo real de la menstruación. De igual forma, dado que algunos jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales

⁸ BUVINIC, Mayra. The fortunes of adolescent mothers and their children: a case study of the transmission of poverty in Santiago. Cited by: PANTELIDES, Edith. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina, investigación del Consejo Nacional de Investigaciones científicas y técnicas (CONICET) Argentina 2005.

desde los 12 años de edad, el informe recomendó que los programas estructurados de educación sexual comenzaran mucho antes de esta edad⁹.

4.2.6 MALTRATO DURANTE EL EMBARAZO.

Velasco en su estudio manifiesta que las madres solteras, vituperadas en nuestro medio, terminan dedicándose de cuerpo y alma al hijo o hijos que cargan como fruto del pecado, la ignorancia o la necesidad; o se convierten en madres abandonantes, maltratantes, que entregan o son despojadas de sus hijos por abuelas, familiares o instituciones estatales que aunque las culpen, las liberan del peso de la maternidad.¹⁰

4.2.7 SALUD Y RIESGOS DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

Si la embarazada está lo suficientemente desarrollada en su estatura los embarazos evolucionan bien, tienen una duración promedio y el parto puede llegar a ser normal.

Algunas adolescentes embarazadas constituyen uno de los grupos de alto riesgo, que puede ser dada por su madurez física como por dificultades sociales y económicas y al mismo tiempo aceleran el crecimiento demográfico.

4.2.7.1 Riesgos biológicos.

- ✓ Algunas gestaciones presentan pequeñas hemorragias iniciales que pueden ser confundidas como anomalías menstruales sin importancia
- ✓ La amenorrea en los primeros meses no atrae la atención, razón por lo que a menudo el embarazo se confirma casi al tercer mes.

⁹ THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES. La educación retrasa el inicio de la vida sexual [en línea]. En: Network en Español. Primavera 1997, vol. 17 no 3. Disponible en Internet: http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v17_3/nt1734.htm

¹⁰ VELASCO, Gladys y MEDINA, Marta. La adolescente gestante soltera y su familia. Trabajo de grado. Especialista en salud familiar integral. UPTC. En: Biblioteca virtual para la vigilancia de la salud pública en Colombia, Tunja 1997. 77 p.

- ✓ Mas del 10% de todos los nacimientos anuales se dan en mujeres entre los 15 y 19 años y por falta de maduración del organismo, el riesgo de mortalidad es dos a cuatro veces más alto en adolescentes que en mujeres mayores de 20 años. La mortalidad en neonatos es mayor cuando son de madres adolescentes.

4.2.7.2 Riesgos obstétricos.

- ✓ Atención prenatal inadecuada. Que se da más que todo por los esfuerzos de la adolescente por ocultar su embarazo y la dificultad para disponer de servicios adecuados o la inexistencia de un servicio médico prenatal, hacen que no tenga un seguimiento adecuado. La OPS, asevera que los embarazos en adolescente, en los países en desarrollo, especialmente en América Latina, pasan con poco o ningún control. También se ha documentado una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social y embarazo no deseado¹¹.

Deficiencias Nutricionales: Alrededor del 20% de la población de los países subdesarrollados esta crónicamente desnutrida. Siendo la adolescencia una etapa de rápido crecimiento físico; hay aumento normal de las necesidades básicas, que se incrementan con la gestación:

- ✓ Menor crecimiento uterino
- ✓ Aumento en la frecuencia de abortos
- ✓ Mayor aumento en la amenaza de parto pre término
- ✓ Mayor frecuencia de pre-eclampsia
- ✓ Mayor frecuencia de trabajos de partos prolongados
- ✓ Mayor frecuencia de distocias como desproporción céfalo-pélvica, por las estrechas dimensiones pélvicas de la adolescente, si el feto tiene una talla normal.

¹¹ NÚÑEZ, Rosa M. et al. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos de anticoncepción postparto. En: Revista de Salud Pública de México. 2003, vol. 45 suplemento 1, p. 92-102.

- ✓ Mayor frecuencia en el número de cesáreas.

4.2.8 CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA.

4.2.8.1 Intelectuales.- El pensamiento desarrollado se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; comienza el empleo de la lógica formal para solucionar problemas, realiza planificación y elabora proyectos a largo plazo.

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. Según Vásquez (2001) en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo y perpetúa la dependencia económica de los padres.¹²

4.2.8.2 Emocionales.- Los adolescentes se deben enfrentar a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y lo que piensan de sí mismos, la aparición de la fecundidad como posibilidad de procreación, la identidad es el tema central de la adolescencia. Hay desubicación temporal, el yo se ha constituido en el eje del conflicto adolescente.

4.2.8.3 Sociales.- Hay crítica de las normas o valores familiares, especialmente lo que proviene de los padres y además se cuestiona la autoridad y disciplina.

Torres (2002) afirma que muchas adolescentes embarazadas tienen una historia de abusos y maltrato desde etapas muy tempranas; las víctimas describen los siguientes sentimientos: temor, culpa, desvalorización, asco, desconfianza,

¹² VÁSQUEZ, Ángela et al. Embarazo y adolescencia, factores biológicos, maternos y perinatales más frecuentes. En: Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. La Habana 2001, vol. 27 no. 2, p. 158-164.

aislamiento, odio, vergüenza, depresión, ansiedad, sentirse distinta a los demás, marginada. Las violaciones y los abusos pueden ser cometidos por extraños o conocidos pero nunca con culpa de la víctima, pues existe la errónea creencia de que es la víctima quien la provoca. El silencio en estos casos se convierte en el peor enemigo y a la vez en el mejor aliado para que se repitan los abusos.¹³

4.2.8.4 MADUREZ PSICO-SOCIAL DE LA ADOLESCENTE.

El desarrollo psicológico y social, se presentan hasta que los procesos emocionales y mentales se adapten uno al otro, sin producir desequilibrio se dice que la maduración precoz de 9 a 10 años, el adolescente tiende a adaptarse rápidamente a este tipo de desarrollo, y en la maduración tardía, al final de la adolescencia; donde son tratados como niños por el grupo que los rodea, trae conductas inadecuadas, al igual que en sus relaciones con las jóvenes, por lo general tienen autoestima baja. De ahí que, el personal de salud incluyendo enfermería deberá conocer las diferentes conductas del adolescente en estos periodos para poder dirigir de manera efectiva los programas de educación psico-sexual.

En concordancia con el desarrollo psicosocial del adolescente, la teoría de Freud y Erikson citada por Toledo, E. (2001) señala que a medida que el individuo madura, el impulso sexual o la búsqueda del placer sexual, que Freud, lo llamó libido, se concentra en diversas partes sensitivas del cuerpo según el desarrollo sexual: en la pubertad se despierta o renacen los impulsos sexuales, esta vez dirigido a personas del sexo opuesto, buscando la satisfacción a través del amor; a medida que trascurren los años, éste se va convirtiendo en un amor maduro, en el cual intervienen la satisfacción pospuesta, la responsabilidad y el amor por los demás, en todas sus expresiones.

¹³ TORRES, Carmen. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas. En: Revista la Ventana. Lima 2002, no. 16, p. 96-97.

4.2.9 SEXUALIDAD ADOLESCENTE.

Según la encuesta nacional de demografía y salud (ENDS 2010)¹⁴:

- ✓ Una de cada cinco adolescentes entre 15 y 19 años ha estado alguna vez embarazada: el 16 por ciento ya son madres y el 4 por ciento está esperando su primer hijo.
- ✓ El embarazo adolescente baja 1 punto porcentual pasando de 21 a 20 por ciento con relación al 2005. Esta aparente estabilización es importante de resaltar dado que en los últimos 15 años la tendencia era creciente. En 1990.
- ✓ El 13 por ciento de las adolescentes entre 15 y 19 años alguna vez había estado embarazada, en 1995 la cifra era de 17 por ciento, en el 2000 aumentó a 19 % y en el 2005 el 21 % de las adolescentes estaba embarazada o ya había tenido a su primer hijo.
- ✓ A medida que aumenta el nivel de educación y quintil de riqueza aumenta la edad de inicio de la primera relación sexual: las mujeres con menor educación inician en promedio a los 15.8 años, mientras que las de más educación lo hacen a los 18.9 años.
- ✓ La edad promedio de la primera relación sexual para las mujeres entre 25 y 49 años es de 18.1, de las cuales el 11 por ciento la tuvo antes de cumplir los 15, el 48 por ciento antes de los 18 y el 70 por ciento antes de los 20.
- ✓ El 88 por ciento de las mujeres inicia el uso de métodos anticonceptivos entre los 15 y 19 años.

¹⁴ FLOREZ Carmen Elisa. Victoria Eugenia Soto. Serie de estudios a profundidad ENDS 1990 – 2010. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2013]. Disponible en : <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS%201990%20.2010/Estudio%20a%20profundidad%20%20Embarazo%20adolescente%20-%20Final.pdf>

4.3 LA SITUACIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES¹⁵

4.3.1 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. 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. 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.

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP). Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. [en línea]. Quito - Ecuador. [2009] . Disponible en Internet:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevención%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf>

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.

4.3.2 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).

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.

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.¹⁶

4.3.3 Desigualdades y exclusiones.

El embarazo adolescente también expresa las enormes brechas socioeconómicas prevalecientes con relación a los niveles de ingreso y educación, así como las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales. Los registros y aumentos de la maternidad adolescente, se presentan en grupos socio-económicos bajos, en mujeres con menor nivel educativo y que viven predominantemente en áreas rurales. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta siete veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación, comparadas con las de niveles educativos más altos.

4.3.4 Algunos aspectos contextuales del embarazo en adolescentes en el Ecuador.

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.

La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década es al incremento, siendo la más alta de la sub-región 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).

¹⁶ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. [en línea]. Quito - Ecuador. [2009] . Disponible en Internet:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevención%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf>

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.¹⁷

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.¹⁸

¹⁷ MINISTERIO de Salud Pública. ENDEMAIN 2004. Centro de estudios de población y desarrollo social (CEPAR). Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Actividad sexual y reproductiva en mujeres de 15 – 24 años (adolescentes y jóvenes). Quito – Ecuador. [2005]. Disponible en:

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htm

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm

¹⁸ MINISTERIO de Salud Pública. ENDEMAIN 2004. Centro de estudios de población y desarrollo social (CEPAR). Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Actividad sexual y reproductiva en mujeres de 15 – 24 años (adolescentes y jóvenes). Quito – Ecuador. [2005]. Disponible en:

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htm

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm

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.

4.3.5 Aspectos asociados al embarazo en la adolescencia.

4.3.5.1 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.

La mayoría de las adolescentes unidas no usa actualmente 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. 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.¹⁹

4.3.5.2 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.

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.

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. 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

¹⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. ENDEMAIN 2004. Centro de estudios de población y desarrollo social (CEPAR). Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Actividad sexual y reproductiva en mujeres de 15 – 24 años (adolescentes y jóvenes). Quito – Ecuador. [2005]. Disponible en:

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htm

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm

adolescentes carecen por lo general de los conocimientos, actitudes y habilidades indispensables para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevenir el embarazo, negociar las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros.

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.

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.

4.3.5.3 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.

4.3.5.4 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.

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.

4.3.5.5 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 post-neonatal y en la niñez se encuentra evidencia en el mismo sentido.

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.

Hace falta estudios en el país sobre embarazo en adolescentes especialmente en menores de 15 años.

4.3.5.6 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.

4.3.5.7 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.

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 ODM (Objetivos del 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.

4.4 MARCOS LEGALES NACIONALES , ACUERDOS Y RESOLUCIONES INTERNACIONALES.²⁰

4.4.1 Constitución de la República.

La Constitución del Ecuador estipula:

4.4.1.1 Art. 11, numeral 2.- Todas las personas son iguales y gozarán de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condiciones socio-económicas, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

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

4.4.2 Reconoce a los/las adolescentes como sujetos de atención prioritaria a través de los siguientes artículos:

4.4.2.1 Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria:

4.4.2.1.1 Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad

²⁰ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes. Ecuador-Quito. [2009]. Capítulo:1. Pág. 19-21.

y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

4.4.3 Sobre los niños, niñas y adolescentes:

4.4.3.1 Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten.

El Estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los Consejos Estudiantiles y demás formas asociativas.

4.4.3.2 Art. 341.- El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

El sistema nacional descentralizado de protección integral de la niñez y la adolescencia será el encargado de asegurar el ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Serán parte del sistema las instituciones públicas, privadas y comunitarias.

4.4.3.3 Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección, y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

4.4.4 TRATADOS Y CONVENCIONES INTERNACIONALES.

El Ecuador ha suscrito varias convenciones, acuerdos y tratados internacionales que lo comprometen de manera vinculante con la garantía de los derechos de los y las adolescentes y particularmente, con el goce de la salud integral. Entre ellas se destacan:

- ✓ Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- ✓ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948.
- ✓ Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976.
- ✓ Convención sobre los Derechos del Niño, 1990.
- ✓ Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, 1991.
- ✓ Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
- ✓ Convención Internacional de los Derechos de las

- ✓ Personas con Discapacidad, suscrito por el Ecuador en 2007 y ratificado por la Asamblea Constituyente en 2008.
- ✓ Convención Iberoamericana de los Derechos de la
- ✓ Juventud, 2008.

4.4.5 LEY ESPECIAL.

4.4.5.1 El Código de la Niñez y Adolescencia ecuatoriano (2003), reconoce como adolescentes a las personas entre 12 y 18 años y estipula en relación a su derecho a la salud integral:

4.4.5.1.1 Art. 27.- Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.
2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten.
3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que la necesiten.
4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados.
5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente.
6. Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios.

7. Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales.
8. Vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permita un adecuado desarrollo emocional.
9. Acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre.
10. El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.

Se prohíbe la venta de estupefacientes, substancias sicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase a niños, niñas y adolescentes.

4.4.5.1.2 Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud. Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

1. Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior.
2. Fomentar las iniciativas necesarias para ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud, particularmente la atención primaria de salud.
3. Garantizar la provisión de medicina gratuita para niños, niñas y adolescentes.
4. Controlar la aplicación del esquema completo de vacunación.
5. Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental.
6. Organizar servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales.

4.4.5.1.3 Art. 30.- Obligaciones de los establecimientos de salud.- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

1. Prestar los servicios médicos de emergencia a todo niño, niña y adolescente que los requiera, sin exigir pagos anticipados ni garantías de ninguna naturaleza. No se podrá negar esta atención a pretexto de la ausencia del representante legal, la carencia de recursos económicos, la falta de cupo, la causa u origen de la emergencia u otra circunstancia similar.
2. Proporcionar un trato de calidez y calidad compatibles con la dignidad del niño, niña y adolescente.
3. Informar inmediatamente a las autoridades y organismos competentes los casos de niños o niñas y adolescentes con indicios de maltrato o abuso sexual. y aquellos en los que se desconozca la identidad o el domicilio de los progenitores.
4. Recoger y conservar los elementos de prueba de maltrato o abuso sexual.

4.4.6 DECRETOS EJECUTIVOS Y ACUERDOS MINISTERIALES.²¹

- ✓ Se declara mediante Decreto ejecutivo No. 620 de septiembre de 2007, la erradicación de la Violencia de Género hacia niños, niñas y adolescentes.
- ✓ El Acuerdo Interministerial No. 394 de 11 de julio de 2008 crea el Comité Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente, CIPEA.
- ✓ El Acuerdo 403 del Ministerio de Educación y Cultura institucionaliza la educación sexual en los establecimientos educativos, fiscales, particulares, fisco-misionales y municipales de país en los niveles de Educación Básica y Bachillerato, dando cumplimiento a la Ley sobre la Educación de la

²¹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes. Ecuador-Quito. [2009]. Capítulo: 1. Pág.: 21

Sexualidad y el Amor, al Plan Nacional para la Educación en la Sexualidad y el Amor y al Plan Nacional para la Erradicación de Delitos Sexuales en el ámbito escolar, con fecha 19 de agosto de 2006.

- ✓ El Acuerdo 089 de 2007 establece la Acción Integral para Adolescentes en Estado de Embarazo.
- ✓ El Acuerdo 436 de 2008 estipula que a las autoridades de los establecimientos públicos y particulares de los diferentes niveles y modalidades del Sistema Educativo Nacional les está prohibido exigir a los estudiantes la realización de la prueba vinculada con la identificación del VIH-SIDA, como requisito para inscripciones, matrículas, pases de año, graduación o por cualquier situación institucional.
- ✓ El Acuerdo 062 de 2008 institucionaliza el Plan de Erradicación de Delitos Sexuales en el Ámbito Educativo.
- ✓ El Acuerdo 482 de 2008 dispone la ejecución del Plan Nacional para combatir la trata, la explotación sexual, laboral y por otros medios, así como para garantizar la educación a las víctimas de trata de personas.

4.4.7 POLÍTICAS Y PLANES NACIONALES.

4.4.7.1 La Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (PSDSR) del MSP (2005) se propone, dentro de los fundamentos estratégicos:

- ✓ Implementar en todas las acciones de la política pública la no discriminación por género, etnia, edad, orientación sexual, discapacidad, condición de salud, condición socioeconómica, tipo o actividad.
- ✓ Fomentar la autonomía y el autocuidado como elementos fundamentales en la construcción de ciudadanía en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.
- ✓ Eliminar barreras legales, reglamentarias y sociales para tener acceso universal a la salud en general y a la salud sexual y salud reproductiva, en particular, con enfoque de derechos y sin discriminación por motivos de

género, edad, etnia, religión, cultura y orientación sexual, discapacidad, condición de salud, condición socioeconómica, tipo o actividad.

El Estado Ecuatoriano elaboró, conjuntamente con organizaciones de la sociedad civil, un **Plan Nacional de Derechos Humanos (PNDH)**, publicado en el Registro Oficial 346 del 24 de junio de 1998. Este instrumento ilustra la dirección de las políticas que el Ecuador debe aplicar en materia de derechos humanos. A través de este Plan Nacional el Estado asumió como compromiso impulsar políticas públicas basadas en los principios de:

- a) Interés superior del/de la adolescente.
- b) Ciudadanía social de adolescentes.
- c) Respeto a la diversidad etnocultural y de género.
- d) No discriminación.

4.4.7.2 El Plan Nacional de Desarrollo, 2007- 2011, establece entre sus metas prioritarias:

- ✓ Meta 3.5: Reducir el embarazo adolescente en un 25%.
- ✓ Meta 3.7: Reducir los accidentes de tránsito y delitos contra las personas.
- ✓ Meta 3.9: Desacelerar la tendencia de VIH/SIDA.
- ✓ Meta 3.11: Mejorar la calidez y calidad de los Servicios de Salud.

El Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción de El Cairo) de 1994, definió el término "derechos reproductivos" de la siguiente manera: "Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los

nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, como está expresado en los documentos sobre derechos humanos".²²

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing en 1995, se incluyó a la salud sexual como parte de la salud reproductiva y se estableció que "Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva y decidir libremente respecto a estas cuestiones, sin coerción, discriminación y violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual".

Finalmente, La Cumbre del Milenio en el año 2000, establece ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, con el propósito de garantizar un desarrollo económico sostenible, de ellos tres se refieren a: igualdad entre géneros y la autonomía de la mujer, reducción de la mortalidad en la infancia y al mejoramiento de la salud materna.

Ley Orgánica de Salud determina que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, así como la obligatoriedad de implementar acciones de

²² MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Plan nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. La Situación del Embarazo en Adolescentes. [en línea]. Ecuador- Quito. [2008]. Disponible en internet:

<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevención%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf>.

prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en adolescentes sin costo, esto además de otras disposiciones que constan en el capítulo de la salud sexual y salud reproductiva.

Leyes como la Ley de Educación de la Sexualidad y el Amor, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, Ley para la Prevención y Atención del VIH/SIDA, constituyen instrumentos jurídicos y legales que promueven y garantizan los derechos sexuales y reproductivos, al establecer el acceso universal a servicios de: atención integral en casos de violencia intrafamiliar y promoción del buen trato, salud sexual y salud reproductiva, educación sexual. Además establecen una articulación entre las acciones del Gobierno e instancias de control y veeduría social.

El 30 de marzo del 2007 en la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina uno de los temas priorizados en la región mediante la resolución XXVIII 437 fue la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Se conformó un comité con representantes de los seis países, quienes elaborarán el Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

4.5 SITUACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES EN LA REGIÓN ANDINA Y PARTICULARMENTE EN EL ECUADOR.

La manera en la cual es vivenciada y socializada la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) durante la adolescencia, resulta trascendental para el resto de sus vidas y para la calidad de vida futura ya que es en esta etapa cuando se instauran los estilos de vida saludables o de riesgo. Es así como la SSR en adolescentes se convierte en un área de atención prioritaria para la comunidad internacional, las organizaciones civiles, la academia y los Estados. Sin embargo, a la fecha las y los adolescentes no han recibido suficiente atención ni información por lo que el ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y demás derechos permanece bastante limitado.

La fecundidad global ha disminuído de manera marcada en América Latina en

general, y en la Subregión Andina en particular, debido al influjo de factores socioeconómicos (urbanización, migración, industrialización, modernización, globalización), culturales (secularización de valores, individualización de proyectos de vida, nuevos estilos de vida, nuevas formas de organización familiar), educativos, de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en los planos de acceso a la información en general y en la anticoncepción). En muchos países la reducción de la fecundidad se ha registrado en un marco de intervenciones estatales en pro de la planificación familiar. Pero la fecundidad de las y los adolescentes, sin embargo no ha disminuído; en promedio la Tasa Global de Fecundidad general en la Subregión Andina cayó más de 1/3 entre 1975-1980 y 1995-2005, la fecundidad adolescente se redujo solamente 6%, permaneciendo alta y presentando inclusive tendencias al alza en algunos países.

La tendencia de la fecundidad adolescente en el Ecuador 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.

4.6 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.²³

4.6.1 CONTROL PRENATAL.

Procedimientos y actividades que los equipos de salud ofrecen a la adolescente embarazada y su pareja, así como a sus familias, para identificar factores de riesgo biopsicosociales o enfermedades en la gestante que puedan afectar al curso del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Sus componentes son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna, peri y neonatal e información sobre sus derechos, con enfoques de interculturalidad, género y generacional

²³ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Sistema Nacional de Salud (SNS). Consejo Nacional de Salud (CONASA) Componente Normativo Materno Neonatal. Componente Obstétrico.. Quito – Ecuador. [2008]

4.6.2 CUIDADO PRECONCEPCIONAL.

Es un componente del cuidado de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes para disminuir factores de riesgo que puedan afectar embarazos futuros, con énfasis en la promoción y prevención en salud

4.6.3 EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

Aquel que cursa con criterios de riesgo, que debe recibir atención en los niveles II y III.

El embarazo adolescente requiere servicios diferenciados y especializados, ya que aunque evolucione sin riesgo biológico ha sido considerado de alto riesgo, especialmente psicosocial.

4.6.4 INDICADORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO.

4.6.4.1 Personales.

- ✓ Edad menor de 15 años y/o menos de dos años de edad ginecológica.
- ✓ Desconocimiento de la fecha de última menstruación (indicador de déficit en acciones de autocuidado).
- ✓ Bajo nivel de instrucción o analfabetismo.
- ✓ Embarazo no deseado o no aceptado.
- ✓ Antecedentes personales o familiares de enfermedad crónico degenerativa o discapacitante.
- ✓ Discapacidad.
- ✓ Tentativa o intención de aborto.
- ✓ Trastornos depresivos, intento de suicidio.
- ✓ Consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- ✓ Antecedentes de feto muerto, malformado, aborto/s, parto prematuro.
- ✓ Adolescentes viviendo con VIH positivo.

4.6.4.2 Familiares.

- ✓ Sin pareja o apoyo familiar.
- ✓ Disfuncionalidad familiar.
- ✓ Nutrición inadecuada.
- ✓ Violencia intrafamiliar.

4.6.4.3 Socioculturales.

- ✓ Pobreza.
- ✓ Explotación laboral.
- ✓ Abuso sexual o violación.
- ✓ Adolescentes viviendo en situaciones de alta vulnerabilidad (menores de 15 años, fuera del sistema escolar, indígenas y afrodescendientes, viviendo en zona de conflicto, migrantes o hijas de migrantes, explotación sexual).

4.6.4.4 Servicios de salud.

- ✓ Barreras para el acceso a los servicios de salud (geográfica, económica, cultural, social).
- ✓ Identificación y/o captación tardía de la adolescente embarazada.

4.6.5 SECUENCIA DE ACTIVIDADES DEL MANEJO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

4.6.5.1 NORMAS DE ATENCIÓN A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

El control prenatal debe tener las siguientes características:

4.6.5.1.1 Completo e integral.

- ✓ Atención por personal calificado.
- ✓ Detección precoz del embarazo.

- ✓ Control periódico e integral de la embarazada.

4.6.5.1.2 Atención a:

- ✓ Riesgo nutricional.
- ✓ Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- ✓ Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- ✓ Infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- ✓ Enfermedades buco–dentales.
- ✓ Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

4.6.5.1.3 Precoz.

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible en toda paciente embarazada (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

4.6.5.1.4 Enfoque intercultural.

El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural, con comprensión de las prácticas ancestrales de curación, de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

4.6.5.1.5 Periódico.

Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento), con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.

4.6.5.1.6 Nivel mínimo eficiente: 5 controles.

- ✓ Uno en las primeras 20 semanas.
- ✓ Uno entre las 22 y 27 semanas.
- ✓ Uno entre las 28 y 33 semanas.

- ✓ Uno entre las 34 y 37 semanas.
- ✓ Uno entre las 38 y 40 semanas

4.5.1.6.7 Afectivo.

- ✓ Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- ✓ Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- ✓ Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.
- ✓ Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- ✓ Se deben realizar exámenes y pruebas que respondan a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

El embarazo en adolescente debe apoyarse también con:

- ✓ Plan de parto.
- ✓ Seguimiento postnatal.
- ✓ Programa educativo y preventivo.
- ✓ Club de padres y madres adolescentes.
- ✓ Psicoprofilaxis del embarazo y parto.
- ✓ Estimulación intraútero y temprana.
- ✓ Promoción de la lactancia materna.
- ✓ Planificación familiar y salud reproductiva.
- ✓ Nutrición y crecimiento.
- ✓ Fomento del rol materno y paterno.
- ✓ Puericultura y cuidado del recién nacido.
- ✓ Sexualidad y salud reproductiva.
- ✓ Escuela para padres y comunicación familiar.
- ✓ Escuela de parejas jóvenes.
- ✓ Fortalecimiento de la autoestima y toma de decisiones.
- ✓ Manualidades y opciones prácticas.

- ✓ Desarrollo del proyecto de vida.
- ✓ Reinserción escolar y Orientación vocacional.
- ✓ Economía familiar.
- ✓ Orientación legal.
- ✓ Desarrollo de la participación y ciudadanía.

4.6 PREVENCIÓN, MANEJO Y ATENCIÓN DE LOS DIFERENTES PERÍODOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

4.6.1 PERÍODO PRECONCEPCIONAL.

Los cuidados incluyen: abordaje de crecimiento y desarrollo normales, buen estado nutricional (evaluar anemia), desarrollo emocional, relación familiar y social, inicio de experiencia sexual, orientación y educación sexual, conocimiento y uso de anticoncepción, prevención de patología ginecológica e infecciones de transmisión sexual (ITS), prevención de abuso sexual y embarazos no deseados y relaciones equitativas con los varones para la toma de decisiones.

- ✓ Informar sobre los derechos, especialmente los sexuales y reproductivos.
- ✓ Indicar los beneficios de la postergación del inicio de las relaciones sexuales coitales: mientras más tarde comiencen será mejor, ya que estarán más maduros no sólo biológica sino psicológica y socialmente, lo que facilitará la toma adecuada de decisiones.
- ✓ Orientar e informar a la familia sobre sexualidad, derechos, comunicación y la importancia de la educación a los hijos/as sobre el desarrollo sexual, responsabilidad, toma de decisiones, valores, autoestima y proyecto de vida.
- ✓ Realizar la historia clínica de adolescencia a todos los/las adolescentes del área de influencia. Simultáneamente, brindar una guía preventiva en los temas de actividad sexual, riesgo de embarazo, ITS y abuso sexual.
- ✓ Facilitar el conocimiento y acceso a métodos de anticoncepción, especialmente los de barrera e incluyendo los de emergencia, como parte de sus derechos sexuales y reproductivos.

- ✓ Recomendar ácido fólico suplementario para prevención de lesiones del tubo neural en mujeres en edad fértil, especialmente a las que podrían estar en riesgo de embarazo (vida sexual activa, noviazgo prolongado, autoestima baja, familias disfuncionales) y que no han tomado decisiones efectivas de usar anticonceptivos o de posponer actividad sexual.

4.7 RIESGO DE EMBARAZO: CONSEJERÍA.

4.7.1 Definición:

La consejería es “un proceso interactivo que involucra a un consejero profesionalmente capacitado y a un usuario y tiene el propósito de mejorar el nivel de funcionamiento del usuario” (Faiver, Eisengart y Colonna, 2000). El consejero y el usuario trabajan en conjunto como aliados, ayudando el primero a crecer al segundo y a cambiar a través de la fijación de metas, el desarrollo de nuevas maneras de interpretar y manejar situaciones problemáticas, enseñándole a utilizar recursos internos y externos de una manera más efectiva.

- ✓ En el contexto de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, la consejería se conceptualiza como un encuentro en donde el proveedor actúa como facilitador de cambios de comportamiento, ayudando al joven a resolver un problema en una atmósfera comprensiva.
- ✓ A través del proceso de toma de decisiones, el consejero puede ayudar a los jóvenes a mitigar un problema o desafío, expandir sus habilidades, restablecer un sentido de bienestar y corregir algunas conductas autodestructivas (Spain, 1988). La consejería trata con problemas que emergen en la vida cotidiana de los jóvenes, quienes frente a ellos necesitan a alguien que los escuche con empatía, que proporcione información precisa sobre temas específicos como salud sexual y reproductiva y que pueda tener una actitud respetuosa sin juzgar sus preocupaciones.

4.7.2 Aspectos a considerar.

- ✓ Es parte de la promoción y prevención de la salud en adolescentes.
- ✓ El objetivo es acompañar a los/las adolescentes para la toma de decisiones adecuadas sobre su sexualidad, evitar el embarazo no deseado y prevenir las consecuencias negativas del inicio de relaciones sexuales.
- ✓ Fomentar relaciones de equidad entre varones y mujeres para evitar estereotipos de género.
- ✓ Informar y apoyar en la selección del método anticonceptivo más apropiado para ella/él y/o la pareja.
- ✓ Considerar que muchos casos de embarazo en adolescentes pueden ser producto de abuso sexual. Investigar y atender estas situaciones.
- ✓ Apoyar la permanencia o reinserción escolar.
- ✓ Fortalecer la estructuración o reestructuración del proyecto de vida.

4.8 PARTO Y POSPARTO.

4.8.1 Procedimientos para el parto y posparto.

- ✓ Asegurar el cumplimiento del plan de parto, garantizando una adecuada referencia y contrarreferencia de acuerdo a los niveles de complejidad. Procurar que sea atendida por un equipo con capacitación, sensibilidad y experiencia con adolescentes.
- ✓ Brindar apoyo emocional durante el trabajo de parto y posparto.
- ✓ Respetar el derecho de la adolescente en relación a su privacidad, pudor, prácticas culturales y acompañamiento de la pareja o familiar (según disponibilidad de la unidad operativa).
- ✓ Educación individual en el posparto inmediato sobre cuidados personales, lactancia, paternidad/ maternidad, relaciones de equidad entre varones y mujeres, promoción del desarrollo integral del/de la recién nacido/a.
- ✓ Consejería en aspectos legales y sociales.
- ✓ Control y seguimiento de la madre y del niño, de la pareja y de la familia.

- ✓ Mediación para la reinserción al medio familiar, escolar, social y/o laboral.
- ✓ Anticoncepción y prevención de embarazo subsecuente (durante el posparto inmediato o en el primer control, de acuerdo a la evolución de riesgo).
- ✓ El embarazo en la adolescencia, si bien puede tener riesgo obstétrico sobre todo cuando no existe un buen control prenatal es básicamente un problema psicosocial, asociado al deseo o no de ser madre o padre. La tarea del equipo de salud y de la red de apoyo es abordar los aspectos sicosociales, familiares, de pareja y legales.

4.8.2 COMPORTAMIENTOS PRENATALES DE RIESGO PARA EL VÍNCULO AFECTIVO Y MATERNAJE/PATERNAJE ADECUADOS.

- ✓ Autoimagen negativa.
- ✓ Preocupación excesiva por la apariencia física.
- ✓ Problema psicológico y emocional.
- ✓ Falta de preparación para el embarazo, el maternaje y paternaje.
- ✓ Fluctuaciones extremas del humor y estado de ánimo.
- ✓ Quejas somáticas excesivas.
- ✓ Falta de apoyo de la pareja y/o familia.
- ✓ Dificultades en el ámbito escolar.

4.8.3 COMPORTAMIENTOS POSNATALES DE RIESGO PARA EL VÍNCULO AFECTIVO Y MATERNAJE/PATERNAJE ADECUADOS.

- ✓ Dificultad para asumir responsabilidades.
- ✓ Mal prendimiento y mala comunicación afectiva con su hijo/a.
- ✓ Prácticas de lactancia inadecuadas.
- ✓ Actitudes negligentes en el cuidado del bebé.
- ✓ Negación de la maternidad/paternidad.
- ✓ Dificultad para la toma de decisiones.

- ✓ Búsqueda de afecto y/o apoyo económico en otras parejas.
- ✓ Falta de toma de decisiones para planificación familiar y alto riesgo de nuevo embarazo.
- ✓ Ausencia de proyecto de vida.
- ✓ Dificultad para la reinserción escolar o laboral y riesgo de explotación y maltrato en su trabajo.
- ✓ Dificultad para asumir roles materno y paterno.

4.8.4 SUGERENCIAS PARA CONSTRUIR Y MEJORAR LA PATERNIDAD/MATERNIDAD.

- ✓ El equipo de salud puede conformar grupos de preparación para la paternidad/maternidad (Club de madres y padres adolescentes), que faciliten contención y ayuda mutua mediante un diálogo abierto y participativo sobre temas de interés para los/las adolescentes, como:
- ✓ El involucramiento de los hombres se incentivará al facilitar su participación en la consulta, porque tienen la oportunidad de objetivar el embarazo, construir su paternidad y asumirla.
- ✓ Las familias también deberían participar en las consultas o en grupos de aprendizaje con padres, madres y eventualmente abuelas/abuelos. Es un momento para reafirmar los apoyos existentes por parte del padre o madre del/de la adolescente, disminuir las tensiones e ir definiendo los roles.

4.9 SUGERENCIAS OPERATIVAS.

- ✓ Colocar un letrero que identifique al/a la profesional que trabaja en esa área y su horario de atención.
- ✓ El ambiente será agradable y de acogida para la adolescente, su pareja y su familia.

- ✓ Disponer de papelería adecuada para el cumplimiento de las normas de atención, así como de material educativo durante la consulta.
- ✓ Una pequeña pizarra de tiza líquida junto al escritorio facilita que el profesional pueda informar y explicar esquemáticamente algunas actividades o diagnósticos de las usuarias.
- ✓ El mobiliario de la consulta incluye un biombo y una sábana extra.
- ✓ Los tiempos de consulta serán adaptados a los requerimientos de las usuarias. La consulta por primera vez durará en promedio 30 minutos, y las subsecuentes de 20 a 25 minutos.
- ✓ Se puede diferir algunas partes de la entrevista o el examen físico genital de acuerdo a la vinculación y el riesgo obstétrico de cada joven.
- ✓ Las citas subsecuentes se acordarán y registrarán en el carné de citas con la adolescente y su pareja, y serán registradas en la post-consulta de enfermería.
- ✓ Se tratará de acordar las consultas siguientes, en lo posible, con el mismo profesional.
- ✓ Se hará una evaluación diaria del cumplimiento de las citas subsecuentes, y se reportará a Trabajo Social a las jóvenes que no acudieron, para su seguimiento.
- ✓ Las indicaciones terapéuticas, interconsultas con otras áreas, citas a la pareja o familia y el involucramiento en actividades grupales o educativas deberán ser anotadas en las hojas de evolución y explicadas en detalle en la post-consulta de Enfermería y/o Trabajo Social.

4.9.1 SUGERENCIAS QUE GENERAN Y ASEGURAN CONFIANZA.

- ✓ Diríjase a la adolescente, su pareja y su familia con cordialidad. Estreche sus manos, ubíquelos en los asientos e inicie el diálogo presentándose de manera agradable.
- ✓ Pregunte a la joven y su pareja cómo desean ser llamados. Encierre en un círculo el nombre de preferencia de la joven y anote el de su pareja.

- ✓ Dé una explicación sobre las características del servicio, actividades, su consulta, su rol y el porqué de la entrevista. Se puede entregar un plegable informativo sobre las actividades de la unidad.
- ✓ Haga preguntas secuenciales y dentro de contexto, no hable demasiado, escuche atenta y respetuosamente. Escriba lo necesario.
- ✓ Utilice técnicas de entrevista que favorezcan la confianza. Realice preguntas abiertas, en espejo, de interiorización. Evite frases punitivas o moralizantes. Sea positivo/a, apoye y tranquilice a la adolescente, su pareja y su familia.
- ✓ Si bien el motivo de consulta suele estar claro (embarazo), se debe identificar los problemas que surgen como causa o consecuencia del mismo. Centrar la entrevista en los problemas prioritarios que aquejan a la joven y darles la importancia que requieran. Reconozca los mensajes y actitudes no verbales.
- ✓ Establecer límites y contención para las adolescentes inquietas o ansiosas. Apoyar a las adolescentes que entran en llanto o mutismo, y buscar formas alternativas de comunicación y acercamiento. Tener una actitud acogedora y comprensiva.
- ✓ Para el examen físico es importante preparar y explicar a la joven y su pareja o familiar presente los procedimientos y áreas del cuerpo que van a ser revisadas. La exploración ginecológica puede ser diferida para una consulta subsecuente.
- ✓ Se evaluará la oportunidad y el momento adecuado para la presencia de la pareja o de algún familiar para facilitar la confidencialidad. La asistencia de otras personas debe ser consultada con la joven.
- ✓ Trabajar con la pareja sus miedos y angustias sobre la paternidad.
- ✓ Los profesionales de la salud deben conocer las realidades locales y respetar las prácticas culturales.

5. *Metodología*

5.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se trata de un estudio descriptivo en el período de Enero – Junio del 2013; que se realiza en el Hospital Básico “José Miguel Rosillo” de la ciudad de Cariamanga, con el objetivo de establecer cuál es el número de adolescentes en periodo de gestación que acuden al servicio de Gineco-Obstetricia.

5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo prospectivo, en una serie de casos en pacientes adolescentes con diagnóstico de Embarazo, atendidos por el servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Básico “José Miguel Rosillo” de la ciudad de Cariamanga en el período Enero – Junio del 2013.

5.3 ÁREA DE ESTUDIO:

Lugar: La investigación será realizada en el Hospital Básico “José Miguel Rosillo”.

Ubicación: El Hospital Básico “José Miguel Rosillo” se encuentra ubicada en la Parroquia Cariamanga del Cantón Calvas perteneciente a la Provincia de Loja.

5.4 UNIVERSO

Universo: Todos los pacientes adolescentes que acuden con diagnóstico de embarazo al Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Básico “José Miguel Rosillo” de la ciudad de Cariamanga, durante el periodo Enero – Junio del 2013.

5.5 MUESTRA

Pacientes que acuden al Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Básico “José Miguel Rosillo” de la ciudad de Cariamanga con diagnóstico de embarazo y que se encuentran dentro del grupo de edad en estudio que es de 10 a 19 años, a los cuales se les realizará la Historia Clínica Perinatal para la recolección de datos.

5.5.1 Tipo de muestra

- ❖ **Muestreo no probabilístico:** por que existen criterios identificados para el estudio de la muestra.

5.5.2 Criterios de inclusión

Pacientes que acuden al Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Básico “José Miguel Rosillo” que se encuentran con diagnóstico de embarazo y con una edad entre los 10 a 19 años.

5.5.3 Criterios de exclusión

Pacientes que acuden al Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Básico “José Miguel Rosillo” que no se encuentran con diagnóstico de embarazo y dentro del grupo de edad en estudio.

5.6 FUENTE DE INFORMACIÓN: La información se recolectara mediante la realización de la Historia Clínica Perinatal.

5.7 MÉTODOS

- ❖ Observación.
- ❖ Encuesta.
- ❖ Entrevista.

5.7.1 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- ❖ Observación directa.
- ❖ Encuesta no estructurada.
- ❖ Entrevista con un grupo focal.

5.7.2 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

- a. Autorización:** Se solicitará el permiso respectivo al director del Hospital Básico en el que se va a realizar el trabajo.

- b. Supervisión y Coordinación:** Director y asesor de tesis, docente de la carrera de Medicina Humana.
- c. Proceso:** Se aplicará los instrumentos de recolección de información antes enunciadas a la población en estudio y en el tiempo establecido.

5.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Finalmente se realizará el correspondiente análisis, presentación e interpretación de resultados en gráficos estadísticos, más la discusión respectiva, comparando los resultados del presente estudio con aquellos ya existentes.

5.9 RECURSOS

5.9.1 Recursos humanos:

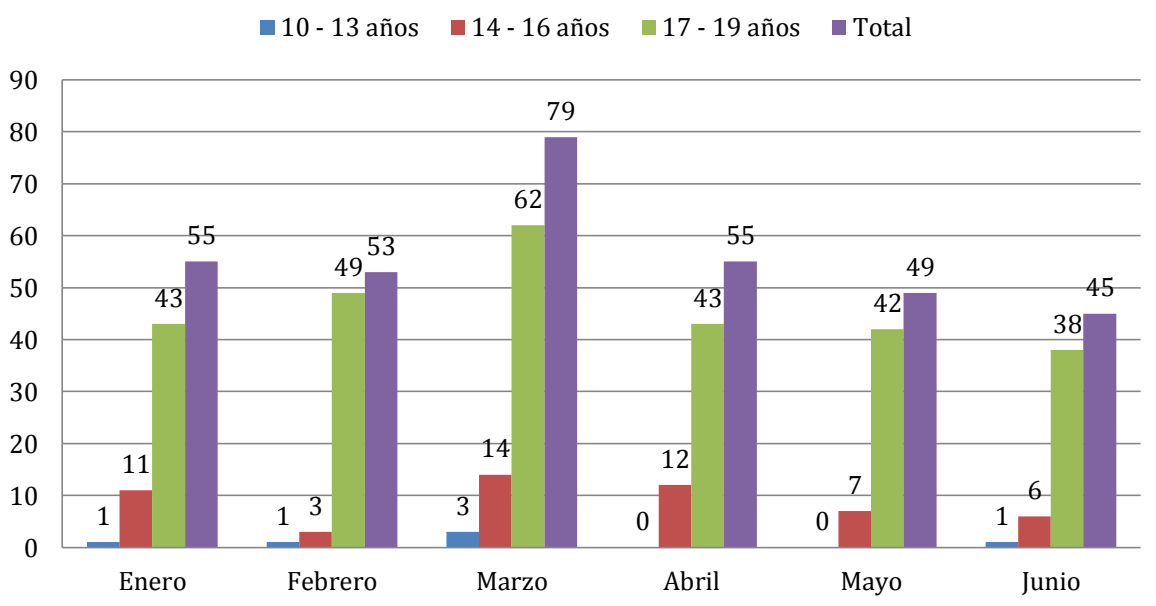
- ❖ Pacientes que acuden al Servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital Básico “José Miguel Rosillo” de la ciudad de Cariamanga con diagnóstico de embarazo y que se encuentran dentro de la edad de 10 a 19 años.
- ❖ Investigador: Joustin Valentino Torres Galarza.
- ❖ Director y Asesor de la Investigación: Docente de la carrera de Medicina.

5.9.2 Recursos institucionales

- ❖ Apertura al Hospital Básico “José Miguel Rosillo” de la ciudad de Cariamanga.

6. *Resultados*

Gráfico N° 1
Número de usuarias adolescentes en periodo de gestación que acuden al área de Gineco-Obstetricia del Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de la ciudad de Cariamanga en Enero - Junio del 2013.

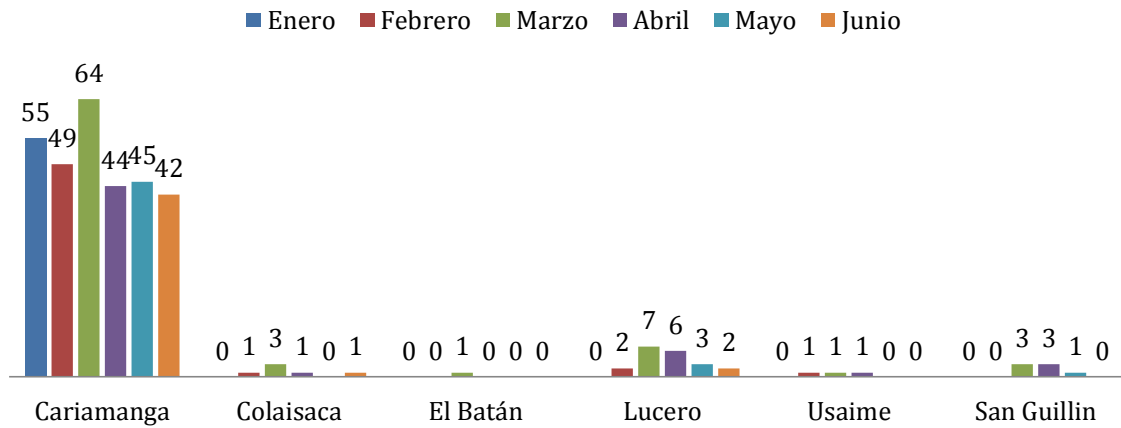


Fuentes: Historia Clínica Gineco-Obstétrica y Perinatal - Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga.
Elaborado por: Joustin Valentino Torres Galarza.

Interpretación: Según los datos obtenidos de las Historias Clínicas Perinatales del Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga se atendieron 336 usuarias con Diagnóstico de embarazo, observándose mayor número de usuarias durante el mes de Marzo con 79 pacientes que corresponden a un 23.51% de los casos atendido y una menor afluencia en el mes de Junio con 45 casos que corresponden 13.39 %.

Gráfico N° 2

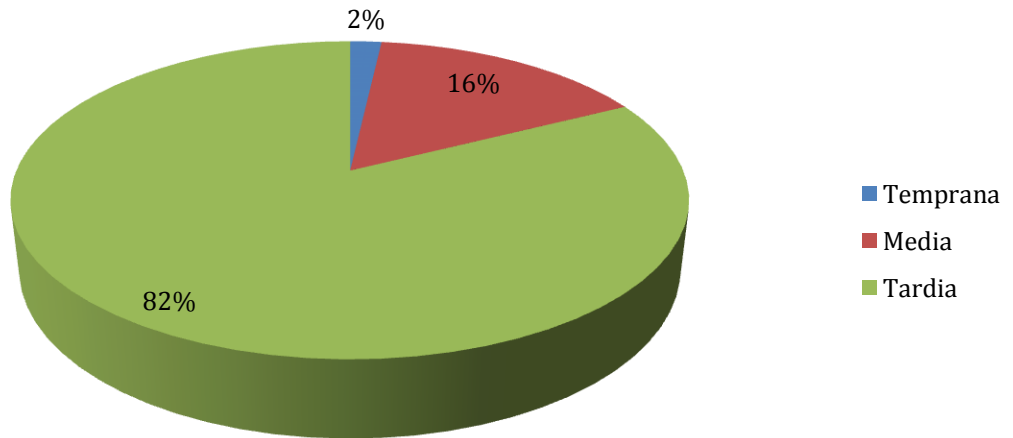
Número de usuarias adolescentes de las parroquias del Cantón Calvas con diagnóstico de embarazo que acuden al área de Gineco - Obstetricia del Hospital Básico " José Miguel Rosillo" de Cariamanga.



Fuentes: Historia Clínica Gineco-Obstétrica y Perinatal - Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga.
Elaborado por: Joustin Valentino Torres Galarza.

Interpretación: Según los datos obtenidos de las Historias Perinatales de las usuarias del Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga de los 336 casos que se atendieron en el área de Gineco-obstetricia 299 pertenecen a la Parroquia Cariamanga que corresponden 88.98 %, de la Parroquia Lucero 20 casos que corresponden un 5.95%, de la Parroquia Colaisaca 6 casos que corresponden a un 1.78 %.

Gráfico N° 3
Etapa de adolescencia con mayor frecuencia de embarazo

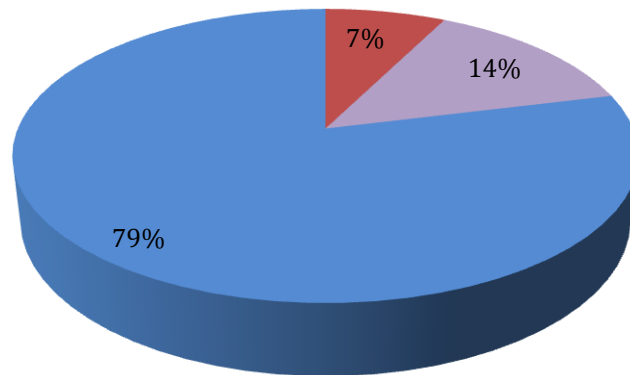


Fuentes: Historia Clínica Gineco-Obstétrica y Perinatal - Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga.
Elaborado por: Joustin Valentino Torres Galarza.

Interpretación: En la presente tabla se establece que la etapa de la adolescencia que presentó mayor número de embarazos es la Etapa Tardía con 277 casos de adolescentes entre los 17 – 19 años que corresponde a un 82% y la adolescencia temprana que ocupa el menor número de casos con 6 usuarias adolescentes entre los 10 – 13 años que corresponden a un 2%.

Gráfico N° 4 Educación

■ Ninguna ■ Primaria ■ secundaria

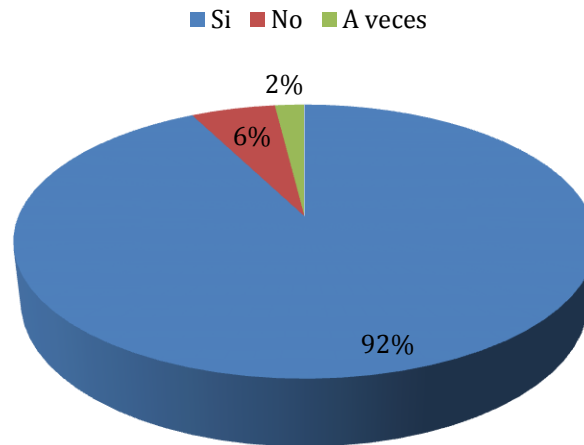


Fuentes: Historia Clínica Gineco-Obstétrica y Perinatal - Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga.

Elaborado por: Joustin Valentino Torres Galarza.

Interpretación: Según los datos obtenidos, de los 336 casos de embarazo en adolescentes 265 usuarias tienen un nivel de educación secundaria lo que corresponde a un 79% y el 7% no tuvo educación lo que corresponde a 25 casos.

Gráfico N° 5 Educación sexual y conocimiento de métodos anticonceptivo.

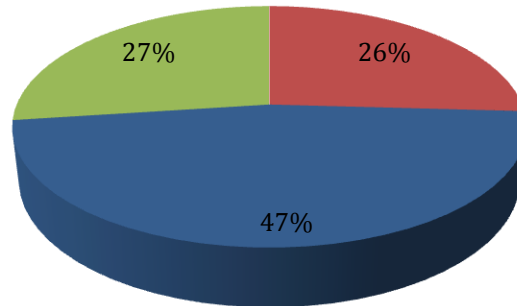


Fuentes: Historia Clínica Gineco-Obstétrica y Perinatal - Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga.
Elaborado por: Joustin Valentino Torres Galarza.

Interpretación: Según los datos estadísticos de las Historias Clínicas Gineco-Obstétrica se obtuvo que de los 336 casos de embarazo en adolescentes un total de 309 usuarias refieren que si recibieron educación sexual, lo que corresponde a un 92%, seguido de 20 usuarias que refieren no haber recibido educación sexual lo que corresponde a un 6%.

Gráfico N° 6 Antecedentes de embarazo en la adolescencia

■ Si ■ No ■ No lo sabe



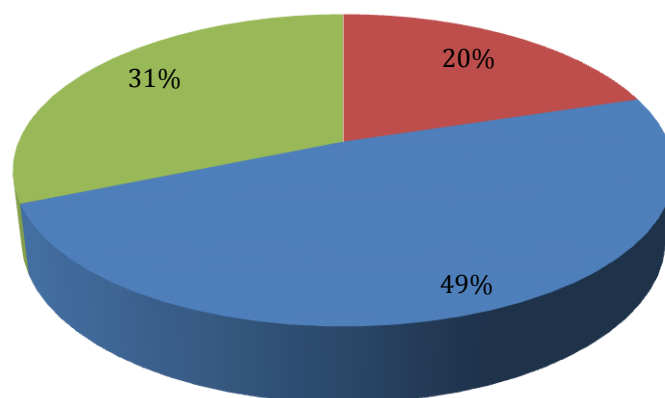
Fuentes: Historia Clínica Gineco-Obstétrica y Perinatal - Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga.

Elaborado por: Joustin Valentino Torres Galarza.

Interpretación: Según los datos obtenidos de la Historia Clínica Gineco-obstétrica 158 usuarias que corresponden a un 47% refieren no tener antecedentes de embarazo en la adolescencia y 87 usuarias que corresponden a un 26% refieren si tener antecedentes familiares de embarazo adolescente.

Gráfico N° 7 Condición Socio-económica

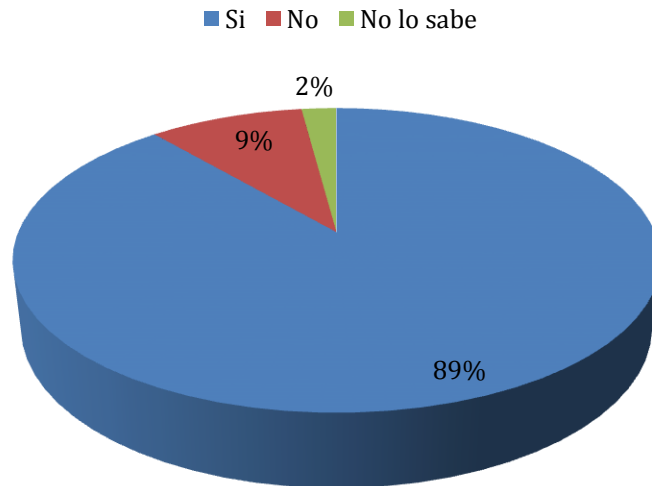
■ Buena ■ Regular ■ Mala



Fuentes: Historia Clínica Gineco-Obstétrica y Perinatal - Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga.
Elaborado por: Joustin Valentino Torres Galarza.

Interpretación: Según los resultados obtenidos de las Historias clínicas de las 336 usuarias con diagnóstico de embarazo, 163 que corresponde al 49%, refieren tener una condición socio-económica regular y 68 usuarias que corresponden al 20% refieren tener una condición socio – económica buena.

Gráfico N° 8 Hijas de padres emigrantes

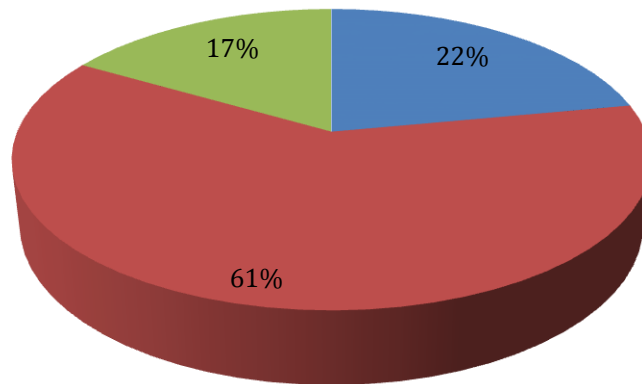


Fuentes: Historia Clínica Gineco-Obstétrica y Perinatal - Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga.
Elaborado por: Joustin Valentino Torres Galarza.

Interpretación: Según los datos obtenidos de las Historias Clínicas Gineco-obstétricas de las 336 usuarias, 298 usuarias que corresponden al 89 % refieren ser hijas de padres emigrantes y 7 usuarias que corresponden al 2 % refieren no saberlo.

Gráfico N° 9 Relaciones Intrafamiliares

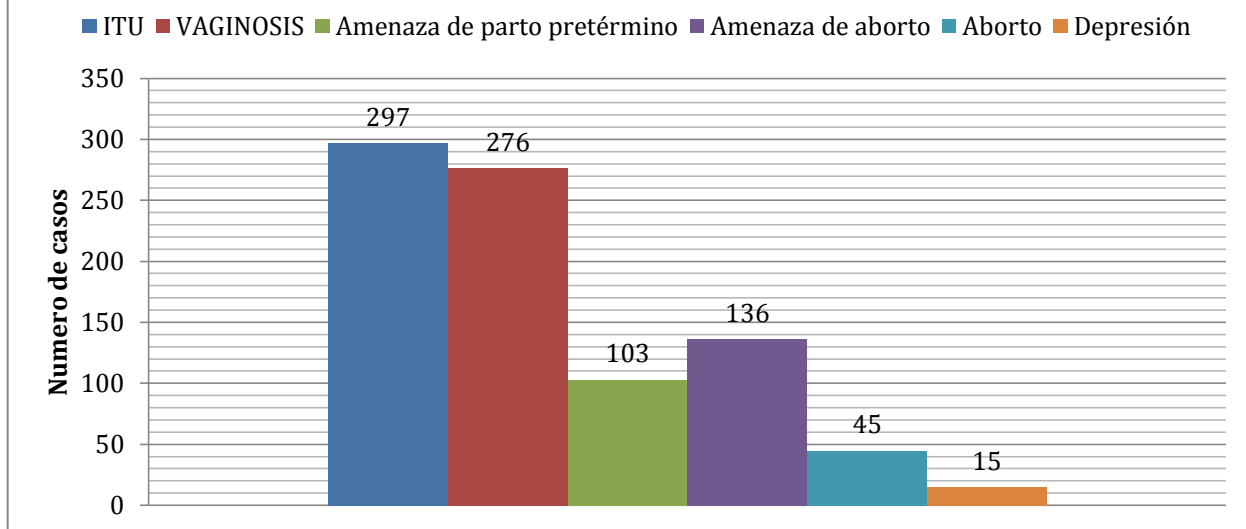
■ Buena ■ Regular ■ Mala



Fuentes: Historia Clínica Gineco-Obstétrica y Perinatal - Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga.
Elaborado por: Joustin Valentino Torres Galarza.

Interpretación: Según los datos obtenidos de la Historia clínica Gineco-obstétrica se establece que de las 336 usuarias con diagnóstico de embarazo 206 que corresponden a un 61% refieren tener relaciones intrafamiliares regulares y 56 usuarias refieren tener relaciones intrafamiliares malas las cuales corresponden a un 17%.

Gráfico N° 10
Principales complicaciones de la adolescente durante el embarazo



Fuentes: Historia Clínica Gineco-Obstétrica y Perinatal - Hospital Básico "José Miguel Rosillo" de Cariamanga.
Elaborado por: Joustin Valentino Torres Galarza.

Interpretación: Según los datos obtenidos de las Historias Clínicas Gineco-obstétricas y Perinatal de las 336 usuarias 297 presentaron durante su periodo de embarazo Infección del Tracto Urinario que corresponden al 88.39 %, seguida de 276 casos de Vaginosis que corresponde al 82.14 % del total de las pacientes y en tercer lugar 136 casos de amenaza de aborto.

7. Discusión

De acuerdo a la bibliografía presentada en donde se pone en evidencia la alta incidencia del embarazo en adolescentes y la problemática que este conlleva en nuestra sociedad, llegando a ser un problema de salud y socio- económico que afecta a la población más desprotegida, podemos comparar los resultados obtenidos con lo que se expresa en varios estudios en los cuales algunos de los factores de riesgo y los resultados obtenidos en nuestra investigación concuerdan, sin embargo otros son contradictorios.

De esta forma podemos decir que de los 27.568 habitantes del cantón Calvas las pacientes en periodo de gestación representan el 1.21% del total de la población, de los 19 343 habitantes de la ciudad de Cariamanga las pacientes atendidas representan el 1.54%, sin embargo en un estudio realizado por la UNICEF en Ecuador, explica que del total de la población de la Provincia de Loja se presentó un 8% de casos de embarazo en adolescentes y que la tasa de mayor predominio fue para Provincias Los Ríos, Manabí, Morona Santiago, Sucumbíos, Zamora Chinchipe con un 13% presente en cada provinciaⁱ, siendo un elevado número de adolescentes en periodo de gestación en nuestro estudio, el cual obtuvimos en un periodo de 6 meses a nivel de una parroquia, puede llegar a ser un porcentaje incierto al compararlo con la población total de un país, sin embargo se puede observar claramente que los porcentajes son elevados, esto puede deberse a la falta de accesibilidad a los servicios de salud para los adolescentes o el incumplimiento de los protocolos de atención integral para la salud de los adolescentes vigentes en nuestro país.

En el estudio ENDS (Encuestas Nacionales de Demografía y Salud) de acuerdo con los resultados de la serie de Encuestas de Demografía y Salud en Colombia, la proporción de adolescentes madres o embarazadas se incrementó significativamente entre 1990 y 2010 al pasar de 12,8 % a 19,5 %, aunque en los últimos cinco años muestra una leve tendencia a la baja.ⁱⁱ

La mayoría de adolescentes en periodo de gestación en el presente estudio pertenecían al área urbana lo cual es contradictorio con el estudio ENDEMAIN, el

cual se explica que en Ecuador la proporción de mujeres alguna vez embarazada es más alta en el área rural.ⁱⁱⁱ De igual manera en un estudio realizado por la OPS mencionan que según encuestas demográficas y de salud realizadas en los últimos años en algunos países de América Latina y El Caribe la tasa de embarazo en las adolescentes que viven en áreas rurales es más alta que en las que viven en zonas urbanas.^{iv}

En el estudio ENDS (Encuestas Nacionales de Demografía y Salud) se menciona que el embarazo adolescente es más común en las zonas rurales que urbanas y mayor entre las mujeres de menor nivel socioeconómico. Sin embargo, la tendencia creciente del embarazo adolescente de las últimas décadas se observa tanto en áreas urbanas como rurales y en mujeres de diferente nivel socioeconómico. Entre 1995 y 2005, la proporción de adolescentes madres o embarazadas aumenta más en la zona urbana que en la rural, mientras que entre el 2005 y 2010 disminuye un poco en la zona urbana pero se mantiene en la rural.^v

Además se presentó que la etapa de adolescencia y el rango de edad con mayor frecuencia de embarazos fue la etapa tardía que comprende a los adolescentes entre los 17 a 19 años de edad y en segundo lugar la etapa media que comprende adolescentes entre los 14 a 16 años, de igual forma en un estudio realizado en la ciudad de Ibarra se observó una alta incidencia de embarazos en adolescentes entre los 12 a 19 años y se ha determinado que la edad en la cual existe mayor número de embarazos es entre los 16 – 19 años.^{vi}

En siete países de América Latina se encontró que el 19,5% de las mujeres entre 15 y 19 años habían estado embarazadas, con una variación del 13 al 25% entre los países, además en el mismo estudio se evidenció que en Bolivia, la proporción de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es cercana al 21% , lo más alarmante es que hay un 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres^{vii}.

Un estudio realizado por la UNICEF en Argentina muestra un incremento acumulado del 11% en los últimos 20 años, 5% en la adolescencia precoz y 1% en la tardía.^{viii}

La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años es del 9% según se expresa en el Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar.^{ix}

Casi la totalidad de las adolescentes en estudio son estudiantes de secundaria las cuales corresponden al 79% de las usuarias. En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez.^x, sin embargo esto es contradictorio con las cifras antes expuestas, además, en un estudio en Bolivia, en que expresan que entre el 2003 y el 2008, más del 25 por ciento de las madres adolescentes apenas han concluido la educación primaria en este estudio se explica que entre las adolescentes sin educación, el porcentaje que son madres o están embarazadas es mayor al de aquellas con algún nivel de educación.^{xi}

En el estudio ENDS expone que la proporción de mujeres con al menos un embarazo varía del 67.8% en mujeres sin instrucción formal al 24.0% en las del nivel superior, además, en el total de las adolescentes, la asistencia escolar es menor entre las que han iniciado relaciones sexuales y menor aun entre las que han estado alguna vez embarazadas.^{xii}

En siete países de América Latina se encontró que el 19,5 por ciento de las mujeres entre 15 y 19 años habían estado embarazadas de ellas el 50 por ciento no tenía educación.^{xiii}

Observando los porcentajes en los estudios ya mencionados en los cuales se expone que el mayor número de casos de embarazos en los adolescentes se debe a la falta de instrucción educativa o de falta de estudios superiores sin embargo en nuestro estudio se observa claramente que el mayor número de embarazos se presentan en estudiantes de instrucción secundaria.

En el presente estudio el 92% de las usuarias que acudieron con diagnóstico de embarazo refieren haber recibido información acerca de educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos, en un estudio se menciona que el 81.6 por ciento de mujeres de 15 a 24 años ha recibido alguna información sobre temas de sexualidad, cifra que varía de 91.4% en el área urbana al 67.6% en la rural,^{xiv} lo cual coincide con nuestro presente estudio siendo así un problema de gran importancia debido a que la mayor parte de las jóvenes tienen conocimiento de la adecuada utilidad de métodos anticonceptivos y prevención del embarazo no deseado sin embargo la información que se les a facilitado no parece ser bien interpretada o no es bien difundida, de esta forma se concluye que los adolescentes no ponen en práctica los conocimientos acerca de los métodos conocidos.

También en el estudio EDEMAIN menciona que en el Ecuador, el 96.0 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo y el 95.5 por ciento de un método moderno. Los métodos más conocidos son las pastillas, la esterilización femenina, los condones, el DIU y la inyección. El nivel de conocimiento de al menos un método anticonceptivo varía del 97.8 por ciento entre la población mestiza al 74.9 por ciento entre la indígena. A mayor nivel de instrucción y nivel económico de las mujeres, es mayor la proporción que tiene conocimiento de los métodos^{xv}, sin embargo, este punto es contradictorio debido a lo ya expresado en el punto anterior donde se observa claramente que el mayor número de usuarias en periodo de gestación en el presente estudio son de estudio secundario.

Según un estudio realizado en Colombia el descenso del embarazo adolescente implica un aumento en el uso de métodos anticonceptivos en este grupo, como se evidencia de la serie de ENDS: entre 1995 y 2010, el uso de métodos modernos aumentó de 63,1 % a 87,2 % entre las mujeres de 15 a 19 años actualmente unidas, y de 66,9 % a 95,3 % entre las no unidas pero sexualmente activas y que recibir información de planificación familiar es más común entre las alguna vez embarazadas y menos entre el total de adolescentes.

El recibir educación sexual a través de los medios (televisión, Internet, etc.) muestra efectos marginales negativos estadísticamente significativos en ambos grupos, siendo mayor el efecto entre las adolescentes más jóvenes que entre las mayores. Recibir educación sexual por medios informales tiene efecto significativo negativo solo entre el grupo de adolescentes de 17 a 19 años.^{xvi}

Sólo el 7.1 por ciento de mujeres cuya relación sexual fue antes de los 15 años usó algún método.^{xvii}

En Chile, la V Encuesta Nacional de Juventud reveló que sólo un 2,5 por ciento de las y los entrevistados no usó un método de prevención porque quería tener un hijo, lo que demuestra la baja intencionalidad de embarazo dentro de las y los adolescentes, y la escasa concordancia de ésta con el uso de estos métodos.^{xviii}

En lo que corresponde al antecedente de embarazos adolescentes en generaciones pasadas, en nuestro estudio, podemos mencionar que muy pocas manifiestan ser producto de un embarazo adolescente, en un estudio realizado en Colombia los datos estadísticos fueron similares a los encontrados en el nuestro ya que encontraron que la mayoría de las gestantes no fueran hijas de madres adolescentes^{xix}.

El autor de un estudio manifiesta que generalmente las embarazadas adolescentes vienen de familia monoparentales matriarcales, donde la madre asume todos los roles y por ser la proveedora principal de alimentos y otros gastos del hogar, desatiende aspectos vitales como el acompañamiento en el desarrollo de los hijos, sumando a esta condición que no tiene una persona en quien delegar sus responsabilidades, trayendo esto varias consecuencias: los hijos carecen de modelos morales de referencia para guiar su conducta, muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a los jóvenes, y la adolescente empieza a sufrir un proceso de competencia e identificación con su madre, por tanto es frecuente que emule la conducta de esta, teniendo su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo su madre. Así mismo, en las familias monoparentales, el desarrollo de la personalidad del adolescente implica

más dificultades de adaptación que en los hijos de familias nucleares; aquellos muestran menos autocontrol y enfoques menos maduros en la resolución de problemas.^{xx}

Una gran parte de las adolescentes en estudio pertenecen a un nivel socio – económico regular o clase media, en un estudio realizado en la ciudad de Ibarra se observa varias concordancias con los resultados expuestos en el nuestro en el se menciona que se menciona que un alto porcentaje de adolescentes entre 12 – 19 años de edad no tienen ingresos económicos pues no trabajan, son de clase media, dependen de sus padres y se dedican a los quehaceres domésticos, dando como consecuencia un mayor riesgo de problemas socio-económicos, además también se observó un alto porcentaje de escolaridad de nivel secundaria incompleta que coincide con el porcentaje de ocupación de estudiante.^{xxi}

Sin embargo en otro estudio se mencionó que siete países de América Latina se encontró que el 60 por ciento de las adolescentes embarazadas vivía en la pobreza^{xxii}, esto puede ser debido a que en algunas de las regiones de los diferentes países aún se ve el apoyo por parte de familiares y no se presenta la exclusión y el maltrato psicológico que pueden expresar cuando se enfrentan a un embarazo de un miembro familiar adolescente.

Convertirse en madre en la adolescencia conduce a un menor nivel de educación y de estatus socioeconómico en general, argumento que se relaciona con el que afirma que la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza.^{xxiii}

En nuestro estudio se observó claramente que la mayor parte de las usuarias son hijas de padres emigrantes y que además las usuarias tenían pocas o casi escasas comunicaciones intrafamiliares con las adolescente siendo esta otro factor de importancia en la indecisión de dialogar situaciones de suma importancia durante su desarrollo psico-sexual.

En un estudio similar realizado en la ciudad de Portoviejo se mencionó que debido a la migración que existe en la ciudad influenciada por el desempleo y falta de apoyo de sus familiares e incluso del abandono de su pareja, de las cuales el 65% fueron amas de casa, se observó que un alto porcentaje de nuestros jóvenes optan por unirse a su pareja al enterarse que están embarazadas y solo un 28% seguía estudiando y cursaba la secundaria.^{xxiv}

En el estudio ENDS se menciona que el grupo de factores intrapersonales, el tipo de hogar nuclear y el clima educativo del hogar son factores protectores, pero con nivel de significancia aceptable solo en el grupo de adolescentes mayores (17 a 19 años).^{xxv}

Las adolescentes embarazadas en estudio presentaron complicaciones durante el embarazo de todo el grupo la mayor parte presento Infección de Vías Urinarias con un 88.39% acompañada de Vaginosis Bacteriana 82.14% correlacionando la presencia de un numero significativo de amenazas de aborto con 136 casos de 336 adolescentes en periodo de gestación que corresponde a un 40.47% que sumado explica una alta tasa de complicaciones durante el embarazo en las adolescentes.

En un estudio realizado en la ciudad de Portoviejo se expuso que de las 180 embarazadas en estudio, se observo complicaciones en 30 de ellas, que correspondió un 6% a anemia, el 5% a IVU, un 3% a pre-eclampsia, un 2% a RPM, un 1% a hemorragias, y otro 1% a otras complicaciones como la depresión materna post-parto, no observándose ninguna muerte materna, sin embargo el 82% no tuvieron complicaciones. Las complicaciones fetales fueron escasas, entre las más frecuentes el 4% a los abortos, el 3% a circulares de cordón, un 1% al sufrimiento fetal, un 1% a malformaciones y el 1% a otras complicaciones, no se observa muertes neonatales más bien una baja incidencia de complicaciones en comparación con estadísticas de otros establecimientos de la ciudad.^{xxvi}

En un estudio realizado en Colombia a adolescentes embarazadas expresaron que de todas las estudiadas pocas dijeron haber tenido las complicaciones de las que habla la literatura médica que ocurre en embarazos a temprana edad, además que las gestantes estudiadas están afiliadas al sistema de salud, y realizan control prenatal, circunstancias que actúan como factores protectores para que no se presenten las tan temidas complicaciones en el embarazo.^{xxvii}

La tasa de abortos en Sudamérica es una de las más altas de todo el mundo: 36 por cada 1.000 mujeres. La mayoría se realizan en condiciones inseguras. En Brasil, Colombia y Perú, una de cada 10 de las mujeres hospitalizadas por complicaciones de abortos son menores de 20 años. Asimismo, la mortalidad materna acumulada por embarazos terminados en aborto en cuatro países seleccionados para el período 2000-2008 fue de 9,91 por ciento en mujeres menores de 19 años.^{xxviii}

En nuestro país así como en América Latina las complicaciones durante el embarazo en la adolescente aun se desconoce por las usuarias y los sistemas de salud no cubren ampliamente las necesidades de una población para ello debería de darse mayor importancia a la usuaria adolescente ya que durante su periodo de gestación se ve sometida a maltrato tanto familiar, como local en diferente índole, pensando que al acudir a un galeno recibiría el mismo maltrato al cual esta siendo sometida, tal vez sea esta una de las causas por la cual no acuden a controles prenatales en la mayoría de los casos y por lo cual, en nuestro estudio se ve un gran número de usuarias con patologías de importancia, que pueden comprometer su embarazo, sin embargo, algunos sistemas de salud en otros países tratan de mejorar su actitud frente a la embarazada adolescente siendo de esta forma se ven resultados en número por mejora de la calidad de atención y salud.

8. Conclusiones

- ❖ El número de usuarias adolescentes en periodo de gestación que acudieron al área de Gineco-Obstetricia fue de aproximadamente 336 casos con diagnóstico de embarazo durante el período de Enero a Junio del 2013.
- ❖ Se puede concluir que la mayor parte de las usuarias en periodo de gestación se presentó durante el mes de Marzo, una menor afluencia de usuarias se presentó durante el mes de Junio, relacionándose con el aumento a nivel parroquial de los casos de embarazo que acuden a control y por presentar cuadros de amenorrea de varias semanas estableciéndose un diagnóstico de embarazo en la casa de salud en este estudio.
- ❖ Con referencia al punto anteriormente mencionado se aprecia que un gran número de usuarias que acuden al área de Gineco-Obstetricia con diagnóstico de embarazo de las diferentes parroquias del cantón Calvas pertenecían a la parroquia Cariamanga con el 88.98% de los casos reportados, la parroquia Lucero presentó el 5,95%, la parroquia San Guillin el 2.08%, la Parroquia Colaisaca el 1.78%, mientras que Usaime y El Batán presentaron el porcentaje más bajo con 0.89% y el 0.29% respectivamente, del total de casos atendidos en el Hospital Básico “José Miguel Rosillo” de la ciudad de Cariamanga.
- ❖ La etapa de adolescencia y el rango de edad con mayor frecuencia de embarazos fue la etapa tardía que comprende a los adolescentes entre los 17 a 19 años de edad con 277 casos, la etapa media que comprende adolescentes entre los 14 a 16 años presentó 53 casos y la etapa temprana que comprende a adolescentes entre los 10 a 13 años presentó 6 casos, del total de usuarias con diagnóstico de embarazo que acudieron al Área de Gineco-obstetricia del Hospital Básico “José Miguel Rosillo” de la ciudad de Cariamanga.

- ❖ Casi la totalidad de las adolescentes estudiadas son estudiantes de secundaria además manifiestan que si han recibido charlas acerca de la educación sexual y métodos anticonceptivos y que para la gran mayoría esta es su primera gestación. Esto puede demostrar que tienen un nivel de información pertinente acerca de educación sexual y métodos anticonceptivos, sin embargo, aunque teniendo conocimientos acerca del tema, no los están poniendo en práctica durante sus relaciones sexuales.
- ❖ En lo que comprende a la presencia de embarazos adolescentes en las generaciones pasadas, muy pocas manifiestan que son producto de un embarazo adolescente, hecho que si se compara con el inicio temprano de las relaciones sexuales y el poco uso de métodos anticonceptivos, podría llevarnos a la conclusión de que la ruptura del ciclo repetitivo de embarazo en adolescente no es un factor hereditario o a un acto que engloba a una tradición enteramente familiar, sin embargo, no deja de ser importante dentro de los riesgos para un futuro embarazo adolescente.
- ❖ Una gran parte de las adolescentes estudiadas pertenecen a un nivel socio – económico regular lo que contradice a lo enunciado en la literatura en cuanto a la pobreza como uno de los principales factores de riesgo, esto puede ser debido a que la mayor parte de las usuarias son hijas de padres emigrantes habiendo así una mejora en su estado socio-económico, sin embargo aparece como uno de los principales factores de riesgo junto con las pocas o casi escasas relaciones intrafamiliares en las adolescente debido a la falta del vinculo familiar, la desprotección y la ausencia de los padres como guías y ejemplos en sus decisiones de vida.
- ❖ En cuanto a las complicaciones durante el embarazo la mayor parte presento Infección de Vías Urinarias acompañada de Vaginosis Bacteriana correlacionando la presencia de un numero significativo de amenazas de aborto, estos hallazgos se puede corroborar debido al hecho de que en su

gran mayoría no acudían periódicamente a su control prenatal donde se realiza evaluación y seguimiento a su situación particular de salud.

9. *Recomendaciones*

RECOMENDACIONES

- ❖ A las autoridades de salud del Hospital Básico “José Miguel Rosillo” de Cariamanga, para que se continúen las investigaciones acerca del embarazo adolescente y se realicen estudios de este fenómeno en las comunidades o se capten las gestantes cuando lleguen al trabajo de parto en instituciones privadas, para de esta forma tener un conocimiento más exacto de la problemática de este tema.

- ❖ Es necesario que el sector educativo intervenga para que en coordinación con el sector salud lideren campañas intersectoriales en las aulas y para los familiares o tutores que se encuentran a cargo del adolescente víctima de la emigración de los padres, sobre la educación sexual donde se utilicen estrategias vivenciales como los talleres, tratando que de esta manera se llegue a la sensibilización hacia el tema y se afronte el problema desde el ámbito familiar de forma prioritaria.

- ❖ A los Centros y Puestos de Salud a los cuales acuden las usuarias que son referidas a la casa de Salud en estudio para que se acojan a los protocolos de atención de la adolescente embarazada vigentes para este tipo de gestantes y las atiendan cumpliendo con cada punto establecido en el manejo, cuidado y derechos de la atención de la adolescente embarazada.

- ❖ Los profesionales de la salud, como agentes tangibles de salud pública, que trabajen en salud pre-concepcional y en consultas prenatales, las cuales deben contribuir a la explicación del tema acerca de la importancia de los controles prenatales haciendo hincapié en las futuras complicaciones que se pueden presentar durante el periodo de embarazo, de igual forma, la ampliación de planes educativos dirigidos a la madre

adolescente y a su núcleo familiar, donde se desvirtúe la sexualidad como genitalidad y se le otorgue relevancia a la sexualidad desde la salud mental, fortaleciendo el autoconcepto, la autoimagen y la autovaloración.

- ❖ Desarrollar estrategias intersectoriales que garanticen atención integral y apoyo permanente a la gestante adolescente, dado que en esta edad la adolescente se enfrenta a diversas influencias socioculturales y biológicas que influyen su embarazo y que hacen de este una vivencia particularmente difícil.

10. Bibliografía

1. CUNNINGHAM, Gary Md. Leveno Kenneth Md. Bloom Steven Md. Hauth Jhon Md. Rouse Dwigth Md. Spong Catherine Md. Williams Obstetricia. Edición 23º. Editorial Mc. Graw – Hill. [2011]. México – México DF.
2. MINISTERIO de Salud Pública. Sistema Nacional de Salud (SNS). Consejo Nacional de Salud (CONASA) Componente Normativo Materno Neonatal. Componente Obstétrico.. Quito – Ecuador. [2008]
3. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud. Normas y procedimientos para la atención integral de salud a adolescentes. Ecuador-Quito. [2009].
4. VELASCO, Gladys y MEDINA, Marta. La adolescente gestante soltera y su familia. Trabajo de grado. Especialista en salud familiar integral. UPTC. En: Biblioteca virtual para la vigilancia de la salud pública en Colombia, Tunja [1997]. 77 p.
5. NÚÑEZ, Rosa M. et al. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos de anticoncepción postparto. En: Revista de Salud Pública de México. [2003], vol. 45 suplemento 1, p. 92-102.
6. VÁSQUEZ, Ángela et al. Embarazo y adolescencia, factores biológicos, maternos y perinatales más frecuentes. En: Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. La Habana [2001], vol. 27 no. 2, p. 158-164.
7. TORRES, Carmen. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas. En: Revista la Ventana. Lima [2002], no. 16, p. 96-97.
8. ORTIZ, Ricardo et al. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga un estudio transversal. En: Revista med-UNAB. Bucaramanga [2005], vol. 8 no. 2, p. 71-77.
9. BUVINIC, Mayra. The fortunes of adolescent mothers and their children: a case study of the transmission of poverty in Santiago. Cited by: PANTELIDES, Edith. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina, investigación del Consejo Nacional de Investigaciones científicas y técnicas (CONICET) Buenos Aires - Argentina. [2005].

10. JARA, Lily. Porcentaje de adolescentes de 15 – 19 años que son madres o están embarazadas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). [2008].
11. RIVERA, Sandra. Embarazo en adolescentes aspectos de tipo social psicológico y cultural. [2003]. [en línea]. Disponible en Internet : <http://issuu.com/mijor/docs/embarazo-en-adolescentes>.
12. FLOREZ Carmen E. Soto Victoria E. Serie de estudios a profundidad ENDS 1990 – 2010. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. [en línea]. Colombia- Bogotá. [2013]. Disponible en internet: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS%201990%202010/Estudio%20a%20profundidad%20%20Embarazo%20adolescente%20-%20Final.pdf>:
13. MINISTERIO de Salud Pública. Plan Nacional de Prevencion del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. [en línea]. Quito - Ecuador. [2009] . Disponible en Internet: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevención%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf>.
14. THE SCIENCE OF IMPROVING LIVES. La educación retrasa el inicio de la vida sexual [en línea]. En: Network en Español. Primavera 1997, vol. 17 no 3. Disponible en Internet: http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v17_3/nt1734.htm
15. GUTIERREZ, Mara Patricia. Comité Interinstitucional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Sistematización de sus avances y lecciones aprendidas. [en línea] Quito - Ecuador. [2009]. Disponible en: <http://www.planandinopea.org/sites/default/files/Informe%20CIPEA%20-Version%20final%200610.pdf>.
16. MINISTERIO de Salud Pública Ministerio de Educación Ministerio de Inclusión Económica y Social (mies), Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Instituciones y ONGs que trabajan por y para la salud en la

- adolescencia. Dirección de la Juventud. [en línea]. Quito- Ecuador. [2010]
.Disponible en Internet :
<http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>
17. GUIJARRO Susana Dra. Responsable de Salud de la Adolescencia del Ministerio de Salud Pública. Ecuador. PLAN DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ECUADOR. [en línea]. Ecuador-Quito [2010]. Disponible en internet:
[http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevención%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20\(Ecuador\).pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevención%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20(Ecuador).pdf)
18. MINISTERIO de Salud Pública. Plan nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. La Situación del Embarazo en Adolescentes. [en línea]. Ecuador- Quito. [2008]. Disponible en internet:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevención%20del%20Embarazo%20en%20Adolescente%20Ecuador.pdf>.
19. MINAYA León Percy. Situación del Embarazo Adolescente. Avances y Desafíos en la Salud Sexual y Reproductiva de las y los Adolescentes. [en línea]. Lima – Perú. [2012]. Disponible en :
<http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/PRESENTACION-VICEMINISTRO-DE-SALUD.pdf>
20. FLOREZ Carmen Elisa. Victoria Eugenia Soto. Serie de estudios a profundidad ENDS 1990 – 2010. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2013]. Disponible en :
<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS%201990%20.2010/Estudio%20a%20profundidad%20%20Embarazo%20adolescente%20-%20Final.pdf>
21. UNFPA. Una mirada completa Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Prevención del Embarazo Adolescente. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2011] Disponible en:

<http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Colombia%202011%20AECID/Embarazo%20Adolecente.pdf>

22. ORGANISMO Regional Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue Comité Subregional Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Embarazo Adolescente en la Subregión Andina. Plan andino de prevención del embarazo en la Adolescente. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2010]. Disponible en:
<http://orasconhu.org/documentos/Diagnostico%20Final%20-%20Embarazo%20en%20adolescentes.pdf>.
23. ENDEMAIN 2004. Centro de estudios de población y desarrollo social (CEPAR). Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Actividad sexual y reproductiva en mujeres de 15 – 24 años (adolescentes y jóvenes).. Quito – Ecuador. [2005]. Disponible en:
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htm.
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm.
24. UNICEF. Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. Buenos Aires – Argentina [Julio – 2013]. [en línea] Disponible en:
<http://www.unicef.org.ar/>,
25. CACUANGO E. Mayra P. Muñoz Carlosama Ruth V. Determinar los principales problemas socio-económicos en las adolescentes embarazadas de 12 – 19 años de edad atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, periodo Noviembre del 2009- Agosto del 2010. Universidad Técnica del Norte. Facultad de Ciencias de la Salud. Ibarra – Ecuador. [2010]. [en línea]. Disponible en:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/658/2/06%20ENF%20398%20ARTÍCULO%20CIENTÍFICO.pdf>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- i UNICEF. Estado de los derechos de la niñez y adolescencia en Ecuador 1990 – 2011. Pág. 253. Disponible en:
http://www.unicef.org/ecuador/Edna2011_web_Parte2.pdf
- ii ENDS 1990 – 2010. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2013]. Disponible en :
<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS%201990%20.2010/Estudio%20a%20profundidad%20%20Embarazo%20adolescente%20-%20Final.pdf>
- iii ENDEMAIN 2004. Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad (adolescentes y jóvenes). pág.: 10. Disponible en:
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htm.
http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm.
- iv OPS. Porcentaje de adolescentes de 15 – 19 años que son madres o están embarazadas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). [2009].
- v ENDS 1990 – 2010. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2013]. Disponible en :
<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS%201990%20.2010/Estudio%20a%20profundidad%20%20Embarazo%20adolescente%20-%20Final.pdf>
- vi CACUANGO E. Mayra P. Muñoz Carlosama Ruth V. Determinar los principales problemas socio-económicos en las adolescentes embarazadas de 12 – 19 años de edad atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, periodo Noviembre del 2009- Agosto del 2010. Universidad Técnica del Norte. Facultad de Ciencias de la Salud. Ibarra – Ecuador. [2010]. [en línea]. Disponible en:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/658/2/06%20ENF%20398%20ARTÍCULO%20CIENTÍFICO.pdf>

vii UNFPA. Una mirada completa Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Prevención del Embarazo Adolescente. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2011] Disponible en:

<http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Colombia%202011%20AECID/Embarazo%20Adolecente.pdf>

viii UNICEF. Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. Buenos Aires – Argentina [Julio – 2013]. [en línea] Disponible en: <http://www.unicef.org.ar/>.

ix UNFPA. Una mirada completa Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Prevención del Embarazo Adolescente. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2011] Disponible en:

<http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Colombia%202011%20AECID/Embarazo%20Adolecente.pdf>

x ENDEMAIN 2004. Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad (adolescentes y jóvenes). pág.: 10. Disponible en:

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htm.http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm.

xi OPS. Porcentaje de adolescentes de 15 – 19 años que son madres o están embarazadas. Organización Panamericana de la Salud (OPS). [2009].

xiii ENDS 1990 – 2010. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2013]. Disponible en :

<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS%201990%20.2010/Estudio%20a%20profundidad%20%20Embarazo%20adolescente%20-%20Final.pdf>

xiii UNFPA. Una mirada completa Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Prevención del Embarazo Adolescente. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2011] Disponible en:

<http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Colombia%202011%20AECID/Embarazo%20Adolecente.pdf>

xiv ENDEMAIN 2004. Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres de 15 a 24

años de edad (adolescentes y jóvenes). pág.: 10. Disponible en:

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htm.http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm.

^{xv} ENDEMAIN 2004. Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad (adolescentes y jóvenes). pág.: 10. Disponible en:

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htm.http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm.

^{xvi} ENDS 1990 – 2010. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2013]. Disponible en :

<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS%201990%20.2010/Estudio%20a%20profundidad%20%20Embarazo%20adolescente%20-%20Final.pdf>

^{xvii} ENDEMAIN 2004. Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres de 15 a 24 años de edad (adolescentes y jóvenes). pág.: 10. Disponible en:

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/indice.htm.http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/informe/adolescentes/joven1.htm.

^{xviii} UNFPA. Una mirada completa Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Prevención del Embarazo Adolescente. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2011] Disponible en:

<http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Colombia%202011%20AECID/Embarazo%20Adolecente.pdf>

^{xix} BRITTO Contreras Juan B. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008- 2009. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Santa Marta-Colombia. [2011].

^{xx} AMAR, Juan y HERNÁNDEZ, Bertha. Autoconcepto y adolescentes embarazadas primigestas solteras [en línea]. En: Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. 2005, no. 15, p. 1-17. Disponible en Internet:

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1870/1221>.

^{xxi} CACUANGO E. Mayra P. Muñoz Carlosama Ruth V. Determinar los

principales problemas socio-económicos en las adolescentes embarazadas de 12 – 19 años de edad atendidas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, periodo Noviembre del 2009- Agosto del 2010. Universidad Técnica del Norte. Facultad de Ciencias de la Salud. Ibarra – Ecuador. [2010]. [en línea]. Disponible en:

<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/658/2/06%20ENF%20398%20ARTÍCULO%20CIENTÍFICO.pdf>

xxii UNFPA. Una mirada completa Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Prevención del Embarazo Adolescente. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2011] Disponible en:

<http://unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Colombia%202011%20AECID/Embarazo%20Adolecente.pdf>.

xxiii BUVINIC, Mayra. The fortunes of adolescent mothers and their children: a case study of the transmission of poverty in Santiago. Cited by: PANTELIDES, Edith. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina, investigación del Consejo Nacional de Investigaciones científicas y técnicas (CONICET) Buenos Aires - Argentina. [2005].

xxiv MACÍAS Solís Cristhian J. Murillo Barreto Elder R. Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-Obstetricia del Centro Materno Infantil de Andrés de Vera de Enero a Septiembre del 2010. Universidad Técnica de Manabí. Facultad de ciencias de la salud. Manabí – Portoviejo [2011]. [en línea]. Disponible en:

[http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/4986/1/Tesis%20\(31\).pdf](http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/4986/1/Tesis%20(31).pdf)

xxv ENDS 1990 – 2010. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. [en línea]. Bogotá – Colombia. [2013]. Disponible en :

<http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS%201990%20.2010/Estudio%20a%20profundidad%20%20Embarazo%20adolescente%20-%20Final.pdf>

xxvi MACÍAS Solís Cristhian J. Murillo Barreto Elder R. Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco-Obstetricia del

Centro Materno Infantil de Andrés de Vera de Enero a Septiembre del 2010. Universidad Técnica de Manabí. Facultad de ciencias de la salud. Manabí – Portoviejo [2011]. [en línea]. Disponible en:

[http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/4986/1/Tesis%20\(31\).pdf](http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/4986/1/Tesis%20(31).pdf)

^{xxvii} BRITTO Contreras Juan B. Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E Alejandro Prospero Reverend de Santa Marta en los años 2008- 2009. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Santa Marta- Colombia. [2011].