



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

**“FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS ADOLESCENTES EN LAS ESTUDIANTES  
DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “BEATRIZ CUEVA DE AYORA” DE LA  
CIUDAD DE LOJA, PERÍODO ABRIL-OCTUBRE DE 2012”**

Tesis previa a optar por el grado de  
Médico General

**AUTORA:** Elena Estefanía Encalada Reyes

**DIRECTOR:** Dr. Benito Román

Loja-Ecuador

2012

# **CERTIFICACIÓN**

**Doctor. Benito Román, DIRECTOR DE TESIS Y DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**CERTIFICA:**

Que, la tesis de grado titulada **“FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS ADOLESCENTES EN LAS ESTUDIANTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “BEATRIZ CUEVA DE AYORA” DE LA CIUDAD DE LOJA, PERÍODO ABRIL-OCTUBRE DE 2012”** de autoría de Elena Estefanía Encalada Reyes, ha sido dirigida y revisada en su integridad, por lo que autorizo su publicación.

Loja, 01 de octubre de 2012

Dr. Benito Román  
**DIRECTOR DE TESIS**

## **AUTORÍA**

Toda la información vertida en la presente investigación, es de responsabilidad exclusiva de la autora.

.....

Elena Estefanía Encalada Reyes

## DEDICATORIA

Con cariño, dedico este esfuerzo a mis padres Max Encalada y Betti Reyes, por ese afecto y comprensión que siempre me han brindado; lo que ha sido motivación para mis logros personales.

Elena...

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecimiento al personal Académico y Administrativo la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, a los docentes, por los conocimientos impartidos y por el apoyo brindado para la realización de esta investigación.

De forma especial agradezco al Dr. Benito Román **DIRTECTOR**, por su apoyo en la dirección del presente trabajo, lo que permitió desarrollar el proceso y concluir con la investigación.

Elena Encalada

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
PRELIMINARES	
CERTIFICACIÓN:.....	ii
AUTORÍA: .....	iii
DEDICATORIA: .....	iv
AGRADECIMIENTO: .....	v
INDICE DE CONTENIDOS.....	vi
INDICE DE REVISIÓN DE LITERATURA.....	viii
INDICE DE TABLAS.....	x
RESUMEN.....	xii
SUMMARY.....	xv
i. TÍTULO: .....	1
ii. INTRODUCCIÓN: .....	2
iii. REVISIÓN DE LITERATURA: .....	5
3.1 La Adolescencia.....	5
3.2 Adolescentes y Salud sexual.....	24
3.3 Embarazo en adolescentes.....	33
3.4 Madre Adolescente .....	56
iv. MATERIALES Y MÉTODOS: .....	61
4.1 Tipo de estudio.....	61
4.2 Universo de estudio.....	61
4.3 Muestra para la investigación.....	61
4.4 Técnicas y procedimientos.....	62

Variables de estudio.....	63
v. ANALISIS Y RESULTADOS:.....	64
5.1 Propuesta .....	105
vi. DISCUSION.....	115
vii. CONCLUSIONES: .....	124
viii. RECOMENDACIONES: .....	126
ix. BIBLIOGRAFÍA: .....	128
x. ANEXOS: .....	133

## INDICE DE REVISIÓN DE LITERATURA

PRELIMINARES	Página
3. Adolescencia	
3.1.1. Concepto .....	5
3.1.2. El empoderamiento de las adolescentes y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).....	6
3.1.3. Algunos Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con las adolescentes.....	11
3.1.3.1. Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema .....	11
3.1.3.2. Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal... ..	12
3.1.3.3. Objetivo 3: Reducir la mortalidad en la niñez.....	12
3.1.3.4. Objetivo 4: Mejorar la salud.....	13
3.1.3.5. Objetivo 5: Combatir el VIH/sida.....	13
3.1.4. Cambios anatómicos y fisiológicos de la adolescencia.....	14
3.1.4.1. Adolescencia temprana.....	16
3.1.4.2. Adolescencia media.....	16
3.1.4.3. Adolescencia tardía.....	17
3.1.5. Cambios psicológicos en la adolescencia.....	18
3.1.5.1. Aspectos cognitivos.....	18
3.1.5.2. Aspectos físicos y motrices.....	19
3.1.5.3. Aspectos afectivos.....	20
3.1.5.4. Aspectos sociales.....	22
3.2. Adolescentes y la salud sexual.....	24
3.2.1. Relaciones sexuales en los y las adolescentes.....	24
3.2.2. Uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia.....	28
3.3. Embarazo en adolescentes.....	33
3.3.1. Concepto.....	33



3.3.2. Epidemiología a nivel mundial, América latina, Ecuador y en Loja.....	34
3.3.3. Cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos en el embarazo en adolescentes.....	36
3.3.3.1. Modificaciones en la composición corporal y la ganancia de peso.....	37
3.3.3.2. Modificaciones en el sistema cardiovascular.....	38
3.3.3.3. Modificaciones en el aparato urinario.....	39
3.3.3.4. Modificaciones en el tracto gastrointestinal.....	40
3.3.3.5. Modificaciones en el sistema nervioso central y periférico.....	41
3.3.3.6. Modificaciones en el sistema respiratorio.....	41
3.3.3.7. Modificaciones en la piel.....	42
3.3.4. Reacciones emocionales frecuentes en el embarazo.....	43
3.3.5. Factores de riesgo para el embarazo adolescente.....	47
3.3.5.1. Factores de riesgo individuales.....	48
3.3.5.2. Factores de riesgo familiares.....	48
3.3.5.3. Factores de riesgo sociales.....	48
3.3.6. Complicaciones somáticas y psicosociales durante el embarazo.....	49
3.3.6.1. Complicaciones somáticas.....	50
3.3.6.1.1. Para la madre.....	50
3.3.6.1.2. Para el recién nacido.....	53
3.3.6.2. Complicaciones psicosociales.....	53
3.4. Madre adolescente.....	56

## INDICE DE TABLAS

CONTENIDOS	PÁGINA
TABLA 1. Teorías sobre la adolescencia.....	64
TABLA 2. Teorías sobre embarazo adolescente.....	68
TABLA 3. Cuerpos legales en Latinoamérica sobre adolescentes.....	71
TABLA 4. Estadísticas sobre la problemática del embarazo.....	79
TABLA 5. Total de estudiantes.....	85
TABLA 6 total de embarazadas adolescentes.....	86
TABLA 7. Edad de las adolescentes embarazadas.....	87
TABLA 8. Composición del núcleo familiar.....	88
TABLA 9. Edad de inicio de la vida sexual activa.....	89
TABLA 10. Número de parejas sexuales.....	90
TABLA 11. Programas de televisión preferidos de las adolescentes....	91
TABLA 12. Conocimientos sobre la accesibilidad y los beneficios de los de promoción de salud.....	92
TABLA 13. IMC de las adolescentes embarazadas.....	93
TABLA 14. Influencia del estado civil en las gestantes.....	94
TABLA 15. Personas con las que viven las adolescentes.....	95
TABLA 16. Apoyo moral y económico durante el proceso de gestación...	96
TABLA 17. Personas de las que reciben apoyo moral y económico.....	97
TABLA 18. Número de controles prenatales.....	98
TABLA 19. Edad gestacional.....	99

TABLA 20. Complicaciones en el embarazo.....	100
TABLA 21. Consejería recibida sobre parto y lactancia.....	101
TABLA 22. Personas que aconsejan sobre el parto y lactancia.....	102
TABLA 23. Conocimiento sobre los derechos constitucionales para gestantes.....	103
TABLA 24. Preocupaciones de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”.....	104

## RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años. A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados; de ellos, aproximadamente el 60% no son planeados.

Es importante subrayar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo.

Habiéndose reconocido esta situación como un problema de salud, se consideró oportuno identificar los factores de riesgo en embarazos adolescentes en las estudiantes del Instituto Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”, en el marco de los siguientes objetivos: sistematizar teorías, cuerpos legales, estadísticas sobre la problemática del embarazo de adolescentes en Latinoamérica, el Ecuador y la provincia de Loja; identificar los factores de riesgo en embarazadas adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”; y, realizar una propuesta de estrategias para prevenir los embarazos de las estudiantes de la institución y disminuir los impactos en la salud de las adolescentes embarazadas y de sus futuros hijos, acorde con las normas y planes generales de salud y las particularidades de la institución educativa.

Para realizar el trabajo investigativo se tomó como muestra a 20 adolescentes embarazadas a quienes se les aplicó una encuesta que incluían las variables necesarias para identificar los principales factores de riesgo.

Con la interpretación de los resultados se pudo identificar que la edad promedio de embarazos en adolescentes se produce desde los 15 a los 17 años, habiendo obtenido los mayores valores (60%) en la edad de los 17 años; además, se identificó como principales factores de riesgo para que la adolescente se embarace, los siguientes: temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, la composición del núcleo familiar que en un 45% únicamente está formado por madre, los pasatiempos de los adolescentes incluyendo como punto principal los programas televisivos y el factor de riesgo que tiene más efectos en este tema es la falta (60%) de conocimiento a la accesibilidad y los beneficios a los servicios de salud en temas como métodos anticonceptivos y prácticas sexuales.

Entre los factores de riesgo en el embarazo adolescente se identificaron los siguientes: el estado civil de la embarazada que en un 75% son solteras, lo que implica, según Amar J. y Hernández B, un vacío de interacción familiar tanto para la madre como para su futuro hijo; otro factor de riesgo es la falta de conocimiento sobre los derechos constitucionales para adolescentes embarazadas, acompañado esto con la falta de conocimiento sobre el control perinatal; además, se identificó que todas las adolescentes embarazadas presentaron complicaciones durante su proceso de gestación, siendo la principal las infecciones de vías urinarias.

A partir de estos resultados se puede concluir que los embarazos en las adolescentes estudiantes del Instituto Tecnológico Superior “Beatriz Cueva de Ayora” están rodeados de factores de riesgo de tipo socio-cultural, de salud y socioeconómicos como la falta de conocimiento y los mitos determinados por cada cultura y en algunos casos por cada familia. Dichos parámetros requieren atención de las instituciones y de la sociedad en general para prevenir los embarazos en adolescentes, por ello se esbozó una propuesta de difusión y capacitación dirigido a todos(as) los y las estudiantes, de tal forma que su ejecución, contribuya a la comprensión de este problema de salud pública y a la prevención de los embarazos en las adolescentes.

## SUMMARY

The teenage pregnancy is one that occurs in women under age 20. Worldwide, each year 15 million children are born (as) in women younger than 20 years, representing a fifth of all births registered annually, of which approximately 60% are unplanned.

It is important to underline the fact that pregnancy in a woman under 20 is considered by the World Health Organization as a pregnancy risk, which affects the health of both the mother and the developing embryo.

Having recognized this as a health problem, it was considered appropriate to identify risk factors in teenage pregnancies in the Technological Institute students "Beatriz Ayora Cave", in the context of the following objectives: systematic theories, legal bodies, statistics the problem of teenage pregnancy in Latin America, Ecuador and the province of Loja, identify risk factors in pregnant adolescents Higher Technological Institute "Beatriz Ayora Cave" and, to make a proposal of strategies to prevent pregnancies among students of the institution and reduce impacts on the health of pregnant teens and their unborn children, according to the rules and general health plans and the particularities of the school.

To carry out the research work was sampled at 20 pregnant teens who were surveyed including the variables needed to identify the main risk factors.

With the interpretation of the results could be identified that the average age of teenage pregnancy is from 15 to 17 years, having obtained the highest

values (60%) at the age of 17 years, also identified as major Risk factors for the teenager becomes pregnant, the following: early age at first intercourse, the household composition that only 45% is made up of mother's hobbies including teenagers as main point television programs and the risk factor that has more impact on this issue is the lack (60%) of knowledge accessibility and benefits to health services on issues such as contraception and sexual practices.

Among the risk factors for teenage pregnancy were identified: the marital status of the pregnant 75% are single, which means, according to Amar J. and Hernandez B, a vacuum of family interaction for both the mother and her unborn child, another risk factor is the lack of knowledge about constitutional rights for pregnant teens, accompanied this with the lack of knowledge on the control perinatal also identified that all pregnant teenagers complications during gestation process, the main urinary tract infections.

From these results it can be concluded that the teen pregnancy Higher Technological Institute students "Beatriz Ayora Cave" are surrounded by risk factors of socio-cultural, socio-economic health and the lack of knowledge and certain myths by every culture and in some cases per family. These parameters requiring attention of institutions and society in general to prevent teenage pregnancy, therefore outlined a proposal for dissemination and training aimed at all (as) the students, so that its implementation will contribute to understanding this public health problem and the prevention of teen pregnancy



i. TÍTULO

**FACTORES DE RIESGO EN  
EMBARAZOS ADOLESCENTES EN  
LAS ESTUDIANTES DEL INSTITUTO  
SUPERIOR TECNOLÓGICO “BEATRIZ  
CUEVA DE AYORA” DE LA CIUDAD DE  
LOJA, PERÍODO ABRIL-OCTUBRE DE  
2012**

## **ii. INTRODUCCIÓN**

El embarazo en adolescentes es una de las grandes preocupaciones nacionales, no solo por las repercusiones orgánicas que trae consigo este especial estado, sino también por los relevantes trastornos psicoemocionales, sociales y económicos, que afectan al desarrollo personal de la madre, su pareja y el recién nacido.

La Ley Orgánica de Salud, determina que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, así también, indica la obligatoriedad de implementar acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en adolescentes. Además, el Plan Nacional de Prevención de Embarazos de Adolescentes del Ministerio de Salud en el Ecuador (2008), establece un objetivo muy importante que tiene que ser desarrollado: “Implementar un Sistema Nacional de Información, sobre la situación del embarazo en adolescentes que permita la construcción de políticas públicas integrales e intersectoriales acordes a la realidad nacional y local, incluido un sistema integrado de monitoreo y evaluación”.

Por lo antes señalado se propuso investigar el siguiente tema: “Los factores de riesgo en embarazos adolescentes en las estudiantes del Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” de la ciudad de Loja, periodo abril-octubre de 2012”.

El presente estudio investigativo estuvo constituido por un universo de 20 adolescentes embarazadas, a las cuales se le aplicó una encuesta con variables que ayudaron a identificar los principales riesgos en el embarazo adolescente; además, se pudo analizar los factores de riesgo que influyeron para que dichas adolescentes se embaracen.

Los resultados obtenidos se analizaron en dos apartados: factores de riesgo para el embarazo en adolescentes y factores de riesgo en el embarazo adolescente.

El proceso investigativo se desarrolló en función de los siguientes objetivos:

- Sistematizar teorías, cuerpos legales, estadísticas sobre la problemática del embarazo de adolescentes en Latinoamérica, el Ecuador y la provincia de Loja.
- Identificar los factores de riesgo en embarazadas adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”.
- Realizar una propuesta de estrategias para prevenir los embarazos de las estudiantes de la institución y disminuir los impactos en la salud de las adolescentes embarazadas y de sus futuros hijos, acorde con las normas y planes generales de salud y las particularidades de la institución educativa.

A partir del logro de estos objetivos se pudo concluir que los embarazos en las adolescentes estudiantes del Instituto Tecnológico Superior “Beatriz

Cueva de Ayora” están rodeados de factores de riesgo de tipo socio-cultural, de salud y socioeconómicos, que requieren atención de las instituciones y de la sociedad en general para disminuir el impacto en la vida de la madre adolescente y su hijo.

### **III. REVISIÓN DE LITERATURA**

#### **3.1. ADOLESCENCIA**

##### **3.1.1. Concepto**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta generalmente, no solo de manera individual sino de forma grupal, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable. El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente. Por la

misma inestabilidad emocional, por desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa para una gran parte de ellos, muy susceptible de tomar una conducta inadecuada que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (trastornos de la conducta alimenticia), alteración en la relación personal o conductas más dañina auto destructible como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de droga.

### **3.1.2. El empoderamiento de las adolescentes y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aprobados en el año 2000 por los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas, establecieron un conjunto de metas a plazo fijo y cuantificable para luchar contra la pobreza extrema, el hambre, la discriminación por razón de género y el mejoramiento de las condiciones de salud. La “autonomía” se considera un medio para alcanzar estas metas, y una de ellas es precisamente la autonomía de las mujeres.

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, adoptadas por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, así como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas (CIPD), reconocen que “el empoderamiento de las mujeres es fundamental para menguar las desigualdades por razón de sexo, lograr la

equidad para las mujeres y los hombres, y permitir una participación igual y una representación equitativa de las mujeres en todos los planos de la vida” (OPS, 2006).

La constitución de la república del Ecuador en el Art. 32 establece que la salud es un derecho que garantiza el Estado; el Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El Art. 35 señala que las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

Por otro lado, el Art. 44 manifiesta que el Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

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.

En el Art. 46 de la constitución, el Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes entre otros, los siguientes aspectos:

- a. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.
- b. Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género. Las políticas públicas de comunicación priorizarán su educación y el respeto



a sus derechos de imagen, integridad y los demás específicos de su edad.

La Ley Orgánica de Salud determina que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, así como la obligatoriedad de implementar acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en adolescentes sin costo.

El plan del buen vivir 2009-2013; en el objetivo 3 que es el de mejorar la calidad de vida de la población, establece que el Estado:

- a. Fortalecerá los mecanismos de control de los contenidos utilitaristas y dañinos a la salud en medios masivos de comunicación.
- b. Diseñará y aplicará programas de información, educación y comunicación que promuevan entornos y hábitos de vida saludables.
- c. Ofrecerá protección y prevención especializada para la salud de niñas, niños y adolescentes
- d. Promoverá los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, difundiendo el derecho a la salud, al disfrute de su sexualidad, fortaleciendo el acceso a la información, orientación, servicios y métodos de planificación familiar a la vez que se vele por la intimidad, la confidencialidad, el respeto a los valores culturales y a las creencias religiosas.
- e. Impulsará acciones de prevención del embarazo adolescente, e implementará estrategias de apoyo integral a madres y padres

adolescentes, así como a sus familias, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.

El plan nacional de prevención de embarazos de adolescentes del Ministerio de Salud en el Ecuador (2008), establece un objetivo muy importante que tiene que ser desarrollado: implementar un Sistema Nacional de Información, sobre la situación del embarazo en adolescentes que permita la construcción de políticas públicas integrales e intersectoriales acordes a la realidad nacional y local incluido un sistema integrado de monitoreo y evaluación.

Este mismo plan señala como acciones en las cuales se involucran las Universidades, el desarrollo de investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre aspectos relacionados con el embarazo en adolescentes....”.

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.

El Estado Ecuatoriano ratificó la Convención Iberoamericana de Derechos de Juventud, donde se establecen como derechos fundamentales de adolescentes y jóvenes el acceso a educación de la sexualidad y a atención de salud sexual y reproductiva.

El Código de la Niñez y Adolescencia establece el derecho a la vida de niños, niñas y adolescentes desde su concepción (Art. 20); en el artículo 25 se determina la creación de condiciones adecuadas para atención durante el embarazo y el parto a favor de la madres y de niños/as, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a 2.500 gramos. En el artículo 50 establece la protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes y en particular dispone el derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual.

Muchos de los adolescentes pueden no ser conscientes de los riesgos que implica ser activos sexualmente. Por tal motivo, este grupo necesita servicios de Salud Sexual Reproductivos (SSR) para que reciban información sobre las formas de evitar embarazo no deseado.

### **3.1.3. Algunos Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con las adolescentes**

La OPS (2006), ha seleccionado y analizado los objetivos del milenio en función de proteger a las adolescentes, aquí algunos de ellos:

#### **3.1.3.1. Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre**

Meta 1: Entre 1990 y 2015, reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día.

Meta 2: Entre 1990 y 2015, reducir a la mitad el porcentaje de personas que padezcan hambre.

### **3.1.3.2. Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal**

Meta 3: Velar por que, para el año 2015, los niños y adolescentes de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Los jóvenes con más escolaridad saben más acerca del VIH/sida, tienen más conocimientos acerca de cómo evitar la infección y están en mejor situación para cambiar comportamientos que los exponen al riesgo de contraer la enfermedad (ONUSIDA/Coalición Mundial sobre la Mujer y el sida, 2006.)

La tasa de matrimonio precoz en las adolescentes (antes de los 18 años de edad) desciende con tasas más altas de matrícula en la escuela primaria y secundaria (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Grupo de Trabajo sobre Educación e Igualdad de Género, 2005).

### **3.1.3.3. Objetivo 3: Reducir la mortalidad en la niñez**

Meta 5: Entre 1990 y 2015, reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años.

Cada año mueren cuatro millones de recién nacidos en el primer mes de vida, muchos de ellos porque sus madres sencillamente eran demasiado jóvenes para dar a luz: los bebés con madres adolescentes tienen 1,5 veces

más probabilidades de morir antes de su primer cumpleaños que aquellos con madres de más edad (FNUAP, 2005).

#### **3.1.3.4. Objetivo 4: Mejorar la salud materna**

Meta 6: Entre 1990 y 2015, reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Las adolescentes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años tienen dos veces más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres de 20 a 30 años de edad. Para las menores de 15 años, los riesgos son cinco veces mayores (57%). Cada adolescente que muere en el parto, hay muchas más que padecen lesiones, infecciones y discapacidades prolongadas, como la fístula obstétrica (FNUAP, 2005).

La educación, los ingresos y el empoderamiento de las madres tienen repercusiones significativas sobre la disminución de la mortalidad materna y en la niñez (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Grupo de Trabajo sobre Educación e Igualdad de Género, 2005).

#### **3.1.3.5. Objetivo 5: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades**

Meta 7: Para el año 2015, haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/sida.

Meta 8: Para el año 2015, haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.

Las embarazadas están expuestas a un gran riesgo de contraer la malaria y pueden padecer una serie de complicaciones, desde anemia hasta malaria cerebral (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Grupo de Trabajo sobre el Paludismo, 2005).

#### **3.1.4. Cambios anatómicos y fisiológicos de la adolescencia**

La pubertad se inicia por una serie de cambios neurohormonales, cuyo fin último es conseguir la capacidad reproductiva propia de cada sexo. Esto ocurre fundamentalmente gracias a la interacción entre SNC, hipotálamo, hipófisis y gónadas.

En la época prepuberal, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), y por lo tanto las gonadotropinas hipofisarias (FSH y LH), están inhibidas por la alta sensibilidad del gonadostato (zona del hipotálamo productora de GnRH), siendo suficientes niveles muy bajos de esteroides gonadales para frenar la producción de GnRH.

La pubertad comienza con una disminución de la sensibilidad del gonadostato, lo que permite el aumento de la secreción de GnRH, que se hace pulsátil.

La GnRH actúa sobre la hipófisis incrementando la secreción de FSH y LH, las cuales a su vez estimulan la gónada correspondiente con el consiguiente aumento en la producción de andrógenos y estrógenos.

La edad de aparición de la pubertad es muy variable con un amplio rango de la normalidad: el 95% de las niñas inicia la pubertad entre los 8,5 y los 13 años y el 95% de los niños entre los 9,5 y los 14 años. Desde hace unos 150 años, la pubertad se ha ido iniciando a edades cada vez más tempranas, habiéndose adelantado 3 a 4 meses por decenio.

El desarrollo sexual femenino suele iniciarse con la aparición de botón mamario. El tiempo en el que completan la pubertad las niñas es de unos 4 años, pero puede variar entre 1,5 a 8 años.

La menarquía ocurre en el 56% de las niñas en el estadio 4 de Tanner y en el 20% en el 3. Actualmente, la edad media de la menarquía está en los 12,4 años. Para poder comprender mejor el desarrollo del adolescente, podemos dividir las fases madurativas de la adolescencia en: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años).

Durante este período de tiempo, los adolescentes deben de conseguir la independencia de los padres, la adaptación al grupo, aceptación de su nueva imagen corporal y el establecimiento de la propia identidad, sexual, moral y vocacional.

#### **3.1.4.1. Adolescencia temprana (11-13 años)**

La característica fundamental de esta fase es el rápido crecimiento somático, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

Estos cambios hacen que se pierda la imagen corporal previa, creando una gran preocupación y curiosidad por los cambios físicos. El grupo de amigos, normalmente del mismo sexo, sirve para contrarrestar la inestabilidad producida por estos cambios, en él se compara la propia normalidad con la de los demás y la aceptación por sus compañeros de la misma edad y sexo. Los contactos con el sexo contrario se inician de forma “exploratoria”.

También, se inician los primeros intentos de modular los límites de la independencia y de reclamar su propia intimidad pero sin crear grandes conflictos familiares.

#### **3.1.4.2. Adolescencia media (14-17 años)**

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal.

La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les



permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable.

Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta.

Las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge.

#### **3.1.4.3. Adolescencia tardía (17-21 años)**

El crecimiento ha terminado y ya son físicamente maduros.

El pensamiento abstracto está plenamente establecido aunque no necesariamente todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro y son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos.

Es una fase estable que puede estar alterada por la "crisis de los 21", cuando teóricamente empiezan a enfrentarse a las exigencias reales del mundo adulto. Esto parece estar retrasándose cada vez más y podríamos hablar de las crisis de los 30, 35, 23

### **3.1.5. Cambios psicológicos en la adolescencia**

Las características básicas del desarrollo psicológicos del adolescente se las puede resumir en:

- Notables cambios corporales
- Autoafirmación de la personalidad
- Deseo de intimidad
- Descubrimiento del yo y del otro sexo
- Aparición del espíritu crítico
- Cambios intelectuales
- Oposición a los padres
- Notable emotividad

#### **3.1.5.1. Aspectos cognitivos:**

Desde el punto de vista cognitivo, se producen grandes cambios intelectuales. La teoría genética de Piaget determina que en la adolescencia, a partir de los doce años, se adquiere y se consolida el pensamiento abstracto, que es aquel que trabaja con operaciones lógico-formales y que permite la resolución de problemas complejos. Este tipo de pensamiento significa capacidad de razonamiento, de formulación de hipótesis de comprobación sistemática de las mismas, de argumentación, reflexión, análisis y exploración de las variables que intervienen en los fenómenos.

El desarrollo cognitivo que trae consigo la adolescencia es uno de los aspectos más difíciles de observar externamente, las variaciones en el campo intelectual, en estas edades se suceden continuamente,

estos cambios posibilitan el avance en el pensamiento facilitando el progreso hacia la madurez en las relaciones humanas y en la participación social.

En los dos primeros cursos de secundaria de 12-14 años comienzo de la adolescencia, coincide con la consolidación de las operaciones lógico-concretas y el comienzo, la apertura a un nuevo tipo de razonamiento proposicional.

En el tercer y cuarto curso de secundaria obligatoria 14-16 años, comienza a razonar de una forma más compleja. El desarrollo de la inteligencia operativa-formal. La mayor flexibilidad del pensamiento, la posibilidad de contemplar un mayor número de alternativas a las situaciones, incide de forma directa en la formación de una identidad personal.

Durante la edad del bachillerato, el alumno ya tiene el pensamiento hipotético deductivo y es capaz de realizar razonamientos lógicos. Una vez consolidadas estas capacidades los conocimientos previos y la estimulación educativa son fundamentales para el desarrollo de aprendizajes.

### **3.1.5.2. Aspectos físicos y motrices:**

Con la llegada de la pubertad se producen numerosas modificaciones fisiológicas que inciden directamente en los diversos cambios

psicológicos que se producen en el adolescente, los cambios que se suceden en este periodo se deben al aumento de las secreciones hormonales, principalmente a la progesterona en la mujer y la testosterona en el hombre.

En el periodo de la adolescencia ya quedan bien definidos los caracteres secundarios y al mismo tiempo las hormonas que actúan sobre el sistema nervioso producen una serie de modificaciones sobre la vida afectiva del adolescente. Por lo tanto, los adolescentes necesitan adaptarse psicológicamente a los cambios producidos en sus características corporales, apariencia y funcionamiento.

Los adolescentes en general se avergüenzan de su apariencia corporal estando bastante preocupados por los ideales físicos humanos, influidos seguramente por los anuncios publicitarios. Deben superar sus inquietudes egocéntricas aprendiendo que los únicos que juzgan su acné, tamaño de pecho y pes son ellos mismos. Una vez que los adolescentes comprueben que sus preocupaciones pasan desapercibidas en el medio social, esta clase de egocentrismo tiende a desaparecer.

### **3.1.5.3. Aspectos afectivos:**

Desde el punto de vista afectivo, en esta edad se produce una integración social más fuerte del grupo de compañeros, comenzando a su vez el proceso de emancipación familiar. En el adolescente se

empiezan a configurar sus primeros estilos y opciones de vida, empieza a tener ideas propias y actitudes personales.

El adolescente busca su intimidad personal construyendo y elaborando la imagen de sí mismo y e auto concepto personal.

Existen diversas razones por las que la adolescencia es considerada como un periodo de cambio y de consolidación en el concepto de si mismo:

- Los importantes cambios físicos que se originan ocasionan un cambio en la propia imagen corporal
- El desarrollo intelectual durante la adolescencia posibilita un concepto más complejo y sofisticado acerca de sí mismo que implica un número mayor de dimensiones, abarcando tanto posibilidades como realidades.
- Creciente independencia emocional y necesidad de adoptar importantes decisiones sobre trabajo, valores, comportamiento sexual

La adolescencia representa una oleada de emotividad que invade al sujeto ocupando a menudo el lugar de la razón, cuyas funciones las expresa el sentimiento, con los resultados consiguientes.

Por otra parte no podemos olvidar que el afecto se desarrolla paralelamente al conocimiento.

#### **3.1.5.4. Aspectos sociales:**

El curso de las relaciones sociales durante la adolescencia esta vinculado estrechamente al desarrollo de la personalidad. Importantes elementos evolutivos de la identidad personal tienen componentes de relación social; y las relaciones sociales, a su vez, desempeñan un papel de génesis de esa misma identidad.

En la adolescencia, los espacios donde son posibles los intercambios e interacciones sociales se expanden de manera extraordinaria, mientras, por otra parte se debilita mucho la referencia a la familia, en el proceso de adquisición de su autonomía personal.

En el proceso de adquisición de la autonomía personal, el adolescente se da cuenta que ya no es un niño; quiere ser adulto, pero sabe bien todavía que no lo es. En esa sociedad de los mayores en la cual pretende entrar él no lo es todavía. Entonces trata de compensar este sentimiento de inferioridad afirmando su “yo”, es decir adoptando actitudes que ante los demás y ante sí mismo, le dan una apariencia de seguridad. El modo más sencillo de conseguirlo es oponerse sistemáticamente a las imposiciones de padres y profesores.

Las relaciones sociales de los adolescentes se pueden enmarcar en tres vertientes:

1. Relaciones con la familia: la familia juega un papel esencial en las relaciones del adolescente, la mayor tensión suele darse en los

momentos de la pubertad. Se adquiere un mayor sentido de la emancipación e independencia y se acrecienta la capacidad crítica ante los padres. No obstante, también es conveniente tener en cuenta que los padres mantienen con frecuencia actitudes conflictivas en sus hijos adolescentes y por otra parte, desean que sus hijos sean independientes.

2. Relaciones con los compañeros: paralelamente a la emancipación respecto a la familia el adolescente establece lazos más estrechos con el grupo de compañeros en busca de apoyo. Estos lazos suelen tener un curso típico. Primero es la pandilla de un solo sexo, más tarde comienzan a relacionarse y a fusionarse pandillas de distinto sexo para formar una pandilla mixta y la fase final de los grupos adolescentes es la de su comienzo a disgregarse.

Si bien en la adolescencia la influencia de los amigos es muy importante, no es menos cierto que los padres siguen influyendo enormemente en su hijo. Estos continúan manteniendo una influencia notable e incluso decisiva en opciones y en valores adoptados por los hijos. Las contradicciones entre los valores del grupo y los de la familia suelen afectar a aspectos superficiales y no tanto a las opciones o valores decisivos. Por lo general, el adolescente observa el criterio de los padres, con preferencia al de los compañeros, en materias que atañen a su futuro.

3. Relaciones con el centro educativo. Los profesores equilibrados y democráticos dejarán sentir su influencia en la forma de pensar y actuar del adolescente. Los compañeros de clase cobran gran

importancia en su imagen física psíquica y social: en ocasiones se actuará de cara a la galería” esperando las muestras de aprobación del grupo. Sin duda en estos momentos la actuación de profesores flexibles y comprensivos que hagan (en privado) ver los errores que este tipo de comportamiento conlleva, será decisiva.

## **3.2. ADOLESCENTES Y LA SALUD SEXUAL**

### **3.2.1. Relaciones sexuales en los y las adolescentes**

Diversos estudios han mostrado que los adolescentes están estableciendo relaciones románticas e iniciando su actividad sexual cada vez más temprano. En particular, la aparición temprana de las relaciones sexuales constituye un problema de salud por las múltiples consecuencias para los propios jóvenes, su familia y la sociedad. (OMS, 2000). Esta actividad sexual empieza a ocurrir, en muchos casos, un poco después de la aparición de unas relaciones románticas que se pueden considerar también tempranas. Lamentablemente, el estudio de estos acontecimientos propios del desarrollo psico-social de los jóvenes no es el tema que haya recibido la debida atención de los investigadores y la organización de la salud.

La adolescencia se ha definido como un proceso de transición entre la infancia y la edad adulta. El concepto de transición hace referencia al periodo de cambio, crecimiento y desequilibrio que funciona como puente entre un punto relativamente estable en la vida del ser humano y otro relativamente estable, pero diferente. La adolescencia representa la transición de la inmadurez física, psicológica, social y sexual de la infancia, a la madurez de la vida adulta en estas mismas dimensiones del desarrollo. Esta transición tiene su origen en los cambios hormonales propios de la pubertad los cuales



interactúan con diversos factores individuales, familiares y sociales para facilitar el éxito o fracaso en las tareas de desarrollo propias de esta edad.

Burt (1998) plantea que durante mucho tiempo la adolescencia fue considerada como una etapa de la vida que entraña conflictos y trastornos porque exige el rompimiento de la dependencia de la niñez y la lucha por alcanzar una identidad adulta independiente. “sin embargo, la corriente actual de pensamiento tiende a ver menos dificultades en el proceso y muchas más continuidad entre el niño de ayer, el adolescente de hoy y el adulto de mañana.”

En apoyo de lo anterior, en el transcurso de las dos últimas décadas autores como Offer, Rostov y Howard y Steinberg y Morris (2001), sostienen que el adolescente normal enfrenta este proceso de transición en pocos trastornos graves o comportamientos de alto riesgo. Se puede decir que ésta última es una perspectiva optimista de la adolescencia. Asume que solamente los adolescentes que experimentan trastornos severos, y que se involucran en comportamientos problemáticos tiene dificultades en el presente y muchas probabilidades de tenerlas a lo largo de su vida.

Lograr consolidar un sentido sano de la sexualidad durante la adolescencia implica también nuevas formas de exploración y de participación en la actividad sexual. Para entender mejor este tema debemos aclarar que se considera a la actividad sexual como todas aquellas expresiones eróticas que se dan entre las personas. Aunque en algunas ocasiones estas expresiones hacen parte del juego sexual que precede al coito, para los

adolescentes, al igual que para otras personas, pueden constituir fines por si mismos, dependiendo de la situación y el momento en el que ocurren.

Una de las características de la actividad sexual es que en ella se puede reconocer una marcada progresión que va de menores grados de intimidad y estimulación hasta grados de intensa compenetración y máxima estimulación. Los niveles más bajos de esa progresión son susceptibles de ser interpretados como parte del trato afectuoso convencional (tomarse de la mano) y el nivel más alto corresponde a la penetración. Tal progresión puede tener lugar de muy diversas formas respecto a su oportunidad de ocurrencia a largo de la adolescencia. Así por ejemplo, algunos autores señalan que mientras unos adolescentes inician su actividad sexual penetrativa a edades muy tempranas otros logran posponerla hasta alcanzar una relación romántica relativamente estable.

Un aspecto que es importante considerar al tratar de comprender la actividad sexual de los adolescentes es el significado que tiene para las personas involucradas.

Moore y Rosenthal plantean que los hombres y las mujeres atribuyen un significado distinto a la actividad sexual genital, el cual no sólo influye en su comportamiento sino que juega un papel importante en su salud sexual y reproductiva. En efecto, mientras los hombres reconocen que para ellos la primera relación sexual constituyó un episodio sin mayos trascendencia, una prueba que les permitió confirmar su “normalidad”, las mujeres reportan que su primera experiencia sexual fue por amor con alguien que era importante

emocionalmente. No obstante, tanto hombres como mujeres reportan que su primera experiencia sexual fue espontánea y no planeada.

En cuanto al contexto en el cual ocurre la actividad sexual de los adolescentes el estudio de Gaston, Jensen y Weed (1995) reveló que tres de cuatro adolescentes participantes de su investigación reportaron haber tenido su primera relación sexual en la casa de alguno de los dos miembros de la pareja o de un amigo lo cual coincide con lo encontrado por Franklin (1998) quien afirma que la actividad sexual de los adolescentes ocurre más probablemente durante el día, en la casa de alguno de los miembros de la pareja, mientras que los padres se encuentran trabajando. Estos estudios sugieren que una casa sola y con poca supervisión proporciona la oportunidad ideal para que los adolescentes se involucren en actividades sexuales.

En relación con las consecuencias de la actividad sexual durante la adolescencia la literatura plantea que estas pueden ser físicas, psicológicas y sociales. Las físicas, como el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, y las sociales, como la sanción social o el reconocimiento y la aprobación por parte de la pareja, el grupo de iguales o la familia.

Krauskopf afirma que entre las consecuencias psicológicas se encuentran los sentimientos que mantienen la conducta como la satisfacción, el orgullo, la tranquilidad y el sentimiento de realización; y los sentimientos negativos como los de culpabilidad, tristeza, arrepentimiento, vergüenza y preocupación. En un estudio se encontró que casi 40% de los adolescentes que dicen haber iniciado actividad sexual experimenta números altos de

sentimientos positivos y que las mujeres reportaron más sentimientos negativos asociados a su actividad sexual que los hombres.

El inicio de la vida sexual no es un asunto trivial, se ve influido por las condiciones culturales y económicas en las que se desenvuelven los jóvenes y la presencia de los medios de comunicación. La televisión, las revistas y la escuela son las instancias que favorecen el acercamiento a temas sexuales. Además, sabemos el 34.1% de los jóvenes reconocen a la escuela como el medio del cual más han aprendido acerca de la sexualidad, en segundo lugar a padres y madres de familia con un 24.4%.

### **3.2.2. Uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia**

La adolescencia es un periodo de transición de la infancia a la edad adulta y el término describe el desarrollo a la madurez sexual así como a la independencia psicológica y la relativa independencia económica.

Los adolescentes son un grupo atareo muy vulnerable, expuesto a múltiples factores de riesgo y a muchos cambios.

Han dejado de ser niños y la sociedad aún no los considera como adultos. Pero es precisamente en este periodo de su vida que los jóvenes comienzan a tomar conciencia de su sexualidad y con frecuencia inician su actividad sexual, sin que los adultos se den cuenta. Por lo general ven esto como algo positivo, pero a veces las experiencias sexuales precoces pueden ir acompañadas de sentimientos de ansiedad, vergüenza o culpabilidad.

Muchos son ignorantes con respecto a las funciones de su propio cuerpo y poseen escasos conocimientos de la actividad sexual y sus consecuencias.

Los embarazos en la adolescencia pueden ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, nutriente y vital o la manifestación visible de trastornos en el desarrollo de las adolescentes.

Los peligros que conlleva tener hijos en una edad temprana, tanto para las madres como para los hijos, se han venido planteando desde hace algún tiempo. El riesgo de que no ocurran complicaciones durante el embarazo y el parto como son:

- Incremento del aborto.
- Mayor mortalidad materna.
- Mayor mortalidad infantil y peri natal.
- Escaso y tardío control prenatal.
- Complicaciones como: anemia, toxemia, desnutrición, etc.
- Parto pre-término y bajo peso al nacer.

Por otra parte pocas adolescentes son lo suficientemente maduras emocionalmente como para ser madres. Todavía buscan su propio lugar en el mundo y un bebe añade peso a su carga, sobre todo si esta madre se encuentra sola.

La extensión de las relaciones sexuales a años muy precoces de la vida, los cambios en la conducta sexual, abandono de los anticonceptivos de barrera y actitudes permisivas pueden facilitar las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

La mayoría de las adolescentes no tienen idea de las complicaciones que pueden conllevar una interrupción de embarazo, independientemente de que se realice en un medio adecuado y con personal calificado.

La actividad sexual durante la adolescencia puede tener definiciones muy diferentes. Sorenson identifica varias razones:

- Por placer sexual.
- Como medio de comunicación.
- Para experimentar nuevas sensaciones.
- Como premio o castigo.
- Como escape a la soledad, etc.
- Como huida de otras tensiones.

Interesantes trabajos realizados por Akpon y Cols hallaron que el 8.3% de las jóvenes entre 14 y 18 años que acudieron a la consulta de contracepción por primera vez, practicaban relaciones sexuales desde un año o más antes de su visita.

El sexo en la televisión se vive sin responsabilidad. Las relaciones sexuales fuera del matrimonio son las más frecuentes, se le da poca trascendencia al divorcio, aborto y nacimientos fuera del matrimonio.

En nuestro país desde hace tiempo la sexualidad de los adolescentes es motivo de preocupación del Estado y se le da información muy clara desde edades tempranas en las escuelas, círculos de adolescentes, etc., aunque es preciso seguir trabajando en este aspecto.

Los medios de comunicación ejercen mucha presión estimulando la actividad sexual. Ofrecer información sobre la sexualidad y salud reproductiva a la gente joven es un asunto delicado. A los adultos no les gusta discutir el tema del sexo y muy a menudo no quieren reconocer el hecho de que los adolescentes tienen relaciones sexuales.

Los padres son los primeros y principales educadores de sus hijos. La educación de la sexualidad es una importante tarea que debe ser compartida entre la escuela y la familia, para lograr el éxito de este empeño ambas deben contribuir a la formación de niños, adolescentes y jóvenes sanos, felices y responsables.

Actualmente existe un incremento de un 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de 12 años hasta los 19.

Los organismos de salud latinoamericanos han reconocido que las adolescentes constituyen un grupo extremadamente vulnerable a las

consecuencias médicas de su actividad sexual: embarazo, aborto, ETS, morbilidad, y mortalidad materno-infantil y en nuestro estudio encontramos que sólo un 32% de las pacientes tenían alguna idea o conocimiento de las complicaciones que se podían presentar con una interrupción de la gestación.

Las interrupciones en edades tempranas de la vida son por lo general consecuencia de la falta de acceso a información, de las relaciones sexuales sin protección o no deseadas o la ineficacia de los anticonceptivos utilizados.

Los jóvenes le dan más importancia a la espontaneidad y al aspecto romántico y sienten que planificar las relaciones sexuales comprometería sus ideales. Creen que los anticonceptivos interfieren con el placer.

Los anticonceptivos más utilizados en las adolescentes son los DIU, las píldoras y el condón, por ese orden. Sin embargo, existe un mayor porcentaje de adolescentes que no usa ningún método anticonceptivo.

Según la Organización Mundial de la Salud, los DIU no se recomiendan para las adolescentes y jóvenes pues dadas sus conductas sexuales habituales estas corren mayor riesgo de contraer ETS o infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

En la literatura revisada encontramos que en las adolescentes menores de 16 años hay cierta restricción en el uso de los anticonceptivos hormonales.



Las adolescentes son presionadas por su pareja a tener relaciones sexuales no protegidas, además es posible que tengan creencias religiosas o culturales que le limiten el uso de anticonceptivos. También hay que tener presentes las dificultades a las que tienen que enfrentarse para asistir a las consultas, el miedo a ser vistas por familiares y vecinos.

### **3.3. EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

#### **3.3.1. Concepto:**

Según Lessier (2001), se define el embarazo adolescente como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". El embarazo adolescente es aquel que ocurre en mujeres de diecinueve años o menos; es uno de los hechos más frecuentes; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento. Existen millones de adolescentes mujeres en el mundo expuestas a riesgos que las pueden llevar a embarazos no deseados.

El embarazo en una pareja de jóvenes es un evento inesperado, sorpresivo, generalmente se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que están asociados a la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo. Las adolescentes en embarazo son consideradas un grupo de

alto riesgo reproductivo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo aún está en proceso de formación (Issier, 2001).

### **3.3.2. Epidemiología a nivel mundial, América latina, Ecuador y en Loja**

Actualmente en el mundo se cuenta con más de mil millones de adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, 85% de los cuales viven en países en vías de desarrollo.

El porcentaje de los jóvenes respecto del total de la población, en América Latina es de alrededor del 40 %, en Ecuador el La población menor de dieciocho años es de 5'397.139 de los cuales 2'739,989 son niños/adolescentes y 2'657,150 niñas/adolescentes, representan el 37,26% de los 14'483,499 de habitantes que pueblan el territorio ecuatoriano, de los cuales de 10 a 14 años corresponde a 1'393.402; 15 a 19 años. 1'34141; 63,4% área urbana; 36,59% área rural.

La gran mayoría de los trabajos que vinculan el embarazo adolescente con la pobreza han sido desarrollados para Estados Unidos. En general, estos estudios identifican a las áreas rurales o zonas caracterizadas por el aislamiento, el acceso limitado a los servicios médicos y las altas tasas de pobreza como los factores de mayor riesgo para el embarazo adolescente. Casi dos tercios de los embarazos adolescentes son no planeados y alrededor del treinta y cuatro por ciento de las adolescentes se embarazan al

menos una vez antes de los veinte años. No obstante para la mayoría de las adolescentes, el casamiento solo llega entre los 25 y 35 años.

La información disponible sobre embarazos no planeados en América Latina está basada mayormente en las encuestas nacionales de demografía y salud. El análisis de estas encuestas en Bolivia, Colombia, Paraguay y Perú indica que la probabilidad de embarazos no planeados se incrementa con la edad de la mujer y disminuye con la educación.

Además, es más probable que las mujeres que viven en zonas rurales tengan más hijos que los idealmente deseados que aquellas mujeres que viven en zonas urbanas.

En Colombia y Perú no hay suficiente evidencia de una relación entre embarazo no planeado y estatus socioeconómico mientras que en Chile, las mujeres entre 15 y 24 años que viven en hogares de estatus socioeconómico bajo es más probable que experimenten un embarazo no planeado que las mujeres de esas mismas edades pero que viven en un hogar de mejor posición socioeconómica.

Nuestro país tiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina. De acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas. El embarazo entre adolescentes es mayor entre

estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes viven en áreas rurales.

Según ENDEMAIN 2004, en adolescentes de 15 a 19 años hay una importante brecha entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos: 91 vs 47%. Solamente el 13,5% de las adolescentes usó algún método durante la primera relación sexual.

La educación también juega un papel preponderante: Según la Encuesta Condiciones de Vida 2005, dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación fueron madres o estuvieron embarazadas. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa).

Los registros muestran que la maternidad adolescente se presenta más generalmente en los grupos socio-económicos más bajos y en mujeres con menor nivel educativo.

### **3.3.3. Cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos en el embarazo en adolescentes**

La evolución favorable del embarazo requiere de una adaptación del organismo materno, las modificaciones fisiológicas que de una u otra forma pueden contribuir a que se presenten ciertas complicaciones, como por ejemplo las infecciones durante el embarazo.

Las modificaciones principales son:

### **3.3.3.1. Modificaciones en la composición corporal y la ganancia de peso**

Se ha estudiado que el promedio de peso ganado durante el embarazo es 12,5 kg; este nivel de ganancia está asociado con resultado reproductivo óptimo en mujeres saludables.

Aproximadamente, 5% del total del peso ganado ocurre en las 10 a 13 semanas del embarazo; el resto es ganado a lo largo del segundo y tercer trimestres, con una tasa promedio de 0,450 kg por semana.

La Organización Mundial de la Salud, en un estudio sobre antropometría materna y resultado del embarazo, concluyó que el peso al nacer de 3,1 a 3,6 kg (media de 3,3 kg) estuvieron asociados a resultado fetal y materno óptimos.

El peso ganado durante el embarazo está influenciado por el peso corporal previo al embarazo; así, el Instituto de Medicina de EE UU recomienda que la ganancia de peso debe guardar relación con el índice de masa corporal (IMC) previo a la gestación. Por ejemplo, las mujeres con índice de masa corporal normal deberían ganar 0,4 kg por semana, tanto en el segundo como en el tercer trimestres; las mujeres con IMC por debajo de lo normal deberían ganar 0,5 kg por semana; y a las mujeres con sobrepeso, se les debe recomendar un incremento de 0,3 kg por semana.

### 3.3.3.2. Modificaciones en el sistema cardiovascular:

El corazón y la circulación presentan adaptaciones fisiológicas importantes desde las primeras semanas del embarazo. El gasto cardíaco se incrementa hasta en 50% en comparación con la mujer no gestante, atribuyéndose estas modificaciones a una elevación de la frecuencia cardíaca (15 a 25% mayor que en la mujer no embarazada), al volumen latido, que se encuentra elevado en 25 a 30% al final del embarazo, y finalmente a una disminución de la resistencia vascular periférica, en 20%, aproximadamente. En gestaciones múltiples, el gasto cardíaco materno es mayor en 20% sobre el incremento normal; la volemia y el volumen plasmático se incrementan hasta 45% y 55%, respectivamente, al final del embarazo. Además, el aumento de la volemia y del volumen plasmático conduce a disminución del hematocrito y de la concentración de hemoglobina.

Sistema	Parámetros	Modificación
Circulación	Gasto cardíaco Volumen latido Frecuencia cardíaca Presión coloido - osmótica Compresión aorto - cava	+ 50% + 25% + 25% Disminuida Presente
Hematología	Volemia Volumen plasmático Volumen corpuscular	+ 45% + 55% + 30%
Proteínas plasmáticas	Proteínas totales Albumina Colinesterasa plasmática	Disminuida Disminuida Disminuida

### **3.3.3.3. Modificaciones en el aparato urinario**

Se produce dilatación de la pelvis renal, cálices y los uréteres, provocando aumento del espacio muerto urinario. El incremento del espacio muerto urinario unido al crecimiento de la vascularización renal y el mayor volumen intersticial ocasionan aumento en la longitud del riñón, de aproximadamente 1 a 1.5 cm, en comparación con el riñón de la mujer no gestante.

La hidronefrosis e hidrouréter se inician precozmente desde la sexta semana de gestación y el 90% de los embarazos presenta estas modificaciones alrededor de la semana 28. El mecanismo sería el resultado de la combinación del factor mecánico (posición del útero gestante) y la relajación del músculo liso, por efecto de la acción de la progesterona; es más común en el lado derecho, por la dextrorrotación del útero y la acción amortiguadora del colon sigmoides sobre el uréter izquierdo. Las modificaciones descritas actúan como factores que predisponen a las infecciones urinarias.

La función renal se altera también durante el embarazo; así, el flujo sanguíneo renal (FSR) y la tasa de filtración glomerular (TGF) se incrementan en 50 a 60%; la reabsorción de agua y electrolitos también están elevada, manteniéndose normales el balance hídrico y electrolítico.

Durante el embarazo se pierden aminoácidos y vitaminas hidrosolubles por la orina, en mayor cantidad que en las mujeres no gestantes; la creatinina y

el nitrógeno ureico sérico disminuyen; de manera que, una creatinina sérica mayor a 0,9 es sospechosa de enfermedad renal subyacente.

También, la depuración de creatinina es 30% mayor comparada con mujeres no gestantes; valores por debajo de 137 mL/min deben ser estudiados exhaustivamente.

#### **3.3.3.4. Modificaciones en el tracto gastrointestinal**

El estómago se modifica debido a factores mecánicos y hormonales; el elemento mecánico es el útero ocupado y el factor hormonal, la progesterona, que disminuye el peristaltismo gástrico e intestinal; como resultado del factor hormonal, se producirá retraso en el vaciamiento gástrico y, en el intestino, una mayor absorción, debido a la lentitud en el tránsito intestinal.

El hígado no experimenta modificaciones morfológicas y el flujo sanguíneo de la vena porta y el flujo sanguíneo total están incrementados significativamente a partir de las 28 semanas, aunque el flujo por la arteria hepática no se altera.

Algunas pruebas de la función hepática se alteran durante el embarazo; por ejemplo, la fosfatasa alcalina se eleva casi al doble, mientras que las aminotransferasas, gamma glutamil transpeptidasa y bilirrubina total muestran concentraciones ligeramente disminuidas. La albúmina sérica



disminuye debido al incremento del volumen sanguíneo, pudiendo ser menor la relación albúmina/globulina en comparación a la mujer no embarazada.

### **3.3.3.5. Modificaciones en el sistema nervioso central y periférico**

Por resonancia magnética se ha demostrado que el riego sanguíneo cerebral bilateral en las arterias cerebrales media y posterior disminuye progresivamente hasta el tercer trimestre; se desconoce el mecanismo e importancia clínica de esta merma, aunque podría explicar la disminución de la memoria durante el embarazo.

### **3.3.3.6. Modificaciones en el sistema Respiratorio**

Se producen precozmente a partir de la octava semana modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares, por efecto hormonal y modificaciones mecánicas y anatómicas:

- Por efectos hormonales: dilatación de la vía aérea, disminución de la resistencia pulmonar hasta en 50% (por acción de la progesterona, cortisol y relaxina). Además, se presenta ingurgitación de la mucosa nasal, orofaríngea y laríngea, proporcionando mayor vascularidad.
- Se encuentran aumentados el volumen corriente, la ventilación pulmonar y el consumo de oxígeno; la capacidad residual funcional y el volumen residual están disminuidos, por elevación del diafragma.

- Por modificaciones anatómicas: los diámetros vertical interno y circunferencia de la caja torácica muestran modificaciones importantes; el primero disminuye hasta 4 cm, por elevación del diafragma por el útero ocupado; el eje transversal y anteroposterior incrementan la circunferencia torácica en 6 cm.
- Gases sanguíneos: La disminución de la PaCO<sub>2</sub> hasta llegar a los 30 mmHg, se registra a partir de las 12 semanas, por efecto de la progesterona. La PaO<sub>2</sub> aumenta desde el primer trimestre a 107 mmHg, luego desciende en el tercer trimestre a 103 mmHg.

### **3.3.3.7. Modificaciones en la piel**

Bajo la influencia de las hormonas del embarazo, se observa las siguientes modificaciones:

- Prurito: se presenta en 3 a 20% de las embarazadas, puede ser localizado o generalizado y se acentúa conforme avanza la gestación.
- Alteraciones pigmentarias: la más común y que preocupa a la mujer gestante es el cloasma o melasma; esto se debe a que en determinadas áreas de la piel hay mayor cantidad de melanocitos, siendo la única alteración histológica el depósito de melanina, influenciadas por la hormona estimulante de la melanina, factores genéticos, cosméticos y radiación ultravioleta.
- Estrías: frecuente en personas de piel clara, de localización abdominal, alrededor del ombligo y en las mamas; no solo se

producen por la distensión de la piel, sino también influirían los factores hormonales.

#### **3.3.4. Reacciones emocionales frecuentes en el embarazo:**

El embarazo es una experiencia física y emocional compleja que es estrictamente tensionante. El embarazo se asocia con cambios en la conducta alimentaria, el sueño y la actividad sexual, cambios que fuera el embarazo pueden señalar una perturbación psicológica como la depresión. Sin embargo dentro del contexto del embarazo estos cambios son normales. El embarazo se puede considerar tanto una fase biológica como psicológica de la vida que requiere ajuste adaptación. La adaptación emocional se una mujer al embarazo se verá afectada por su capacidad previa para dominar problemas y resolver conflictos. Los aspectos emocionales del embarazo también son afectados por el contexto en el cual se desarrolla el embarazo.

Algunos problemas emocionales comunes pueden estar identificados y asociados vagamente con los estadios del embarazo. Durante todo el embarazo se describen a menudo sentimientos de ansiedad, ambivalencia y labilidad del humor. Inicialmente, tan pronto como una mujer sabe que está embarazada, existen algunas elecciones por hacer en el estilo de vida. Estas elecciones incluyen cuestiones relacionadas con hábitos alimentarios, tabaquismo, consumo de alcohol y cafeína, uso de drogas, asistencia prenatal, situación laboral, relaciones y si debe continuar el embarazo.

Durante todo el primer trimestre pueden existir más periodos de emociones fluctuantes. La aceptación del embarazo, la resolución de las elecciones en el estilo de vida y la incorporación de la presencia del feto son las principales tareas psicológicas. Los factores de riesgo para un aumento de la incidencia de trastornos psicológicos durante este periodo, y posiblemente mayor malestar fisiológico, incluyen las siguientes: reacción negativa al embarazo por parte del esposo o novio, experiencias desagradables previas con embarazos. Motivación poco clara para el embarazo, pocas personas en quienes buscar apoyo y un gran cambio en el estilo de vida debido al embarazo.

Por lo general el tercer trimestre es una época de menos cambios emocionales. Las reacciones emocionales pueden centrarse en los cambios de la imagen corporal y la sexualidad. La principal tarea psicológica de la mujer embarazada es comenzar a considerar al neonato como alguien separado de ella misma. La percepción del movimiento fetal ayuda en este proceso.

En el tercer trimestre, las reacciones emocionales pueden intensificarse al mismo tiempo que el malestar físico se torna más agudo. Las dificultades con el sueño y los síntomas somáticos asociados con el aumento del tamaño uterino son frecuentes. A menudo aumenta la ansiedad acerca de la salud del niño, la experiencia del parto los cambios en los papeles y relaciones de la futura madre. La principal tarea psicológica de la mujer en el tercer trimestre es comenzar a considerarse madre. La realidad de esta maternidad inminente implica cierta pérdida de autonomía y control. En algunas mujeres esto puede provocar sentimientos conflictivos acerca de la libertad personal

la independencia y la dependencia de otros, los cambios en la relación de la mujer con su pareja al paso que el niño se convierte en una realidad también puede ser causa de estrés, o alteraciones emocionales a medida que el embarazo llega a su fin.

El trabajo de parto y el parto es una experiencia muy tensionante, tanto física como emocionalmente. En la mayoría de las mujeres, pero sobre todo en las primíparas, la ansiedad acerca del parto es grande. Esta ansiedad puede ser mediada por la información y la preparación para el trabajo de parto y el parto y por el apoyo de su compañero y de los profesionales médicos, se ha demostrado que la confianza que tiene una mujer en su capacidad para afrontar el dolor en el trabajo de parto representa el 50%, del dolor en el comienzo del trabajo de parto y el 33%, del dolor en el trabajo de parto activo. La adecuada información sobre el parto y el respaldo de las personas que acompañan a la madre en el momento del parto aumentarán la confianza y colaboración maternas.

Las estimaciones usando la ENDEMAIN de 2004 muestran que una adolescente ecuatoriana de 17 años, de nivel socio-económico alto, que vive en una zona urbana del país, tiene educación superior, pertenece al grupo étnico mestizo, no ha recibido información sobre el embarazo y el parto ni sobre métodos anticonceptivos pero los utiliza y además tiene ciertos conocimientos acerca de las relaciones sexuales tiene una probabilidad de tener un embarazo muy baja, de alrededor del 2%.

Sin embargo, una adolescente de las mismas características pero de nivel socioeconómico bajo tiene tres veces más probabilidad de embarazarse. Si

además es indígena, la probabilidad se reduce solo al 5%. Esta probabilidad es similar a la probabilidad de una adolescente mestiza, en parte que los grupos étnicos blanco, indígena y mestizo no tienen un efecto diferencial sobre la probabilidad de embarazo en la adolescencia en Ecuador. El único efecto relevante se da para otras etnias. Por ejemplo, una adolescente que no es ni blanca ni indígena tiene dos veces más probabilidades de tener un embarazo que una adolescente de las mismas características pero que pertenece al grupo étnico mestizo. Por otra parte la educación es un determinante sumamente importante del embarazo adolescente. Ser analfabeta, tener educación hasta primaria completa y tener más que primaria y hasta secundaria completa incrementa las probabilidades de tener un embarazo en la adolescencia en relación a adolescentes de las mismas características pero con educación superior.

En el ejemplo anterior, una adolescente indígena, ecuatoriana, que en el año 2004 tenía 17 años, que vive en una zona urbana, pertenece al nivel socioeconómico más bajo, no recibió información sobre el parto, el embarazo ni los métodos anticonceptivos pero los utiliza, tiene ciertos conocimientos acerca de las relaciones sexuales y tiene educación menor a primaria completa, tiene una probabilidad de tener un embarazo de casi el 35% comparada con solo el 5% que tiene una adolescente de las mismas características pero con educación superior.

Recibir información sobre métodos contraceptivos y sobre el parto y el embarazo disminuirá las probabilidades de embarazarse, pero el efecto de estos factores sobre la probabilidad de embarazo ha perdido significado a lo largo del tiempo y no parecen afectar de manera importante en la encuestas.

Las adolescentes con bajos conocimientos acerca de las relaciones sexuales tienen alrededor de dos veces más chances de embarazarse que adolescentes de las mismas características pero con mayores conocimientos acerca de las relaciones sexuales.

Por último, una adolescente que no utiliza métodos anticonceptivos tiene entre 8 y 31 veces más probabilidades de tener un embarazo que una adolescente que los utiliza. Esta evidencia identifica a las adolescentes que viven en zonas urbanas o rurales, con nivel socioeconómico bajo, analfabetas o con educación hasta primaria completa, con bajos conocimientos acerca de las relaciones sexuales y que no utilizan métodos anticonceptivos como el grupo de mayor riesgo de embarazo adolescente en Ecuador.

Entre las adolescentes que han tenido un embarazo, vivir en una zona rural del Ecuador y no utilizar métodos contraceptivos incluyen diferencialmente entre adolescentes con embarazos deseados y no deseados. Esto es, aquellas adolescentes que viven en zonas rurales y no utilizan métodos anticonceptivos tienen mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado que otras adolescentes de similares características pero que viven en zonas urbanas y utilizan métodos anticonceptivos.

### **3.3.5. Factores de riesgo para el embarazo adolescente**

Los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente se pueden dividir en 3 categorías:

**3.3.5.1. Factores de riesgo individuales:** Menarca precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

**3.3.5.2. Factores de riesgo familiares:** disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

**3.3.5.3. Factores de riesgo sociales:** bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una



relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la relación del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.

La tendencia habla que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de métodos anticonceptivos y sobre la fertilidad, aumentando el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia. Ya que el embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como el hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes.

### **3.3.6. COMPLICACIONES SOMÁTICAS Y PSICOSOCIALES DURANTE EL EMBARAZO**

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

### **3.3.6.1. Complicaciones somáticas**

#### **3.3.6.1.1. Para la madre**

La mortalidad materna del grupo de 15- 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.

Con respecto a la morbilidad maternofetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo.

La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia.

La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro

	Embarazos adolescentes	Embarazos adultos
Anemia	49.36%	43.67%
Infección Tracto Urinario	13.29 - 23.2%	6.96%
Retardo Crecimiento Intrauterino *	12.02%	5.69%
Parto prematuro	8.3 - 8.86%	2.8 - 4.43%
Recién Nacido de bajo peso	6.32 - 6.9%	3.16 - 10.1%
Complicaciones en el parto (hemorragia, desgarros cervicales)	10.75 - 15.7%	5.69 - 5.7%
Parto Instrumental	4.9 - 8.22%	2.1 - 10.12%

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas.

Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas

diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.

La edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente.

En lo que respecta a las patologías del parto, diversos estudios señalan que mientras mas joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto, debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna y de sus partes blandas, lo que condicionará una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica y, por lo tanto, más trabajos de parto prolongados y mayor porcentaje de cesáreas.

Además, el DCP, se encuentra mayor presentación podálica y preeclampsia. Igualmente tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Otros estudios sin embargo han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes, con respecto a las mujeres adultas.

El desarrollo de un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos podría influir en la condición inmediata del recién nacido. Sin embargo los estudios revelan una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes.

La infección puerperal es relativamente más frecuente en adolescentes.

#### **3.3.6.1.2. Para el hijo:**

Se menciona que las complicaciones neonatales son mayores en hijos de madres adolescentes. Se señala que tienen el doble de posibilidades de presentar alguna patología. En la mayoría de los estudios, se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de peso bajo al nacer, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente.

El peso bajo está dado tanto por la condición de prematuro como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. Igualmente, hay investigaciones que indican mayor frecuencia de PEG en adolescentes, con respecto al grupo de madres adultas.

#### **3.3.6.2. Complicaciones psicosociales:**

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar.

La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente.

El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9%.

La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes).

#### **Indicadores de riesgo y complicaciones en el embarazo**

##### **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.

**Socioculturales**

- Pobreza.
- Explotación laboral.
- Abuso sexual o violación.

**Familiares**

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

**Servicios de salud**

- Personal capacitado
- Servicio de salud no adecuado
- Identificación y/o captación tardía de la adolescente embarazada.<sup>21</sup>

### 3.4. MADRE ADOLESCENTE

Para la adolescente, el sentido de ser madre implica la conjunción de tres elementos que se relacionan sustancialmente entre sí y que dan una connotación acerca de la imposibilidad que tienen la mayoría de estas jóvenes, en tanto, continúan y persisten en seguir con sus estudios colegiales con el fin de superarse y a la vez de entregarse en el cuidado de su hijo(a).



Estos elementos considerados por las mamás son: La madurez, la entrega y la responsabilidad. La unión de estos tres elementos deja entrever o permite visualizar una imposibilidad de ser lo que se era antes.

Volver a ser es no tener una responsabilidad de cuidar a alguien, que si bien no es ella, es parte de ella y es de ella. Volver a ser es recobrar la libertad de ser ella y no ser ella y otro, porque a partir de ese momento se empieza a vivir en función del otro; volver a ser es recuperar el lugar de ser, construido por ella misma en relación dialogal con sus compañeros y amigos; es decir, recobrar la identidad de ser adolescente que no ha roto su moratoria social y que disfruta plenamente de lo que es ser joven.

Según se comprendió, los cambios se encuentran relacionados con los lugares construidos por el mundo vital o de la vida de la adolescente y que le permiten ser en su nuevo rol de madre-estudiante

Un primer cambio se encuentra relacionado con la percepción de lo que es el estudio y el estudiar, lo cual ya no es visto como una forma de relación social, sino como una posibilidad de salir adelante; es un deseo de superación, un reto para conseguir trabajo y ofrecer un mejor futuro a su hijo.

El estudio y el estudiar exigen para la madre escolarizada un mayor esfuerzo y una gran dedicación para llegar, al lado de su hijo(a), a una meta de conocimiento formal, que en cierta medida, le brinde una seguridad de no quedarse anclada en la ignorancia y en la exigencia que le demanda la

sociedad, a través de una mirada estigmatizante de ser de poca valía por tener un hijo(a) y no estudiar.

Otro cambio, que se relaciona con el anterior, tiene que ver con las relaciones que establece la madre con sus pares o amigos del colegio. En efecto, para la adolescente, sus compañeros de estudio ya no son lo mismo que eran antes, en tanto la concepción que se tiene de ellos es que son inmaduros y ya no piensan y asumen la vida como la considera hoy la mamá que estudia.

Esto tiene que ver con las diferentes actividades que se realizan al interior de un centro escolar diseñado en su totalidad para adolescentes que no son padres y que les permite moverse con cierta libertad en la realización de actividades propias de un joven que estudia. La madre adolescente, por el contrario, no goza de dichas libertades por cuanto su pensamiento se ubica en el cuidado de su hijo, así se encuentre en el colegio; la madre ya no puede hacer las tareas con la facilidad de antes, incluso compartirlas o realizarlas con sus compañeros; ir a la biblioteca con la frecuencia que lo hacía anteriormente, salir con sus amigos y amigas a bailar o salir de paseo. El colegio, entonces, en el imaginario de la madre escolarizada, ya no adquiere la concepción de disfrute y placer que tenía antes en tanto las relaciones mediadas por la interacción y en sí la socialización ya no son las mismas.

Un último cambio acaecido en la mamá es aquel que tiene que ver con las relaciones familiares. Si bien, la mayoría de las madres consideraron en la que recibieron un apoyo por parte de su familia, ésta le exigía una mayor

responsabilidad hacía el cuidado de su hijo y al rendimiento escolar, y ambos por igual. En tal sentido, los miembros de la familia ya no veían a la adolescente como antes; ella antes gozaba de ciertos privilegios como hija, ahora estos ya no son para ella sino para su bebé; ya no es sólo hija, ahora es hija y mamá, estudiante y mamá, y en algunos casos, esposa o novia y mamá; en la función de estos roles, se le exige que debe cumplir a todos por igual. La demanda, entonces, inicia principalmente por el núcleo familiar, reclamando de la madre igual responsabilidad en todos estos roles, que si no son asumidos eficazmente, se le reprocha y a la vez se le sugiere que abandone sus estudios si no es capaz de cumplir prioritariamente con su mandato de ser madre.

Para la madre adolescente, estos cambios se encuentran relacionados con su imaginario al asumir un rol indivisible llamado madre-escolar, puesto que ella no puede dejar de ser mamá para ser estudiante, como tampoco, ser estudiante para ser mamá; sino que este nuevo rol ha de ser continuo, mientras exista la perseverancia y a la vez el deseo de continuar con sus estudios.

La madurez, que para la madre es experiencia y que decide continuar con los estudios, le permite a la adolescente visualizar la vida desde una perspectiva diferente en el espacio y en el tiempo.

Desde el momento que se es madre, ya no disfruta del ser joven-adolescente como lo era antes, en tanto renuncia voluntariamente a ciertos encuentros de amistades horizontales por causa y a la vez por el amor manifestados en el cuidado y protección de su bebé

La entrega conlleva, en sí misma, una toma de conciencia respecto a lo que se debe hacer en el momento que se empieza a ser madre. Esta toma de conciencia se llama responsabilidad, tercer elemento considerado por la adolescente como parte importante en su nuevo rol. En su entrega, la responsabilidad lleva implícitos dos factores relacionados con el manejo del tiempo, tiempo que no se debe desperdiciar cuando se adquieren compromisos tan arraigados como la maternidad y, en menor proporción, el estudio. Uno de estos factores es la forma como la madre distribuye creativamente su tiempo en el ejercicio de ser madre escolar; y el otro tiene que ver con el cumplimiento efectivo de responder por los compromisos asumidos en dicho rol.

#### **iv. MATERIALES Y MÉTODOS**

##### **4.1. Metodología**

###### **4.1.1. Tipo de estudio**

El estudio que se realizó, fue de tipo descriptivo - transversal, lo que implicó la descripción estadística del resultado del estudio de las variables de factores de riesgo, en el embarazo, sobre la base del instrumento de investigación, que fue la encuesta, en una muestra de la población en un período específico.

###### **4.1.2. Universo de estudio**

El universo de estudio lo constituyeron todas las estudiantes adolescentes del Instituto Tecnológico Superior “Beatriz Cueva de Ayora” de la ciudad de Loja.

###### **4.1.3. Muestra para la investigación**

La muestra la conformaron las estudiantes adolescentes embarazadas en el período académico 2011-2012; esto es, 20 estudiantes adolescentes.

###### **4.1.3.1. Criterios de inclusión**

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

- Estudiantes embarazadas y que tengan edades de adolescencia.
- Estudiantes que aceptaron o sus padres no se opusieron a participar en la investigación.

#### **4.1.3.2. Criterios de exclusión**

Se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

- Estudiantes gestantes que no estuvieron en edad de adolescencia
- Estudiantes que no aceptaron o sus padres se opusieron a formar parte de la investigación

#### **4.1.4. Técnicas y procedimientos**

Para la realización de este estudio se presentó el proyecto al Rector y al Departamento de Orientación del Instituto Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”, quienes permitieron la realización del trabajo de campo en esta institución. Luego de esto se identificó a las gestantes adolescentes a quienes se les aplicó la encuesta directa con preguntas mixtas de contenido en correspondencia con los objetivos de la investigación.

Estos datos se los ubicó en una hoja de recolección de datos lo que permitió el análisis, realizándose mediante la estadística descriptiva, utilizando tablas de frecuencia y gráficos estadísticos.

#### **4.1.5. Variables de estudio**

Las variables a considerarse para el estudio y por ende para la elaboración de los instrumentos de investigación fueron: edad, estado civil, peso, talla, lugar de origen, tipo de familia, inicio sexual, métodos anticonceptivos, preferencias de televisión, actividades extra educativas, conexión con una figura adulta que la apoya, conocimiento sobre: salud reproductiva, sus derechos, opciones y los servicios, acceso a la información, participación en una actividad económica, participación en la vida social, desempeño del rol de embarazada, privación de actividades de su edad, búsqueda de afecto, relaciones sexuales, proyecto de vida, cambios experimentados, preocupaciones en el parto, preocupaciones personales.

Finalmente, con la información procesada e interpretada, se realizó un análisis con la ayuda del marco teórico para establecer problemáticas, lo cual dio lugar a la elaboración de una propuesta para la prevención institucional de embarazos en las adolescentes que se forman en esta institución educativa y para reducir los impactos en la salud integral de las adolescentes embarazadas y de sus hijos.

**TABLA Nº 1**

**Teorías sobre adolescencia y embarazos en adolescentes**

<b>TEORÍAS</b>	<b>RESUMEN DEL ENUNCIADO</b>
Definición de la adolescencia según la OMS	<p>Etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, en dos fases: la temprana de 11 a 14 años y la tardía de 15 a 19 años en cada una de la etapas se presentan cambios fisiológicos (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.</p> <p>Sostiene que la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. Cada individuo posee una personalidad y en esta etapa es cuando más la manifiesta, para poder medir el grado de aceptación en los diferentes escenarios sociales e ir haciendo los ajustes o modificaciones necesarios para sentirse aceptado socialmente.</p>
Teoría de la recapitulación según G. Stanley Hall.	<p>Según esta teoría, la historia de la experiencia humana se ha incorporado a la estructura genética de cada individuo; la llamó: teoría psicológica de la recapitulación. Esta teoría sostiene que el desarrollo, el crecimiento y la conducta se producen de acuerdo con pautas inevitables, inmutables, universales e independientes del ambiente socio-cultural.</p>



	<p>Sostenía que algunos tipos de conducta socialmente inaceptables característicos de las fases de la historia pasada, por ese mismo hecho de ser expresiones de una fase primitiva de formación del ser humano, debe ser tolerada por los padres, puesto que son etapas necesarias del desarrollo social; también aseguró que las diferentes etapas son pasajeras.</p> <p>Según Hall, de acuerdo a esta teoría, la adolescencia corresponde a una época en que la raza humana se hallaba en una etapa de turbulencia y transición; es aquí en donde empiezan a aparecer los rasgos más evolucionado y humanos.</p>
<p>Teoría psicoanalítica del desarrollo Adolescente de Anna Freud</p>	<p>Esta teoría tiene en común con la anterior en que las dos consideran a la adolescencia como un período filogenético. Según esta teoría, las etapas del desarrollo psicosexual son genéticamente determinadas y relativamente independientes de los factores ambientales.</p> <p>Para Freud, existen estrechas relaciones entre los cambios fisiológicos y procesos corporales por una parte y, las alteraciones psicológicas y la autoimagen por otra. Durante la adolescencia, los cambios de conducta como la agresividad y la torpeza están vinculados con alteraciones fisiológicas.</p>

Teoría de los mecanismos de defensa del adolescente según Anna Freud	Esta teoría sostiene que el proceso fisiológico de la maduración sexual, que se inicia con la función de las glándulas sexuales, influye directamente en la esfera psicológica; esa interacción redonda en un redespertar instintivo de las fuerzas libidinales, las cuales a su vez provocan en el adolescente un desequilibrio psicológico.
Teoría del establecimiento de la identidad del yo, según Erik Erikson	<p>Este autor modifica la teoría Freudiana y habla de ocho etapas fundamentales en el desarrollo del ser humano, así: 1. Confianza contra desconfianza (oral sensorial), autonomía contra vergüenza y duda (muscular anal), 3. Iniciativa contra culpa (locomotor genital), 4. Laboriosidad contra inferioridad (latencia), 5. Identidad contra difusión del propio papel (pubertad y adolescencia), 6. Identidad contra aislamiento (adulto joven), 7. Fecundidad contra estancamiento (edad adulta), 8. Identidad del yo contra aversión, desesperación (madurez).</p> <p>Según Erik, el adolescente se enfrenta con una revolución fisiológica dentro de sí mismo, que amenaza a su imagen corporal y a su identidad del yo.</p>
Teoría de la adolescencia de Eduard Spranger	Sostiene que los cambios psicológicos producidos durante el período de la adolescencia no pueden ser explicados como mera consecuencia de los cambios endocrinológicos de la pubescencia
Teoría de la	Esta teoría insiste en la idea de la continuidad del desarrollo y de los cambios graduales

continuidad del desarrollo de Leta Hollingworth	durante el período de la adolescencia; esto es, el niño crece y se convierte gradual e imperceptiblemente en adolescente, y el adolescente se convierte de la misma manera gradual en adulto; lo cual rompe con la teoría del nacimiento abrupto de esta etapa, que sostenía Hall.
---	--

**TABLA Nº 2**

**Teorías sobre embarazo en adolescentes**

<b>NOMBRE DE LA TEORÍA</b>	<b>RESUMEN DEL ENUNCIADO</b>
Teoría psicoanalítica	<p>A medida que las niñas comienzan a experimentar los cambios biológicos que afectan sus sentimientos, así como su cuerpo, se tornan atemorizadas e inseguras y se aferran a la dependencia que en su desarrollo infantil significó una fuente de seguridad, como lo fue su padre o madre.</p> <p>Esta actitud entra en conflicto cuando ha formado nuevas identificaciones fuera de la familia y se ve arrastrada por la lucha que libran sus contemporáneos por alcanzar la independencia. El impulso a emanciparse de la familia se va tornando tan poderoso como el sexual y a menudo uno de ellos sirve para alcanzar el otro.</p>
Teoría biológica	<p>Sostiene que la aparición de la menarquia a edades cada vez más tempranas reportadas en todo el mundo, puede ser un elemento coadyuvante para que se dé el embarazo en las adolescentes, sobre todo si se considera que los cambios fisiológicos en el organismo femenino y la capacidad de concebir pueden predisponer a la adolescente a convertirse en un ser sexualmente activo.</p>

Teoría Social y cultural	Durante los años adolescentes los jóvenes pasan por cambios físicos y emocionales; además que se encuentran expuestos a presiones sociales alientan la actividad sexual. La publicidad, la música y las películas, frecuentemente transmiten el mensaje sutil de que las relaciones sexuales son aceptables y tienen un encanto. Los adolescentes sienten presión de no ser menos conocedores o experimentados que sus compañeros.
Teoría familiar	<p>Manifiesta que cuando las relaciones interpersonales entre los miembros de una familia son débiles o se han roto y no existe unión en el grupo familiar, se provoca desorganización; esta circunstancia lleva a un desequilibrio que da lugar a que los miembros de esa familia ensayen una serie de mecanismos adaptativos, algunos de los cuales pueden tener éxito, sin embargo, la mayoría de las veces los lleva a múltiples tensiones y a una situación adversa que provoca trastornos en el desarrollo.</p> <p>En estas circunstancias, la estructura de la personalidad de estas adolescentes es muy tenue y no son capaces de protegerse o elaborar planes de protección, más bien busca fuera de la familia expresiones de afecto, comunicación y pertenencia a un grupo.</p>
Teoría psicológica	Manifiesta que en la etapa de adolescencia el sentimiento de soledad se intensifica, dando lugar algunas veces a la depresión y a un sentimiento de vacío,

	<p>las chicas buscan refugio de esto en la vida, la excitación y falsos placeres, generalmente relaciones sexuales no controladas que conducen a la maternidad. Un yo débil, baja autoestima, falta de asertividad e inseguridad, son otros factores causales directos del embarazo en adolescentes.</p>
--	--

**TABLA Nº 3**

**Cuerpos legales en Latinoamérica sobre adolescentes**

<b>PAIS</b>	<b>NORMA</b>	<b>RESUMEN DE CONTENIDO</b>
Argentina	Ley 26.061/2005 De protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.	<p>Garantiza el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de los derechos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales. Obliga a respetar: su condición de sujeto de derechos; derecho a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; su edad, grado de madurez:</p> <p>La ley también contempla políticas públicas tales como: fortalecimiento del rol de la familia; descentralización de los organismos de ejecución de las políticas públicas; gestión asociada de los organismos de gobierno y promoción de redes intersectoriales.</p> <p>La ley prevé derechos y garantías tales como: a la vida, a la dignidad, a la vida privada, a la identidad, a la documentación, a la salud, a la educación, a la libertad, al deporte, asistencia integral en caso de embarazo, entre otros.</p>

Bolivia	Ley 054/2010. Ley de protección legal de niñas, niños y adolescentes.	<p>La ley tiene por objeto proteger la vida, la integridad física, psicológica y sexual, la salud y seguridad de todas las niñas, niños y adolescentes.</p> <p>Esta ley prohíbe y establece sanciones para los casos de abandono, abuso sexual, inducción a la pornografía, violación, estupro, entre otros, estableciendo penas de reclusión desde tres hasta 12 años.</p>
	Ley 2.026/1999. Código del niño, niña y adolescente.	<p>El código establece y regula el régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño, niña o adolescente con el fin de asegurarles un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional y social en condiciones de libertad, dignidad, equidad y justicia.</p> <p>Este cuerpo legal, además de prever derechos generales, manda proteger y atender de manera prioritaria a niños, niñas , adolescentes, y, con mayor celeridad a adolescentes que por cualquier motivo estuviere embarazada.</p>
Brasil	Ley 8069/1990. Estatuto del niño y del	Tiene el objeto de dar protección integral al niño y al adolescente, que implica: primacía en recibir protección y socorro en cualquier



	adolescente	<p>circunstancia; precedencia de atención en los servicios públicos; preferencia en la formulación de políticas públicas; preferencia en la asignación de fondos públicos.</p> <p>Este estatuto asegura el cumplimiento de las obligaciones del Estado y el ejercicio de los derechos de imagen, identidad, autonomía, valores, ideas, creencias; además de la educación, salud, deporte, de los niños y de los adolescentes.</p>
Colombia	Ley 1098/2006. Código de la niñez y la adolescencia	<p>El código tiene como finalidad garantiza a los niños, niñas a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión.</p> <p>El código establece derechos como: a la vida, aun ambiente sano, integridad personal, a la libertad y seguridad personal, a tener una familia, a la salud, al alimento, al debido proceso, a la educación, a la intimidad, a la información; además establece las obligaciones de la familia y del estado, a fin de que, se brinde la orientación sexual, la recreación, información sobre drogas, proteger de daños psicológicos.</p>

Chile	Ley 20.418/2010 Ley que fija las normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad.	<p>Esta ley señala que toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y, en su caso, confidencial. Además, señala que la información debe ser completa, sin sesgo, y abarcar todas las alternativas que cuenten con autorización que permitan entre otros aspectos, prevenir el embarazo en adolescentes.</p> <p>Según esta ley, la educación sexual completa y sobre medios anticonceptivos debe ser incluida en el currículo de los establecimientos de educación media.</p>
	Ley 19688, modificatoria de la ley 18.962/2002. Relativa al derecho de las estudiantes embarazadas de acceder a los establecimientos educacionales.	Esta ley indica que el embarazo y la maternidad, no constituirán impedimento para ingresar y permanecer en los establecimientos de educación de cualquier nivel; los establecimientos deberán otorgar las facilidades académicas del caso.

Cuba	Ley 16/1978. Código de la niñez y la juventud	El código regula la participación de los niños y jóvenes en la construcción de la nueva sociedad y establece las obligaciones de las personas, organismos e instituciones que intervienen en su formación integral, en un conjunto de normas y principios morales que en manos de los jóvenes, sea un instrumento educativo para guiarlos en su conducta social.
Ecuador	La constitución de la república del Ecuador (2008)	El Art. 44 manifiesta que el Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.
	Ley 100/2003. Código de la niñez y adolescencia	El código determina los derechos de este grupo etareo y las obligaciones que tiene el estado y la familia; así como los servicios a los que deben tener acceso. Entre los derechos se establecen: a la salud, a la educación, al deporte, a la identidad, a la dignidad, a la libertad personal, a la opinión.

		También la ley establece la protección frente a las relaciones familiares a fin de garantizar el desarrollo integral del adolescente y manda a los progenitores a proveer a sus hijos de alimento, educación, valores, orientación sexual, entre otros.
	Ley 67/2006. Ley orgánica de Salud	Determina que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, así como la obligatoriedad de implementar acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en adolescentes, sin costo.
	Plan del Buen Vivir/2008-2013	<p>En el objetivo 3 que es: mejorar la calidad de vida de la población, establece que el Estado, entre otros aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecerá los mecanismos de control de los contenidos utilitaristas y dañinos a la salud en medios masivos de comunicación.</li> <li>- Ofrecerá protección y prevención especializada para la salud de niñas, niños y adolescentes</li> <li>- Promoverá los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, difundiendo el derecho a la salud, al disfrute de su sexualidad, fortaleciendo el acceso a la información, orientación, servicios y</li> </ul>

		<p>métodos de planificación familiar a la vez que se vele por la intimidad, la confidencialidad, el respeto a los valores culturales y a las creencias religiosas.</p> <p>- Impulsará acciones de prevención del embarazo adolescente, e implementará estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.</p>
	Plan nacional de prevención de embarazos de adolescentes /MSP/2008.	<p>Establece el objetivo de: implementar un Sistema Nacional de Información, sobre la situación del embarazo en adolescentes que permita la construcción de políticas públicas integrales e intersectoriales acordes a la realidad nacional y local incluido un sistema integrado de monitoreo y evaluación. Este mismo plan señala como acciones en las cuales se involucran las Universidades, el desarrollo de investigaciones cualitativas y cuantitativas sobre aspectos relacionados con el embarazo en adolescentes.</p>
México	Ley de protección de los derechos de niñas, niños y	<p>La ley tiene como objetivo asegurarles un desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional y moralmente en condiciones de igualdad; establece los derechos tales</p>

	adolescentes/reformada el 2010	<p>como: no discriminación, vivir en familia, tener una vida libre de violencia, a la salud, corresponsabilidad entre estado y familia.</p> <p>En esta ley, se obliga al estado, entre otros aspectos a: establecer medidas tendientes a prevenir los embarazos tempranos. Además, manda a vigilar y censurar el contenido de los programas televisivos, impresos, radiales, a fin de que no afecten el bienestar y la vida sexual de los adolescentes</p>
Venezuela	Ley Orgánica para la protección del niño y del adolescentes/1998	<p>Tiene por objeto garantizar a todos los niños y adolescentes el ejercicio y el disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías, a través de la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben brindarles desde el momento de su concepción.</p> <p>Esta Ley establece consejería y defensorías, para asegurar la educación y orientación sexual oportuna para niños y adolescente como garantía de una vida libre y sana.</p>

**TABLA Nº 4**

**Estadísticas sobre la problemática del embarazo en Latinoamérica**

<b>PAIS</b>	<b>PROBLEMÁTICA</b>
En general en A.L.	Los nacimientos entre las adolescentes representan entre el 15 y el 20%; de los cuales el 70% no son planeados, según la Organización Ibérica de la Juventud (OIC/2011), es la única región donde la curva es ascendente.
Argentina	<p>El 15% de las madres tienen menos de 19 años, de ellos la mitad son no deseados, lo que preocupa por la mortalidad materna y dificultades sociales tras el parto. Cada año 115.000 adolescentes se convierten en madres; es decir una cada 15 minutos (Ministerio de salud/2010).</p> <p>La UNICEF por su lados ha determinado que el 13% de las adolescentes se embarazan antes de los 19 años ; de éste, el 46% tuvo su primer embarazo entre los 16 y 17 años y el 25% antes de los 15 años (2011).</p> <p>El Centro latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM/2010), en un estudio encontró que el 64% de los adolescentes consultados en una institución educativa, habló sobre sexualidad y cuidados, pero obtuvo datos erróneos sobre métodos anticonceptivos a la hora de encarar una relación.</p>

	<p>UNICEF/Argentina/2004 señala que la mayoría de los embarazos adolescentes no son planificados y pueden ocurrir por varios motivos entre los que resalta la falta de información adecuada sobre la sexualidad y el cuidado del cuerpo y la dificultad en el acceso a métodos de prevención.</p> <p>Según el Instituto de estadísticas y censos (Indec/2010), ocho de cada diez madres adolescentes viven en la pobreza y apenas 1 de cada tres madres adolescentes han logrado terminar la escuela.</p>
Bolivia	<p>Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA/2010), como resultado de la inexistencias de estrategias de prevención, cada hora en Bolivia quedan embarazadas tres adolescentes, sobre todos chicas de escasos recursos y de áreas peri urbanas; según esta fuente, existe relación directa entre migración, embarazo y pobreza. El 70% de las adolescentes embarazadas en Bolivia, confirman que su embarazo no fue deseado.</p> <p>Según la encuesta nacional de demografía y salud (ENDSA/2008), se afirma que dos de cada diez menores está embarazada, de ellas aproximadamente el 90% termina siendo madre soltera. Esta misma fuente señala que el 22% de los embarazos en mujeres entre 15 y 19 años es interrumpido.</p>
Brasil	<p>Según el censo demográfico del 2000, el número de madres entre 10 y 14 años aumentó un</p>



	<p>93,7%, mientras que el número de aquellas entre 15 y 19 años aumentó el 41,5%. La tasa de nacimientos para adolescentes entre 15 y 19 años es cinco veces mayor en las áreas más pobres de Río que en las áreas de, mayor ingreso.</p> <p>Según UNICEF/2002, el 61% de los jóvenes entre 16 y 19 años, habían tenido relaciones sexuales; de ellos, el 40% de ellos tuvieron relaciones antes de los 15 años; así mismo, revela el estudio que los adolescentes que vivían con sus padres iniciaban relaciones sexuales más tardíamente.</p>
Colombia	<p>De acuerdo con los datos del ENDS/2010, un total de 19,5% de adolescentes han estado alguna vez embarazadas. Cada año, cerca de 400 mil adolescentes se encuentran embarazadas o ya son madres; esto, a pesar de que Colombia tiene uno de los índices más altos de uso de anticonceptivos (78%).</p> <p>Solo en Bogotá, nacen anualmente 20 mil niños de madres adolescentes y que en su mayoría no desearon el embarazo, se opina en este estudio, de que existe una doble mora; por un lado las familias no desean que las jóvenes se embaracen y por otro lado no quieren que los jóvenes se informen de manera adecuada sobre la sexualidad.</p>
Chile	<p>En Chile nacen cada año alrededor de 40.355 niños cuyas madres tienen entre 15 y 19 años; a esta cifra se agregan alrededor de 1.175 nacimientos en menores de 15 años, dando esto, una</p>

	<p>incidencia general de 16,6%. Ministerio de Salud/2010.</p> <p>Según la OMS/2011, revela que de cada 1000 niñas chilenas que tienen entre 15 y 19 años, 51 quedan embarazadas y tienen a sus hijos; esto ubica a este país como uno de los que posee la menor tasa de fecundidad en Latinoamérica, respecto a las adolescentes.</p> <p>Según el INE/2008, para este año, el 15,2% de los nacidos vivos, corresponden a hijos de madres entre 15 y 19 años de edad y un 0,4% a madres menores de 15 años; señalan además que este fenómeno aunque se reduce, persiste y que entre las causas fundamentales están el bajo uso de métodos anticonceptivos por la ausencia o débil educación sexual en los colegios y la falta de espacios para adolescentes en servicios de salud.</p>
Cuba	<p>En el 2006, según el Ministerio de Salud Pública, los nacidos vivos de madres adolescentes, representaron el 15,5% del total. En el 2010, la tasa de embarazos de adolescentes fue del 19,8%. La oficina Nacional de estadísticas reporta para el año 2010, reporta 19.357 nacimientos de madres entre 15 y 19 años y se produjeron además, 361 embarazos en menores de 15 años.</p>
México	<p>De acuerdo con estadísticas oficiales, 50% de menores de 17 años son sexualmente activos, pero solo el 10% utiliza algún método anticonceptivo. Uno de cada seis nacimientos ocurre en mujeres menores de 19 años. La mayoría de las adolescentes son personas solteras (97%). En el medio rural los jóvenes abandonan la escuela a los 14 y 15 años.</p>

	<p>Se aprecia una incongruencia entre el conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso práctico; a pesar de que se señala que no se desea el embarazo prematuro, menos de la mitad de los jóvenes usan un método anticonceptivo. Las jóvenes que han logrado un embarazo, representan aproximadamente el 35% de la población y para más de la mitad de ellas el evento ocurrió entre los 15 y 19 años de edad.</p>
Venezuela	<p>Es el país que está a la cabeza de embarazos en adolescentes, de 591.303 partos en el 2010, 130.888 fueron de menores de 19 años y 7.778 de madres menores de 15 años.</p> <p>La UNICEF señala que de 600 mil embarazos registrados anualmente en Venezuela, 120 mil partos corresponden a niñas y jóvenes.</p> <p>Según el Centro Latinoamericano para la Salud y la Mujer, señala que una de cada cinco mujeres venezolanas embarazadas es adolescente. Los datos del INE, muestran el crecimiento de la tasa de embarazos en adolescentes, que para el año 2003 era de 21,71% y para el 2007 alcanza el 23,06%; en el año 2011 cierra el año con una tasa de 24,41% de embarazos de adolescentes.</p>
Ecuador	<p>Según el MSP (2010), actualmente en el Ecuador el embarazo en la población adolescente y no deseado registra altas cifras; según datos del último censo de población y vivienda (2010), 121.288 adolescentes entre 15 y 19 años (es decir un 17.2 %) dieron a luz al menos una vez en Ecuador.</p> <p>El país encabeza las estadísticas en la Región Andina y ocupa el segundo lugar en la tasa más</p>

	<p>alta de embarazo adolescente en América Latina y El Caribe.</p> <p>El Gobierno Nacional, desde los diferentes ministerios del Frente Social, lleva adelante una estrategia nacional y multisectorial con la meta de disminuir la tasa de embarazos en este sector de la población. El objetivo es que jóvenes y adultos vivan su sexualidad con una responsabilidad compartida entre varones y mujeres. Por ello se incorpora a los Ministerios de Salud, de Educación y MIES. La meta es disminuir en un 25% los embarazos adolescentes.</p> <p>Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PNPEA/MSP/2008), más del 20% de las adolescentes son madres o están embarazadas, con diferencias significativas según nivel de instrucción, etnia e ingresos. La mayoría de estos embarazos no son planificados o deseados.</p> <p>En la provincia de Loja, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2012), indica que de acuerdo a estadísticas del Ministerio de Salud, hasta junio del presente año, en la provincia de Loja, las primeras consultas por embarazo son 6.033, de las cuales 1.645 corresponden a las edades de 10 a 19 años, lo que representa que existen un 27% de mujeres adolescentes embarazadas.</p> <p>Por otro lado, en el cantón Loja, el Hogar Integral Renacer del Centro de Asistencia Social Municipal, CASMUL, abrió sus puertas en noviembre de 2007, surgió de un estudio sobre la situación de peligro de las niñas y adolescentes embarazadas en forma precoz o no deseada, permitiendo conocer el riesgo al que se encuentran expuestas al verse denigradas, rechazadas por su propio núcleo familiar, condiciones que afectan directamente su parte psicológica, creando situaciones que induce a tomar decisiones equivocadas como abortos y las terribles consecuencias que ello provoca.</p>
--	--

**TABLA Nº 5**

**Total de estudiantes en el Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

TOTAL DE ESTUDIANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	140	5
MUJERES	2560	95
TOTAL	2700	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio Beatriz Cueva de Ayora

Elaboración: autora

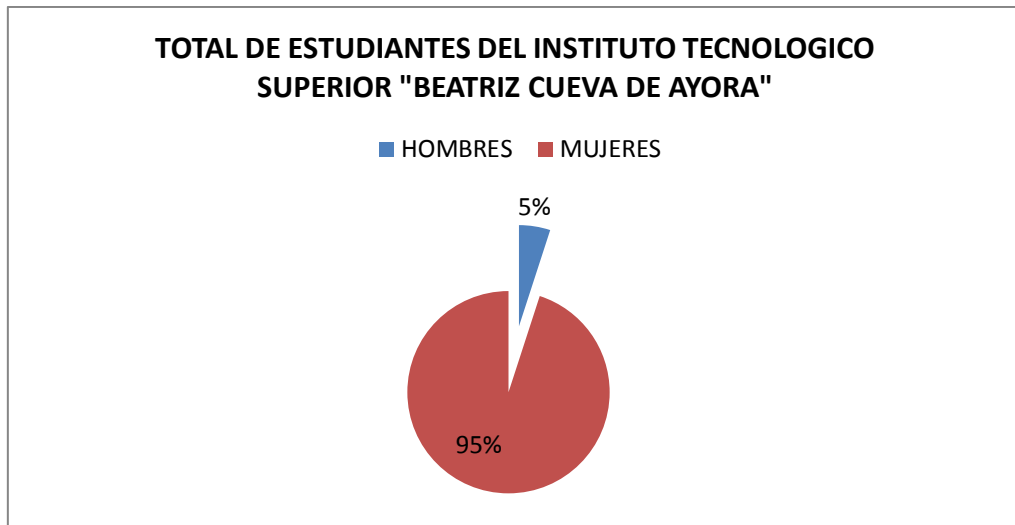


Fig.5 Total de estudiantes en el Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora

**Interpretación:**

El total de alumnos del Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” son de 2700 estudiantes de, los cuales 140 (5%) son hombres y 2560 (95%) son mujeres.

**TABLA N° 6**

**Adolescentes embarazadas en el Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

<b>ADOLESCENTES EMBARAZADAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MUEJERES ADOLESCENTES</b>	2540	99
<b>ADOLESCENTES EMBARAZADAS</b>	20	1
<b>TOTAL</b>	2560	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio Beatriz Cueva de Ayora

Elaboración: autora

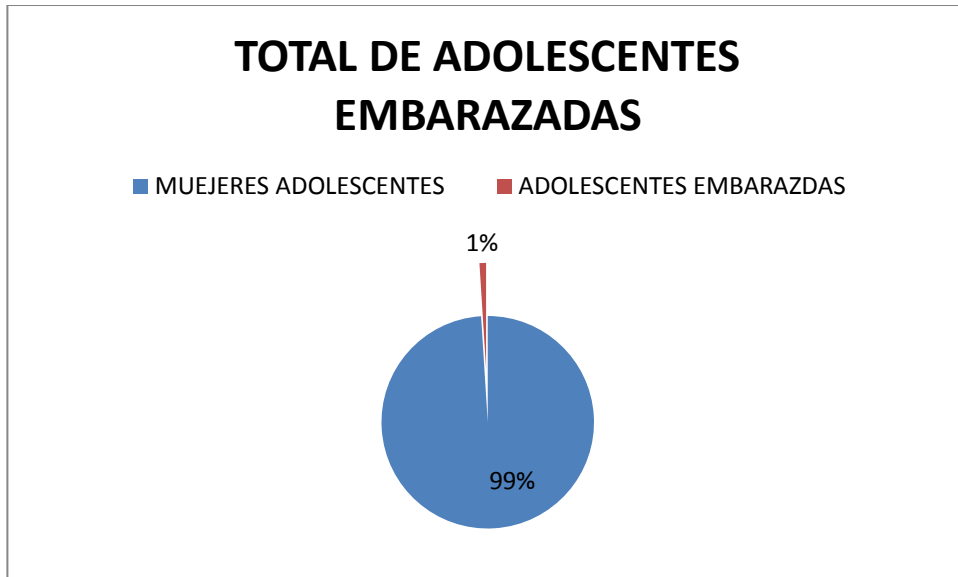


Fig.6 Total de adolescentes embarazadas en el Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De 2560 estudiantes adolescentes mujeres, 2540 (99%) no se encuentran embarazadas, seguido de 20 casos confirmados (1%) que se encuentran en proceso de gestación.

**TABLA N° 7**

**Edad de las adolescentes embarazadas estudiantes del Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 AÑOS	3	15
16 AÑOS	5	25
17 AÑOS	12	60
TOTAL	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio Beatriz Cueva de Ayora

Elaboración: autora

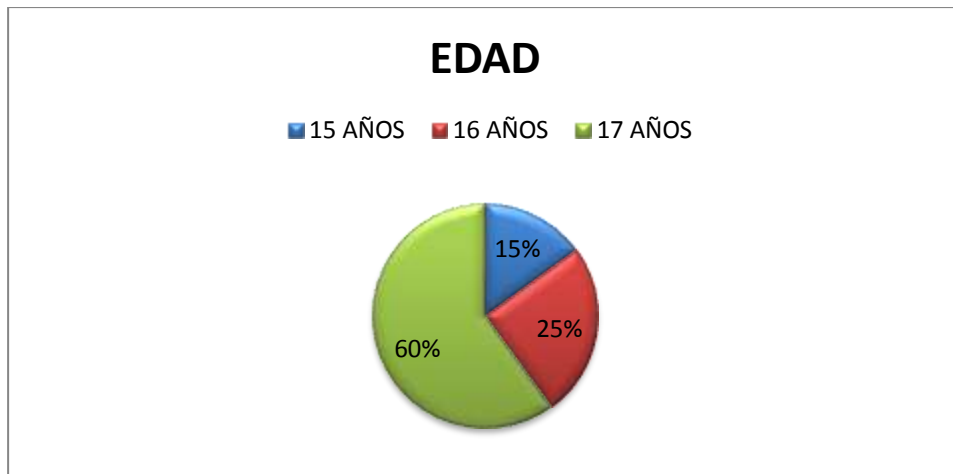


Fig.7 Edad de las adolescentes embarazadas

**Interpretación:**

De 20 estudiantes adolescentes embarazadas, 12 casos (60%) corresponde a la edad de 17 años, seguido de 5 casos (25%) que se encuentran en 16 años y 3 casos (15%) son de 15 años.

## FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENTE PARA EMBARAZARSE

TABLA N° 8

Composición del núcleo familiar de las adolescentes del Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

NÚCLEO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PADRE Y MADRE	11	55
PADRE	0	0
MADRE	9	45
TOTAL	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”

Elaboración: autora

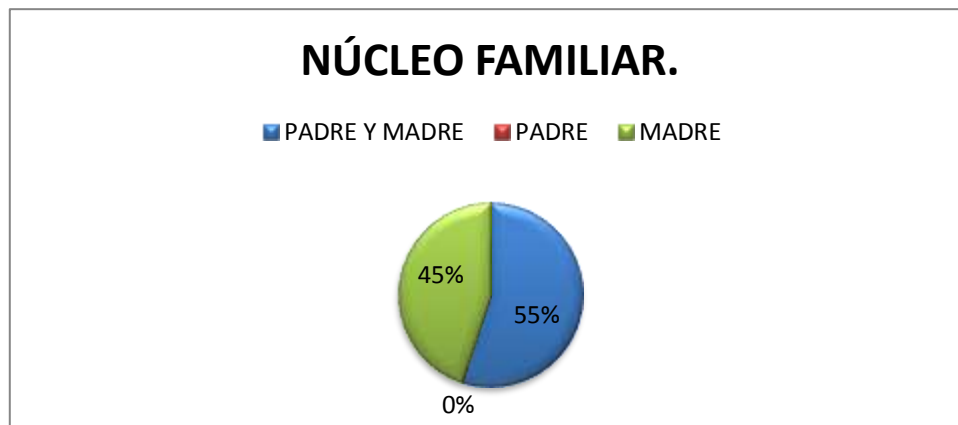


Fig. 8 Composición del núcleo familiar de las adolescentes embarazadas

### Interpretación:

De 20 estudiantes adolescentes, 11 casos (55%) tiene su núcleo familiar conformado por madre y padre, seguido de 9 casos (45%) que únicamente está conformado por madre.



**TABLA N° 9**

**Edad de inicio de la vida sexual activa de las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12 AÑOS	1	5
15 AÑOS	4	20
16 AÑOS	5	25
17 AÑOS	10	50
TOTAL	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”

Elaboración: autora

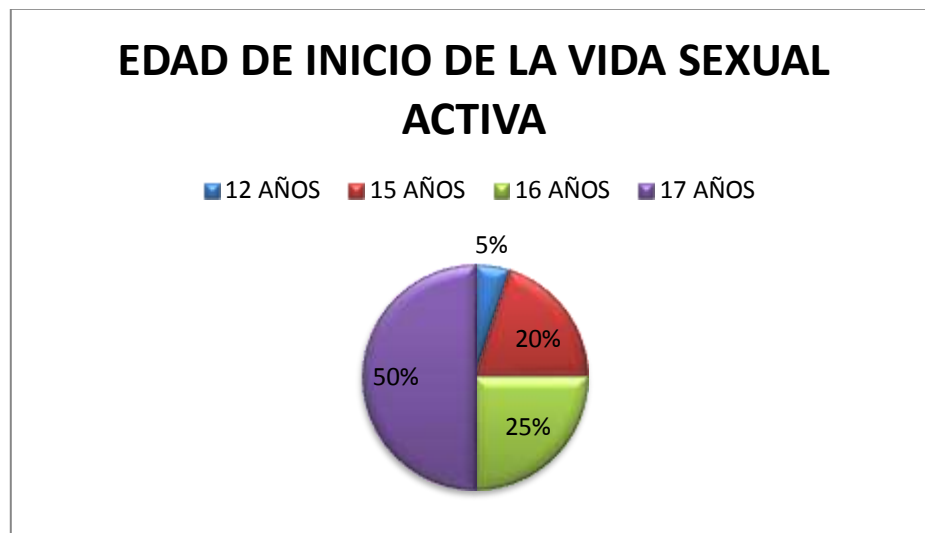


Fig.9 Edad de inicio de la vida sexual activa de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De las 20 adolescentes investigadas, 10 casos (50%) iniciaron sus relaciones sexuales a los 17 años, seguidas de 5 casos (25%) a los 16 años, 4 casos (20%) a los 15 años, y 1 caso (5%) que inició sus relaciones sexuales a los 12 años.

**TABLA N° 10**

**Número de parejas sexuales de las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

PAREJAS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	13	65
2	5	25
3	2	10
<b>TOTAL</b>	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora

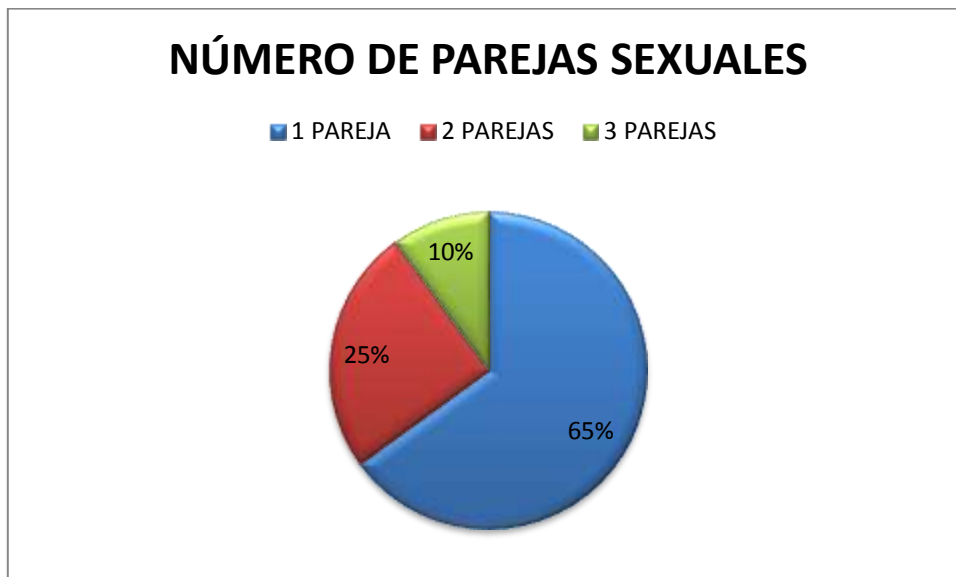


Fig.10 Número de parejas sexuales de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De las 20 gestantes investigadas, 13 casos (65%) reportaron haber tenido 1 pareja sexual, seguido de 5 casos (25%) con 2 parejas sexuales y 2 casos (10%) con 3 parejas sexuales.

**TABLA N°11**

**Programas de televisión preferidos de las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

<b>PROGRAMAS DE TELEVISION PREFERIDOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>COMEDIA</b>	5	25
<b>NOVELAS</b>	10	50
<b>EDUCATIVOS</b>	5	25
<b>TOTAL</b>	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora



Fig.11 Programas de televisión preferida de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De las 20 adolescentes investigadas, 10 casos (50%) prefieren las telenovelas, seguido de 5 casos (25%) prefieren comedia y 5 casos (25%) prefieren programas educativos.

**TABLA N°12**

**Conocimientos sobre la accesibilidad y los beneficios de los programas de promoción de salud, sobre prácticas sexuales y métodos anticonceptivos, de las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	40
NO	12	60
TOTAL	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora

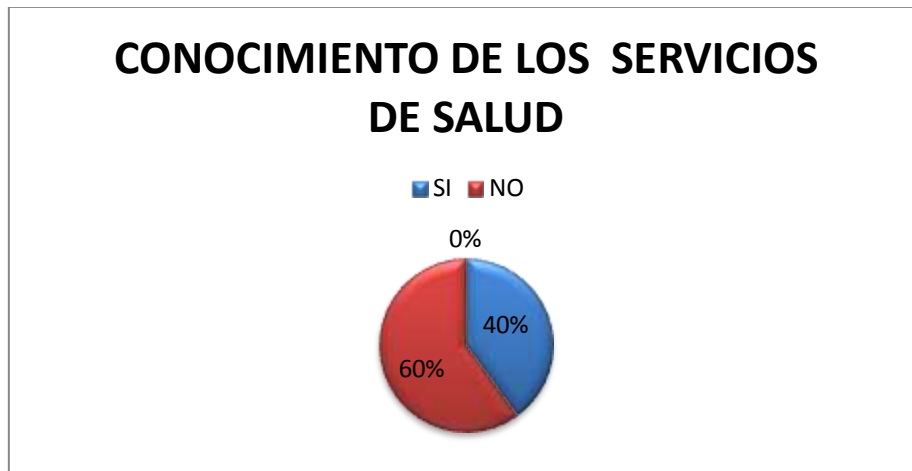


Fig. 12 Conocimientos de los servicios de salud para adolescentes

**Interpretación:**

De las 20 adolescentes investigadas, 12 casos (60%) NO conocen sobre los servicios de salud seguido de 8 casos (40%) que SI conocen sobre los servicios de salud para adolescentes.

## FACTORES DE RIESGO EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

TABLA N° 13

IMC de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJO (<18,50)	0	0
NORMAL (18,50 - 24,99)	12	60
SOBREPESO ( $\geq 25,00$ )	3	15
DESCONOCE	5	25
TOTAL	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora

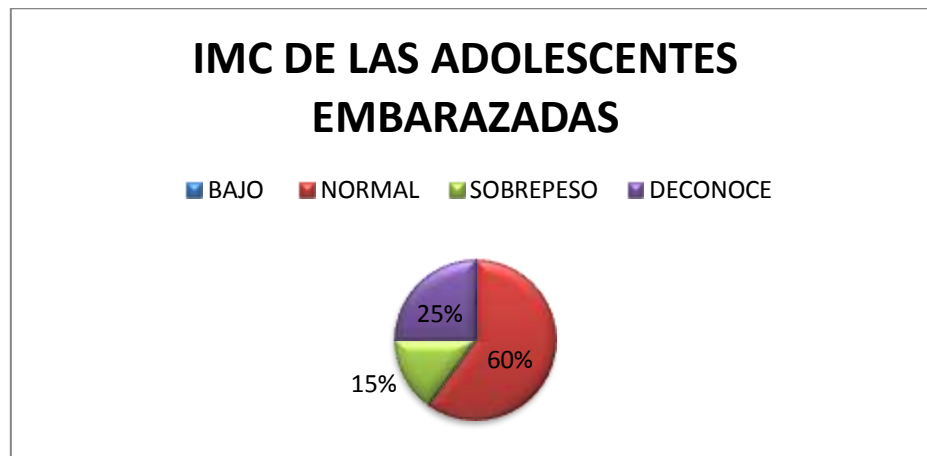


Fig.13. IMC de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

### Interpretación:

De 20 estudiantes adolescentes embarazadas, 12 casos (60%) presenta un IMC normal, seguido de 5 casos (25%) en los cuales no fue posible el cálculo de IMC por falta de datos sobre peso y talla y 3 casos (15%) presentan sobrepeso.

**TABLA N° 14**

**Influencia del estado civil en las gestantas adolescentes del Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	15	75
CASADA	3	15
UNION LIBRE	2	10
TOTAL	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora

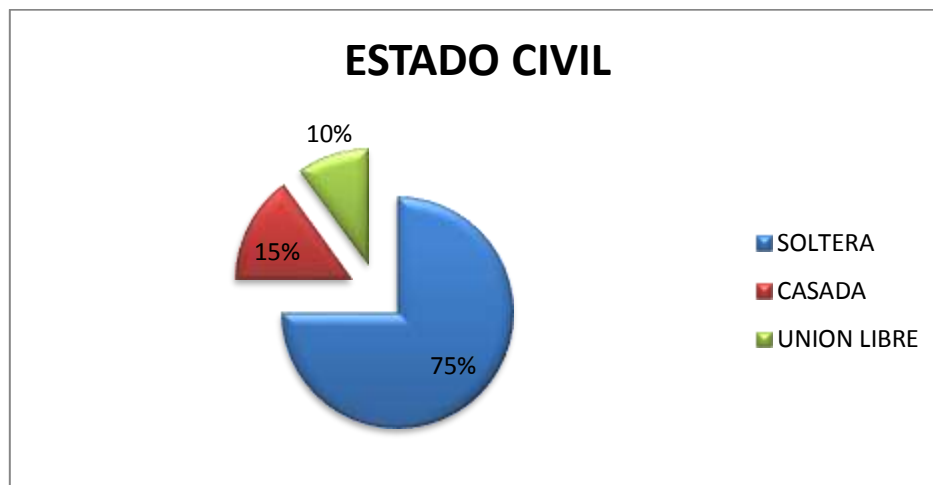


Fig. 14 Estado civil de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De 20 estudiantes adolescentes embarazadas, 15 casos (75%) son solteras, seguido de 3 casos (15%) son casadas y 2 casos (10%) tiene unión libre.

**TABLA N°15**

**Personas con las que viven las adolescentes embarazadas del Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

PERSONAS CON LAS QUE VIVE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESPOSO O PAREJA	5	25
PADRES	8	40
SOLA	6	30
OTROS FAMILIARES	1	5
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora



Fig.15. Personas con las que viven las adolescentes embarazadas del Instituto Superior tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De 20 adolescentes embarazadas, 8 casos (40%) viven con sus padres, seguido de 6 casos (30%) que viven solas, 5 casos (25%) que viven con su esposo o pareja y 1 caso(5%) que vive con otros familiares como tíos o abuelos.

**TABLA N°16**

**Las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” reciben apoyo moral y económico durante el proceso de gestación.**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	75
NO	5	25
TOTAL	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora

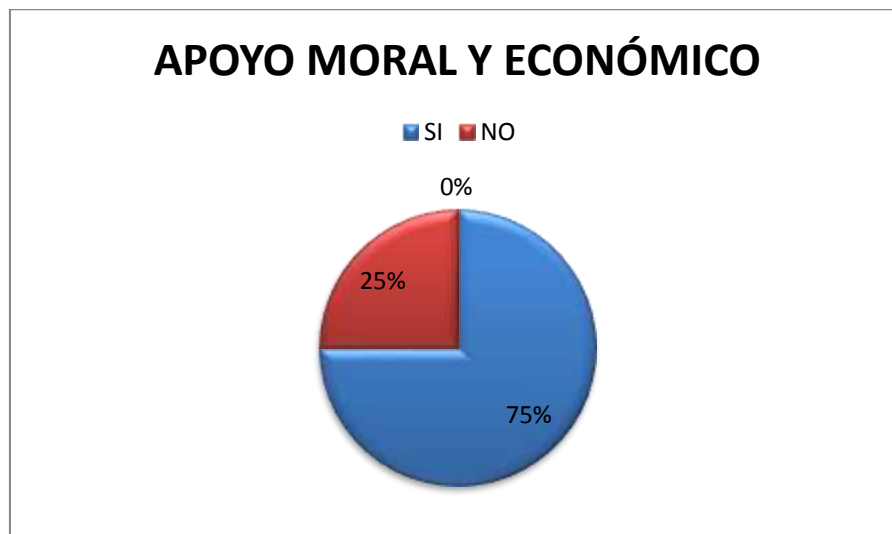


Fig.16 Las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora” reciben apoyo moral y económico durante el proceso de gestación

**Interpretación:**

De las 20 gestantes investigadas, 15 casos (75%) SI reciben apoyo moral y económico durante la gestación, seguido de 5 casos (25%) que NO reciben apoyo moral ni económico.



**TABLA N°17**

**Personas de las que reciben apoyo moral y económico, las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

<b>PERSONAS DE LAS QUE RECIBEN APOYO MORAL Y ECONÓMICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>PADRES</b>	11	74
<b>FUTURO PADRE</b>	2	13
<b>OTROS FAMILIARES</b>	2	13
<b>TOTAL</b>	15	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora



Fig.17. Personas de las que reciben apoyo moral y económico, las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De las 15 gestantes que si recibieron apoyo moral, 11 casos (74%) recibe apoyo de sus padres, seguido de 2 casos (13%) que reciben apoyo del futuro padre y 2 casos (13%) que reciben apoyo de otros familiares.

**TABLA N° 18**

**Número de controles prenatales de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

NUMERO DE CONTROLES PRENATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	1	5
3	7	35
4	5	25
5	3	15
6	4	20
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”

Elaboración: autora

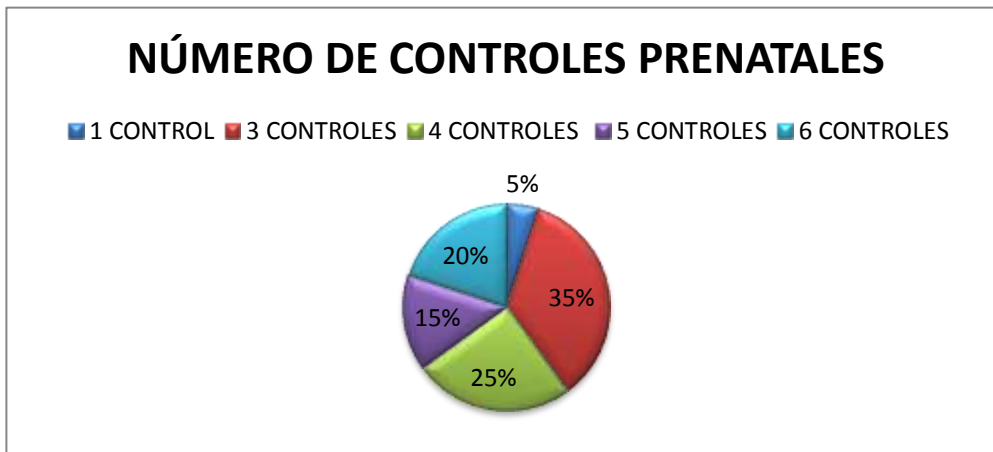


Fig. 18 Números de controles prenatales de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De las 20 gestantes investigadas, 7 casos (35%) han realizado 3 controles prenatales, seguido de 5 casos (25%) con 4 controles, 4 casos (20%) se han realizado 6 controles, 3 casos (15%) han realizado 5 casos, y finalmente un control con 1 caso (5%). Esto tiene íntima relación con la edad gestacional que se indica en el siguiente cuadro:

**TABLA N° 19**

**Edad gestacional de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

EDAD GESTACIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<20 SEMANAS	1	5
20-27 SEMANAS	5	25
28-37 SEMANAS	14	70
37-41 SEMANAS	0	0
>42 SEMANAS	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora

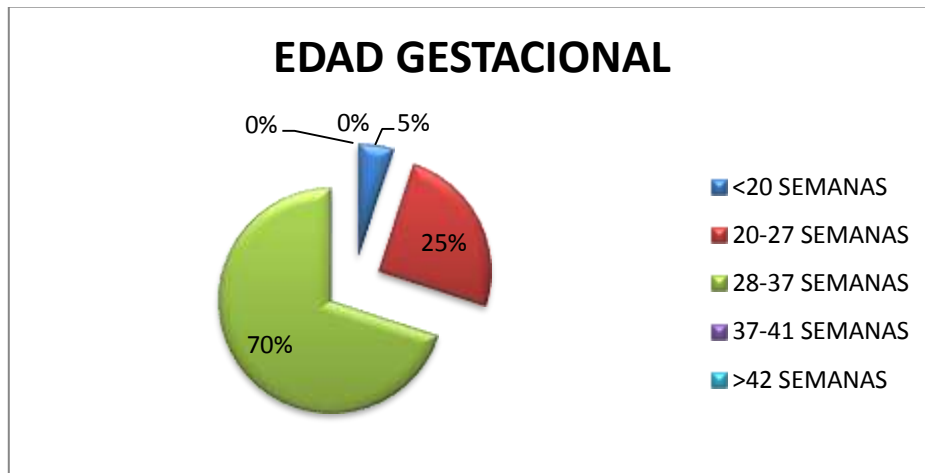


Fig. 19 Edad gestacional de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De las 20 gestantes investigadas, 14 casos (70%) se encuentran cursando la edad gestacional entre 28-37 semanas seguido de 5 (25%) casos entre las semanas 20-27, 1 un caso (5%) con edad gestacional menor a las 20 semanas.

**TABLA N°20**

**Complicaciones durante el embarazo de las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMENAZA DE ABORTO	4	20
INFECCIONES VAGINALES	4	20
IVU	10	50
APP	2	10
TOTAL	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora

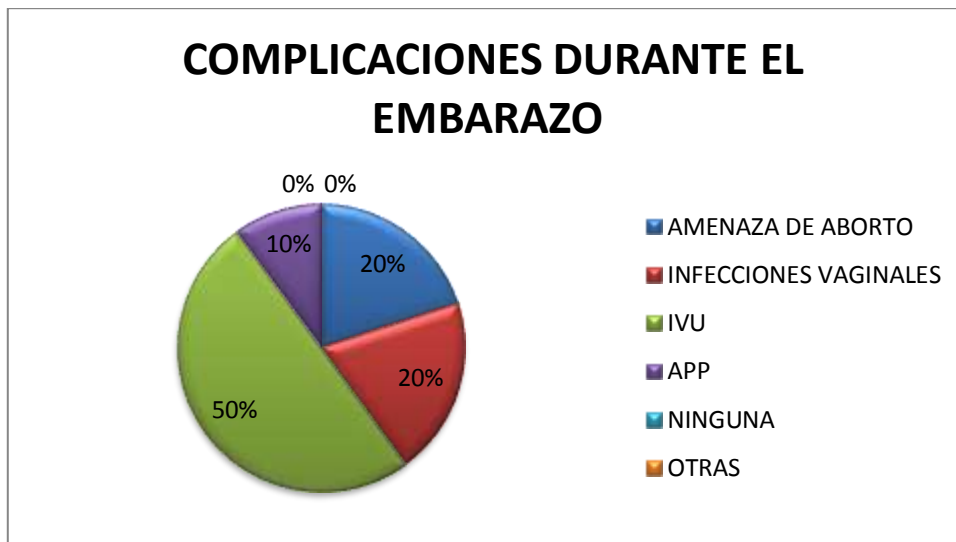


Fig. 20 Complicaciones en el embarazo de las adolescentes del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De las 20 gestantes investigadas, 10 casos (50%) presentaron como complicaciones infección de vías urinarias, seguido de 4 casos (20%) para infecciones vaginales, 4 casos (20%) presentaron amenaza de aborto y 2 casos (10%) APP.

**TABLA N°21**

**Consejería recibida sobre parto y lactancia de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

<b>CONSEJERIA ACERCA DEL PARTO Y LACTANCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	12	60
<b>NO</b>	8	40
<b>TOTAL</b>	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora

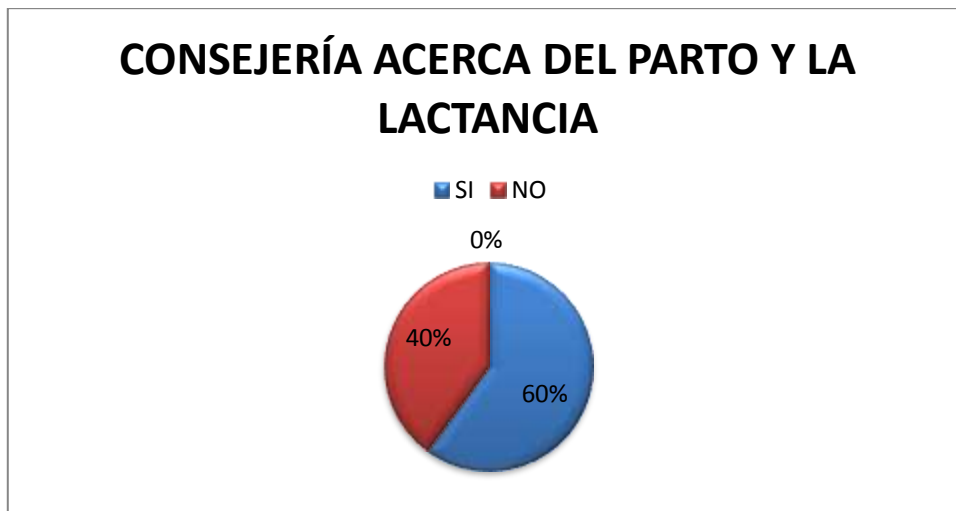


Fig.21 Consejería acerca del parto y la lactancia que han recibido las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De las 20 gestantes investigadas, 12 casos (60%) SI han recibido consejería acerca del parto y la lactancia, seguido de 8 casos (40%) que NO han recibido consejería.

**TABLA N°.22**

**Personas que aconsejan sobre el parto y lactancia a las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

<b>PERSONAS QUE ACONSEJAN SOBRE PARTO Y LACTANCIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MADRE</b>	9	75
<b>PROFESIONALES DE SALUD</b>	3	25
<b>TOTAL</b>	12	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora

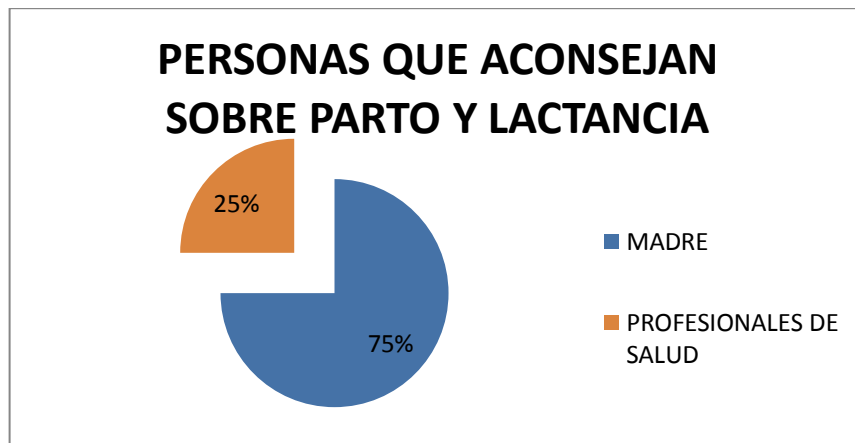


Fig.22 Personas que aconsejan sobre el parto y lactancia a las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De las 12 que SI reciben consejería, 9 casos (75%) lo hacen de su madre, seguido de 3 casos (25%) que reciben consejería de los profesionales de salud(40%).

**TABLA N° 23**

**Conocimiento sobre los derechos constitucionales para gestantes adolescentes.**

<b>CONOCIMIENTOS SOBRE DERECHOS CONSTITUCIONALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>SI</b>	8	40
<b>NO</b>	12	60
<b>TOTAL</b>	20	100

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio "Beatriz Cueva de Ayora"

Elaboración: autora

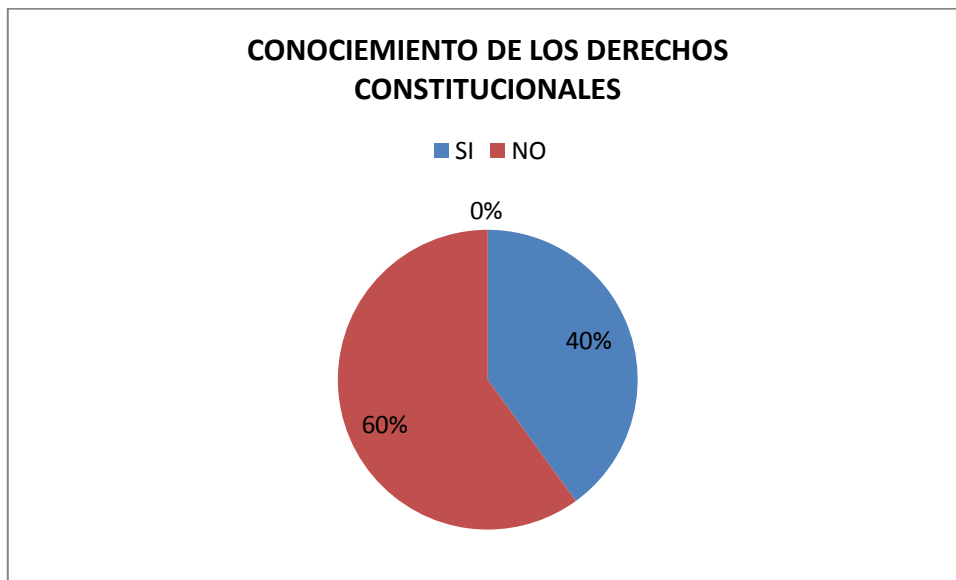


Fig. 23 Conocimiento de los derechos constitucionales para gestantes adolescentes

**Interpretación:**

De las 20 gestantes investigadas, 12 casos (60%) NO conocen sobre los derechos constitucionales para gestantes adolescentes, seguido de 8 casos (40%) que SI conocen sobre los derechos constitucionales.

**TABLA Nº 24**

**Preocupaciones de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”**

PREOCUPACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENCONTRAR PAREJA	2	10
NO PODER TERMINAR LOS ESTUDIOS	3	15
NO SABER COMO CUIDAR A SU HIJO	4	20
CURIOSIDAD DE CÓMO SERÁ EL PARTO	4	20
MIEDO DE QUE EL PADRE NO RECONOZCA A SU HIJO	7	35
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta realizada a estudiantes del colegio “Beatriz Cueva de Ayora”  
Elaboración: autora

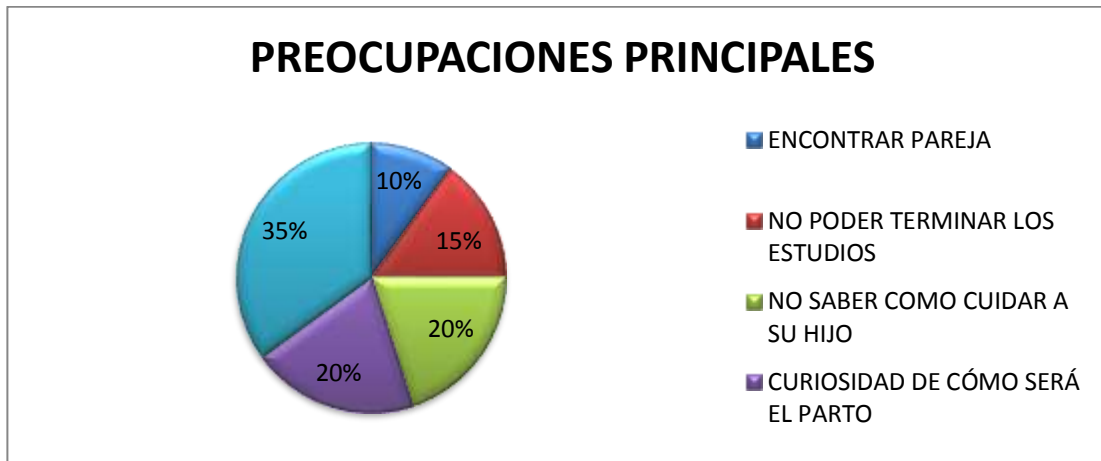


Fig. 24 Preocupaciones de las adolescentes embarazadas del Instituto Superior Tecnológico “Beatriz Cueva de Ayora”

**Interpretación:**

De las 20 gestantes investigadas, 7 casos (35%) indicaron miedo de que el padre no reconozca legalmente a su hijo, seguido de 4 casos (20%) que se preocupan por la falta de conocimiento para los cuidados de su hijo, 4 casos (20%) sienten preocupación sobre el proceso del parto, 3 casos (15%) se preocupan por no poder terminar sus estudios y 2 casos (10%) sienten preocupación sobre no encontrar pareja.



## **PROPUESTA PARA PREVENIR LOS EMBARAZOS EN EL INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO “BETARIZ CUEVA DE AYORA”**

### **1. Nombre de la propuesta**

PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN LAS ADOLESCENTES QUE ESTUDIAN EN EL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “BEATRIZ CUEVA DE AYORA”.

### **2. Introducción**

Desde el punto de vista de la salud integral, el tema del embarazo de adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, acontecido con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos mas disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

En realidad siendo un tema tan gravitante y general, existen asuntos estructurales como la situación económica, la migración las falta de educación, la falta de censura a programas televisivos, que deberán ser atendidos desde el estado y sus instituciones; sin embargo, es necesario que todos quienes estamos vinculados con la salud aportemos para el ejercicio de los derechos y la ejecución del Plan del Buen Vivir.

Esta propuesta busca convertirse en un medio institucional para la prevención de los embarazos de las adolescentes a través de un plan de capacitación, con lo cual se aportará a lograr una situación orgánica y social

favorable, tanto para las actuales adolescentes como para la sociedad del futuro.

### **3. Justificación.**

El Art. 44 de la Constitución de la república del Ecuador, manifiesta que el Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

La Ley Orgánica de Salud, determina que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, así como la obligatoriedad de implementar acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en adolescentes, sin costo.

El Plan del Buen Vivir 2009-2013; en el objetivo 3, se determina que “El Estado fortalecerá los mecanismos de control de los contenidos utilitaristas y dañinos a la salud en medios masivos de comunicación, diseñará y aplicará programas de información, educación y comunicación que promuevan entornos y hábitos de vida saludables, impulsará acciones de prevención del embarazo adolescente, e implementará estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos”.

El Estado Ecuatoriano ratificó en la Convención Iberoamericana de Derechos de la Juventud, donde se establecen como derechos fundamentales de

adolescentes y jóvenes el acceso a educación de la sexualidad y a atención de salud sexual y reproductiva.

Los resultados de la investigación realizada a través de este trabajo, determinan que existe falta de conocimiento de prácticas sexuales y métodos anticonceptivos; así como desconocimiento de los derechos consagrados en las normas ecuatorianas; el conocimiento es el eje fundamental para el desarrollo sano de la sociedad y en este caso determinará una mejor salud psíquica y orgánica de las adolescentes y un comportamiento preventivo de embarazos no deseados.

#### **4. Objetivo**

Desarrollar un programa de formación sexual como medio de prevención de embarazos no deseados en adolescentes.

#### **5. Resultados esperados**

- 5.1. Se ha ejecutado un programa de conferencias dirigido a las y los adolescentes del Instituto.
- 5.2. Se ha impulsado con mayor fuerza la elaboración del proyecto de vida de cada estudiante del Instituto.
- 5.3. Se ha publicado una hoja volante mensual con temas de prevención de embarazos no deseados.
- 5.4. Se ha difundido los derechos y las formas de prevención de los embarazos en adolescentes para todos los estudiantes del Instituto a través del Departamento de Bienestar Estudiantil del Instituto.

## **6. Acciones**

- 6.1. Realización de seis conferencias por cada uno de los cursos con los siguientes temas:
  - 6.1.1. los derechos y responsabilidades de las y los adolescentes según las normas ecuatorianas.
  - 6.1.2. Cambios anatómicos y fisiológicos en la adolescencia
  - 6.1.3. Comportamientos psicológicos en la etapa de la adolescencia
  - 6.1.4. Relaciones sexuales en las y los adolescentes
  - 6.1.5. Medios de comunicación y formación integral de la juventud
  - 6.1.6. Utilización de métodos anticonceptivos
  - 6.1.7. Cuidados en el embarazo
  - 6.1.8. Rol de la madre adolescente
- 6.2. Elaboración por parte de los estudiantes de su proyecto de vida, con los componentes materiales y espirituales.
- 6.3. Análisis individual del proyecto de vida, con la participación de los padres de los adolescentes.
- 6.4. Revisión y ajuste semestral del proyecto de vida de las y los estudiantes.
- 6.5. Evaluación sobre los conocimientos dictados en las conferencias
- 6.6. Elaboración y publicación mensual de una hoja volante con un resumen gráfico de las temáticas abordadas en las conferencias.

## **7. Unidad ejecutora**

La ejecución de la propuesta estará a cargo del Departamento de Bienestar Estudiantil del Instituto, dentro del cual se conformará una comisión de

docentes encargados de la ejecución y evaluación del proceso de formación sexual y reproductiva.

## **8. Responsables:**

Los responsables de poner en ejecución esta propuesta son los integrantes del Departamento de Bienestar Estudiantil del Instituto Superior Tecnológico Beatriz Cueva de Ayora, quienes realizarán las actividades según como se indica en el cronograma.

## **9. Evaluación**

### **9.1. Indicadores de evaluación de la ejecución de la propuesta:**

- Número de estudiantes que asistieron a las conferencias
- Evidencia de los conocimientos sobre derechos y responsabilidades de los adolescentes.
- Evidencia de los conocimientos sobre prácticas sexuales y métodos anticonceptivos
- Acciones de las adolescentes embarazadas durante su proceso de gestación
- Realización del proyecto de vida, que incluya la participación y el conocimiento de los padres.

### **9.2. Encuesta sobre los conocimientos aprendidos en el programa de prevención de embarazos en las adolescentes que estudian en el Instituto Tecnológico Superior “Beatriz Cueva de Ayora”.**

1. Cuáles son los derechos de las adolescentes contemplados en la constitución del Ecuador?

.....  
.....  
.....

2. Enumere los principales cambios psicológicos de un adolescente

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

3. Enumere los principales cambios anatómicos en la etapa de la adolescencia

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Que métodos anticonceptivos conoce?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. Si ha tenido relaciones sexuales, qué método anticonceptivo ha utilizado?

.....  
.....

.....  
.....

6. Cuáles son los principales factores de riesgo en el embarazo en adolescentes

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

7. En qué consiste un adecuado control perinatal, y el numero de controles que deben realizarse según la OMS

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8. Cuáles son las principales complicaciones en el embarazo adolescente?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

9. En qué consiste la lactancia materna y cuales son su beneficios?

.....  
.....  
.....  
.....

10. Cuál es el rol de la madre adolescente?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**10. Cronograma de actividades:**

ACTIVIDADES  CONFERENCIAS	TIEMPO DE EJECUCIÓN (MESES)					
	Nov	Dic.	Ene	Feb.	Marz o	Abril
Presentación del programa a todos las estudiantes del colegio "Beatriz Cueva de Ayora"	X					
Primera conferencia: Los derechos y responsabilidades de las y los adolescentes según las normas ecuatorianas		X				
Segunda conferencia: Cambios anatómicos y fisiológicos en la adolescencia		X				
Tercera conferencia: Comportamientos psicológicos en la etapa de la adolescencia		X				
Cuarta conferencia: Relaciones sexuales en las y los adolescentes		X				
Quinta conferencia: Medios de comunicación y formación integral de la juventud			X			

Sexta conferencia: Utilización de métodos anticonceptivos			X			
Cuidados en el embarazo, parto y lactancia			X			
Rol de la madre adolescente			X			
Elaboración por parte de los estudiantes de su proyecto de vida, con los componentes materiales y espirituales.				X		
Análisis individual del proyecto de vida, con la participación de los padres de los adolescentes.				X		
Evaluación sobre los conocimientos dictados en las conferencias					X	
Elaboración y publicación mensual de una hoja volante con un resumen gráfico de las temáticas abordadas en las conferencias						X
Evaluación de los resultados por parte del Departamento de Bienestar Estudiantil del colegio "Beatriz Cueva de Ayora"						X

## VI. DISCUSIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema social, que tiene una alta incidencia de complicaciones en la madre como en el feto y el recién nacido, en consecuencia se identifican muchos factores que influyen tanto para que las adolescentes se embaracen como factores propios durante el proceso de gestación.

Las teorías existentes sobre la adolescencia y los embarazos en adolescentes, contribuyen a la comprensión del fenómeno y ha determinado que los estados lleguen a tomar decisiones multidimensionales para enfrentar este tema de salud.

La problemática sobre los embarazos en adolescentes en Latinoamérica y en el Ecuador, son similares, variando en pocos puntos porcentuales entre un país y otro; todos los datos que se pudo adquirir en base a la investigación de fuentes secundarias, señalan dos asuntos puntuales: la pobreza es un factor de riesgo, debido a que genera emigraciones a ciudades por parte de la familia o de sus padre o de uno e ellos, dando lugar q que a la familia de desorganice y desequilibre en su funcionamiento; por otro lado, no existe la suficiente incidencia de los programas educativos sobre sexualidad y el uso de anticonceptivos para prevenir embarazos, es común en los países analizados, que los jóvenes conozcan de métodos anticonceptivos, pero que al momento de sus relaciones no los usan; lo que demuestra una falta e conciencia sobre los factores de riesgo para el embarazo y las consecuencias futuras.

A nivel mundial, cada año nacen 15 millones de niños(as) de mujeres menores de 20 años, lo que representa la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados. De ellos, aproximadamente el 60% no son planeados.

Como se muestra en la tabla No. 1, los embarazos en las adolescentes del Instituto Beatriz Cueva de Ayora, se produjeron en una edad que va de los 15 a los 17 años, habiendo obtenido los mayores valores (60%) en la edad de los 17 años; a esta edad, generalmente están cursando el penúltimo o último año de bachillerato.

La actividad sexual premarital es muy común entre los jóvenes y su frecuencia varía de acuerdo a los sexos y condiciones socioeconómicas. En encuestas de Salud Reproductiva entre los jóvenes de América Latina (CLSM /2010), se reporta que la primera relación sexual varía entre los 13 y 16 años para los varones y entre los 16 y 18 para las mujeres. La edad varía de una región a otra y la impresión actual es que los y las jóvenes comienzan la actividad sexual a más temprana edad, aunque en un ambiente desfavorable y carente de información acerca de sus posibles repercusiones y de las formas para evitarlas.

Además de los riesgos a la salud que conlleva el embarazo en las etapas tempranas de la vida, debe considerarse la importante secuela psicosocial que un embarazo no planeado imprime en las adolescentes y en las jóvenes, particularmente los cambios sustantivos en sus proyectos de vida y su contribución a la deserción escolar.

Esto tiene relación estrecha con la edad de la primera relación sexual, detectada en el presente estudio, que en promedio se dio a los 17 años con un porcentaje del 50%; es decir, se visualizó un problema de conocimiento de prácticas sexuales, servicios de salud y uso de métodos anticonceptivos como lo evidencian en la tabla N° 10, que dan lugar a que con las primeras relaciones sexuales y generalmente con la primera pareja, se produzca el embarazo no deseado.

Diversos estudios han demostrado que los adolescentes están estableciendo relaciones románticas e iniciando su actividad sexual cada vez más temprano. En particular, la aparición temprana de las relaciones sexuales constituye un problema de salud por las múltiples consecuencias que representa para los propios jóvenes, su familia y la sociedad.

Debe considerarse que mientras más joven sea la adolescente, los riesgos son mayores, ya que según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años, esgrimiendo como razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, el hecho de que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima; así como, la relativa inmadurez del canal del parto.

En la tabla 6 identificamos que el 55% de las adolescentes vivían con padre y madre, mientras que el 45% viven solamente con su madre. Samuel W. Sturgeon (2009), señala que un 54% de hijas de familias disfuncionales han tenido relaciones sexuales, frente a un 33% de adolescentes de familia intacta. De las posibles situaciones familiares, la peor es la carencia de ambos padres: el 80% de las adolescentes de 15 a 19 años en esta situación

ya había tenido relaciones sexuales, y de hecho, un 52% las habría tenido antes de los 15 años.

El mismo autor señala que tener un solo padre, viva o no con otra pareja sentimental, es otro factor de riesgo. Los adolescentes en esta situación tienen relaciones sexuales en un 58% de casos (chicos) y un 67% de casos (chicas). Estos adolescentes de un solo padre doblan el riesgo de actividad sexual de los chicos y chicas de familias intactas (activos sexualmente en un 30% y 33% respectivamente).

En la tabla 9 se demuestra que un 50% de las adolescentes encuestadas tuvieron como pasatiempo ver telenovelas, lo que genera que hayan asumido modelos sociales y sexuales ilusorios que en dichos programas se difunden sin ninguna restricción. Según Landau E (2011), citando a RAND Corporation, señala que el contenido sexual en televisión está fuertemente relacionado con el embarazo adolescente; en su estudio encontraron que los adolescentes con alto nivel de exposición a programas de televisión con contenido sexual fueron dos veces más propensos a quedar embarazadas o embarazar a su pareja frente a los que vieron menos programas de ese tipo en un periodo de tiempo de tres años, con lo cual se verifica la alta relación existente entre el programa televisivo de novelas y los embarazos en las adolescentes de la institución.

En relación a los Conocimientos de la accesibilidad y los beneficios de los programas de promoción de salud sobre prácticas sexuales y métodos anticonceptivos, se determinó que el 60 % NO conocen sobre esos servicios lo que tiene repercusiones sobre el desarrollo de los adolescentes en estos

aspectos. En un estudio realizado por Taracena Rosario en noviembre del 2009, determinó que los adolescentes que asisten a la secundaria aprenden un poco acerca de la anatomía y fisiología de la reproducción y tal vez algo de las enfermedades de transmisión sexual, pero no hay programas que atiendan las principales dudas e inquietudes de los jóvenes respecto de su sexualidad.

Considerar las condiciones biológicas conjuntamente con las psicológicas y sociales, es una circunstancia de integración muy importante en el proceso de fomento de una cultura de salud entre los/las jóvenes, ya que algunas veces se les brinda información sobre sexualidad, embarazo, métodos anticonceptivos, etc., sin embargo desconocen a dónde acudir en caso de necesitar metodología anticonceptiva, o en caso de embarazo, a donde acudir oportunamente para solicitar atención prenatal. Algunos estudios demuestran que adolescentes embarazadas que llevaron un buen control prenatal mostraron una adecuada evolución, incluso mejor que la observada en grupos de mujeres de mayor edad.

El embarazo adolescente contribuye a mayores niveles de mortalidad y morbilidad materna ya que está asociado a posibilidades de complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que se agrava porque las adolescentes no suelen buscar ni recibir la atención prenatal necesaria. El riesgo de complicaciones obstétricas también es más alto en las adolescentes, entre quienes la probabilidad de morir durante el embarazo y el parto superan entre cinco y siete veces a la de las mujeres entre 20 y 24 años. En la presente investigación se pudieron detectar los siguientes factores de riesgo.

Respecto al estado civil, se determinó que más de la mitad de las adolescentes embarazadas, (75%) son solteras (tabla 12) lo cual coincide con el estudio realizado Por Varona Nila (2009), en donde determinó que la mayoría (72,6%) eran solteras. Este hecho implica, según Amar J. y Hernández B. (2005), un vacío de interacción familiar tanto para la madre como para su futuro hijo. Los resultados señalan además (tabla 13), que solamente un 25% de las adolescentes mantienen una relación estable con su pareja o están casadas. Además se identificó que identifico que el 30% de las adolescentes embarazadas viven solas lo que incrementa el riesgo por la falta de los cuidados para el proceso de gestación.

Según Roberto Del Rio (2010) en su artículo Embarazo Adolescente determina que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Correlacionando esto con los resultado del cuadro 19 en donde se demostró que un 60% tiene falencias en los conocimientos acerca de los servicios de salud para adolescentes.

Según Blázquez María (2010), a las adolescentes embarazadas no les es prioritario adoptar conductas saludables, porque los cambios de la etapa y el mismo embarazo afectan gravemente la personalidad y ésta interviene directamente en la adquisición o no de conductas preventivas. Además de que los estilos de vida de las adolescentes están mediados por otros factores como por ejemplo familiares (imitar conductas), socioculturales (copiar



estilos), psicológicos (baja autoestima), económicos (bajos recursos) y escolares (abandono de la escuela). Asimismo, el embarazo y las transformaciones biológicas, anatómicas y funcionales que éste conlleva, así como los nuevos roles sociales, los sentimientos de frustración, ansiedad, y la inseguridad acerca de cuál será el resultado final del embarazo y el parto.

En relación a los controles prenatales tenemos que en un 25% (tabla 16) se realizaron de 4 a 6 controles prenatales, cursando una edad gestacional entre 32 y 36 semana. Un control prenatal óptimo, según las normas de MSP del Ecuador, comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado (médico u obstetrix) durante el período del embarazo de bajo riesgo. El primer control (de diagnóstico) debería ser dentro de las primeras veinte semanas y los otros cuatro subsecuentes (de seguimiento) repartidos periódica y continuamente de la siguiente manera: Uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. No obstante, el solo cumplimiento de esta norma no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, el servicio de salud provea un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido.

En un estudio realizado por Ferreira Martha (sd), se identificó que las adolescentes realizan el control prenatal en forma inadecuada en cuanto a la precocidad y la periodicidad ya que la mayoría consultan en forma tardía y con una baja frecuencia en los dos primeros trimestres de embarazo; observándose un cambio conductual en el noveno mes del mismo mejorando sustancialmente la frecuencia de los controles, lo que se contrasta con el número de controles prenatales realizados por las adolescentes encuestadas.

Es importante subrayar el hecho de que el embarazo en una mujer menor de 20 años es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un embarazo de riesgo, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna.

En efecto, poco más del 13% de las defunciones maternas ocurre en mujeres menores de 20 años. Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas, identificado esto en un estudio realizado por Julio Mora en su artículo embarazo no deseado en adolescentes. Lo que se relaciona con nuestro estudio en el que todas las adolescentes embarazadas presentaron complicaciones siendo en una mayor porcentaje la infecciones de vías

urinarias seguida por infecciones vaginales y amenaza de aborto. En un estudio realizado por Sandoval José que indica que la complicación mas frecuente de la adolescente fue la infección de la vía urinaria, en relación al grupo control, con diferencia altamente significativa. También se observó elevada incidencia de anemia, pre eclampsia, RPM, distocia ósea e infecciones vaginales pero sin diferencias significativas respecto al grupo control. Esto producido porque durante el embarazo se producen modificaciones anatómicas y funcionales que aumentan el riesgo a padecer una infección urinaria.

Entre las principales preocupaciones de las adolescentes embarazadas en el presente estudio, se obtuvo que un 35% tiene miedo que no se reconozca legalmente su hijo, además miedo sobre el proceso del parto y sobre los cuidados del recién nacido. Según estudios realizados por Valdivia y Freitz el embarazo en adolescentes es un factor de riesgo para el recién nacido, debido a la inmadurez y la falta de conocimientos de la madre adolescente debido a su proceso de formación y desarrollo, lo cual influye de manera directa en la adopción del rol maternal de la adolescente, evidenciándose por la poca experiencia que tienen para suplir las necesidades básicas del recién nacido, dentro de las cuales podemos encontrar alimentación, higiene, afecto sueño, termorregulación, signos de alarma y prevención de accidentes poniendo en riesgo el desarrollo armónico e integral del recién nacido.

## VII. CONCLUSIONES

1. Las teorías sobre la adolescencia y el embarazo en adolescentes, tienen dos enfoques distintos y quizá complementarios: el enfoque psicológico que analiza la situación desde lo social, la familia, la cultura, la historia y, el enfoque biológico, que sin desconocer lo psicológico, analiza la situación de la adolescencia y sus cambios desde el punto de vista fisiológico.
2. En todos los países de Latinoamérica existen leyes dirigidas hacia los niños, niñas y adolescentes y en su contenido no existen diferencias significativas; inclusive hay mucha similitud en la redacción; Además, los gobiernos han implementado planes y programas para disminuir el efecto de este fenómeno.
3. La problemática de la adolescencia y el embarazo en adolescentes, se puede ver similar en todos los países de Latinoamérica, que se producen entre un 13 y 24%; siendo los de mayor incidencia Venezuela y Ecuador.
4. Los factores de riesgo vinculados al embarazo en adolescentes son principalmente la edad de inicio de relaciones sexuales que es muy temprana en un 50% a la edad de 17 años, sumado a esto tenemos la falta de conocimiento de los servicios de salud, de prácticas sexuales y de métodos anticonceptivos, en un 60%; además, se tiene la falta de conocimiento acerca del proceso del embarazo, del número de controles prenatales que deben realizarse, así se tiene que en un 35% realizan 3

controles prenatales teniendo una edad gestacional en la que ya deberían realizarse de 4-5 controles.

5. Con la presente investigación se determinó que los embarazos en las adolescentes estudiantes del Instituto Tecnológico Superior “Beatriz Cueva de Ayora” están rodeados de factores de riesgo de tipo socio-cultural, de salud y socioeconómicos como la falta de conocimiento y los mitos determinados por cada cultura y en algunos casos por cada familia dichos parámetros requieren atención de las instituciones y de la sociedad en general para disminuir el impacto en la vida de la madre adolescente y su hijo.

## VIII. RECOMENDACIONES

1. Incluir como parte del pensum de estudio de la malla curricular del bachillerato la materia de educación sexual como punto clave en el desarrollo de la educación integral de los estudiantes.
2. Elabora y ejecutar un programa para capacitar a las adolescentes en los temas de teorías y cuerpos legales sobre el embarazo de adolescentes en el Ecuador, debiéndose difundir estos temas dentro del ambiente escolar como lo manda el Plan de Prevención de Embarazos en Adolescentes del Ministerio de salud Pública.
3. Se recomienda que a partir de los factores de riesgo determinados en esta investigación se establezcan programas de promoción de salud, en particular de prácticas sexuales y utilización de métodos anticonceptivos.
4. Es indispensable que los departamentos de Bienestar Estudiantil, mantengan como elemento bandera de decisión y conciencia de los y las estudiantes, el proyecto de vida de cada uno, con su respectivo seguimiento y actualización.
5. Se apruebe, socialice e impulse la ejecución de la propuesta a través del Departamento de Bienestar Estudiantil del Instituto.

## **IX. BIBLIOGRAFÍA**

- ASAMBLEA NACIONAL DEL ECUADOR. Constitución de la república del Ecuador. 2008
- AGUDELO L. Redescubrir: una mirada a la salud de las y los jóvenes: Prevalencia de embarazo adolescente, síntomas sugestivos de ITS, consumo y adicción a sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en mujeres de 14 a 19 años de Medellín. Colombia. 2005.
- BAEZA, B. PÓO, A. VÁSQUEZ, O. MUÑOZ, S. VALLEJOS, C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. Universidad de la Frontera. Chile. 2007.
- BLÀSQUEZ.M, Estilos de vida en embarazadas adolescentes, Salud en Tabasco, vol. 16, núm. 1, enero-abril, 2010, pp. 883-890
- CAMPO-ARIAS,A. Relaciones sexuales en adolescentes colombianos y las implicaciones para la salud pública: una revisión de la prevalencia y algunas variables asociadas.,Vol 12 N2 pags. 86-89. Colombia, Año 2009
- CENTRO DE ATENCIÓN Y AYUDA PARA LA MUJER CEPAM. El embarazo aumenta riesgos en adolescentes. Guayaquil, Ecuador. 2009.
- CARRASCO. C. Encuestas de niveles de vida, embarazo adolescente, panamá 2010
- CHILQUINGA, S. Embarazo en adolescentes, malformaciones congénitas prevenibles, planificación familiar. Hospital “San Vicente de Paúl” de Pasaje. Ecuador. 2008.
- DEL RIO, R. Revista pediátrica electrónica. Embarazo adolescente, Chile. Año 2010, Vol N5, pags 44-48 ISSN 0718-0918.

- DIARIO HOY. En Ecuador, dos de cada tres adolescentes están embarazadas. en: [www.hoy.com.ec](http://www.hoy.com.ec). 04 de Marzo 2011
- DÍAZ, S. Anticoncepción en la adolescencia, Instituto Chileno de medicina Reproductiva. Año 2009. Santiago- Chile.
- ECUADOR ESTOY CONTIGO. Embarazo adolescente destruye sueños de superación. Blogspot. Domingo 13 de noviembre de 2005
- El Comercio.. Ecuador lidera la lista de embarazo adolescente. Jueves 23 de febrero de 2012. En: [http://www.elcomercio.com/sociedad/Ecuador-lidera-lista-embarazo-adolescente\\_0\\_650935027.html](http://www.elcomercio.com/sociedad/Ecuador-lidera-lista-embarazo-adolescente_0_650935027.html)
- ESCOBAR, J. Prevención del embarazo subsecuente, “una tarea impostergable. Conferencia en el XIII Curso Internacional de la FIPA. 2009.
- FERREIRA M. Características del control prenatal en las embarazadas adolescentes, Montevideo
- Familia. Los adolescentes de familias intactas, más protegidos del sexo precoz. ForumLibertas. Com.Universidad de Pensilvania- 09/02/2009
- GONZÁLEZ-ROZADA, M. Determinantes y potenciales consecuencias del embarazo adolescente en Ecuador. Universidad Torcuato di Tella. 2009.
- GUZMÁN J, Falconier M, Hakkert R, Contreras J.. Políticas de población para adolescentes: diagnóstico de situación y políticas de salud sexual y reproductiva. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2006
- GONZALEZ.M. Determinantes y potenciales consecuencias del embarazo adolescente en Ecuador. Año 2009.pags 1-13. Ecuador
- GUTIÉRREZ M. El embarazo adolescente. 2008
- ISSLER J. R.. Embarazo en adolescencia. Universidad Nacional. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23. Argentina. 2001



- IÑAMI, L. Embarazo en la adolescencia. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. España. 2011.
- **LANDAU.** E. CNN. Contenido sexual en televisión y embarazo adolescente. 11 de diciembre 2011.
- Ministerio de Salud del Ecuador.. Plan de prevención de embarazos en adolescentes. 2008
- Ministerio del Poder Popular para la planificación y Desarrollo de Venezuela. Fundación Escuela de Gerencia Social.. Embarazo en adolescentes. Caracas, Venezuela. 2006
- MONTENEGRO, G.. Psiquiatría del niño y del adolescente. Santiago, El Salvador.1994
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS.. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). New York. 1994
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.. Definición del Empoderamiento desde la Perspectiva de las Adolescentes. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente. Área Salud Familiar y Comunitaria, OPS/OMS. 2006
- OROZCO H. Orozco S, Cumbá O.. Algunos factores de riesgo del embarazo en la adolescencia [artículo en línea]. MEDISAN. Cuba. En: <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9\\_2\\_05/san09205.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol9_2_05/san09205.htm)>.2005
- PALMA I, Abarca H, Moreno C.. Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y el Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques. México: Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina y el Caribe. 2002
- PURIZACA, M. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. Perú, Año 2010, pags 57-69.

- QUINTANA, R. Anticoncepción en la adolescencia, España. Año 2008, pags 28-33,
- Radio Tarqui.. Estadísticas alarmante de embarazos adolescentes. 03 de enero de 2011. En:<http://www.radiotarqui.com.ec/portal/index.php?func=viewpub&module=Pagesetter&pid=1093&tid=2>
- REPÚBLICA DEL ECUADOR, GOBIERNO NACIONAL.. Plan Nacional del Buen vivir. Secretaría Nacional de planificación para el desarrollo SENPLADES. 2009
- RISUEÑO, A. Motta, I.. La adolescencia existe o existen adolescentes, la adolescencia como constructo. Universidad Argentina John F. Kennedy Departamento de Biopsicología. Argentina. 2001
- RODRÍGUEZ , M.. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Medicina UPB, Vol. 27, Núm. 1, Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia. 2008
- SADIK N.. Salud reproductiva y derechos reproductivos. Fondo de Población de Las Naciones Unidas. New York. 2006
- SADIK N.. Los jóvenes, en situación de riesgo y necesitados de información y servicios. New York: Fondo de Población de Las Naciones Unidas. 2006
- Salud.com. El embarazo adolescente. 2012. En: <http://www.salud.com/salud-femenina/el-embarazo-adolescente.asp>
- SANDOVAL, J. Complicaciones materno-perinatales del embarazo en primigestas adolescentes, Año 2007, Vol 57 N01, pags 28-33, Chile.
- TEJADA.P, Modificaciones fisiológicas del embarazo e implicaciones farmacológicas: maternas, fetales y neonatales. Año 2007, pags 246-267. Venezuela.

- TORRES, C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas, un estudio epidemiológico en dos hospitales de Lima, Perú (1999). Revista médica la Ventana, Num. 16, 2002.
- UNCILLA, M. La educación sexual en la adolescencia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias. España. 1994.
- VARONA HERNÁNDEZ, N. Adolescencia, sexualidad y anticoncepción. Año 2009. Pags3-5. México.
- VARGAS. E. Adolescencia, relaciones románticas, y actividad sexual. Revista Colombiana de Psicología N 011, Año 2008 , pags 115-134, Bogotá. Colombia.

## **X. ANEXOS**

- 10.1. Anexo 1. Cuestionario de encuesta dirigida a las estudiantes embarazadas adolescentes del Instituto Tecnológico Superior “Beatriz Cueva de Ayora”.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**Carrera de medicina**

Estimada estudiante,

La Universidad Nacional de Loja, se encuentra empeñada en contribuir al bienestar de las adolescentes embarazadas, en el marco de la constitución de la república del Ecuador y el Plan Nacional del Buen Vivir; por ello, a través de la presente investigación, nos proponemos determinar los factores de riesgo en el embarazo de las adolescentes que nos permita proponer estrategias específicas para prevenir embarazos futuros y disminuir los riesgos de las embarazadas adolescentes y de sus futuros hijos.

Para el éxito de esta investigación, requerimos de su valiosa participación, contestando con total libertad y honestidad las preguntas formuladas a continuación.

1. Nombres y apellidos completos:.....
2. No. de cédula de identidad: .....
3. Fecha de nacimiento:.....
4. Lugar de nacimiento:.....
5. Estado civil: Soltera.....casada.....unión libre.....

6. Meses de embarazo.....
7. Vive con: esposo:.....padres.....sola:.....otros familiares:.....
8. Su familia núcleo está compuesta por: padre y madre ( ); solo madre ( ); solo padre ( ).
9. Cuántos hermanos conforman su núcleo familiar?.....
10. De los hermanos, cuántas son mujeres?.....
11. En el núcleo familiar, existen personas que sean drogadictas? SI ( ) NO ( ); que sean alcohólicas? SI ( ); NO ( ).
12. Alguna vez en su vida ha observado conductas sexuales poco apropiadas desde la moral en su núcleo familiar? SI ( ); NO ( ).
13. Actividad productiva del padre:.....
14. Actividad productiva de la madre:.....
15. Actividad productiva de la persona con la que vive:.....
16. Edad a la que tuvo su primera relación sexual:.....
17. Utiliza o ha utilizado métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales: Siempre ( ), ocasionalmente ( ), nunca ( ).
18. Qué método anticonceptivo utiliza o ha utilizado:.....  
.....
19. Cómo se ha informado de los métodos anticonceptivos existentes? Colegio ( ); padres ( ); amistades ( ); televisión ( ); documentos de lectura ( ). Otros.....
20. Ha sufrido actos de violencia en su contra? SI ( ); NO ( )
21. Si ha sufrido violencia señale por quién: por miembros de la familia ( ); por compañeros ( ); por amigos ( ); por la pareja ( ); por otros ( ).
22. Si ha sufrido violencia señale a qué edad:.....
23. Qué programas de televisión son sus preferidos?.....
24. Luego de sus estudios, qué actividades cumple?.....
25. Qué deportes practica?.....

26. Con qué frecuencia realiza actividades deportivas?.....
27. Con qué relaciona Usted la felicidad? (Señale con una x, una o varias opciones): con el dinero.....con la familia.....con el amor.....con la actividad sexual.....con el estudio.....con una profesión.....
28. Cree usted que es feliz? SI ( ); NO ( ).
29. Cree Usted que es capaz de alcanzar los objetivos que se proponga? SI ( ); NO ( )
30. Desde su embarazo ha cambiado su vida social? SI ( ); NO ( ).
31. A partir de su embarazo suele aislarse de los demás? SI ( ), NO ( )
32. Cuál es el grupo preferido para sus reuniones no académicas? Amigos/as ( ); compañeras/os ( ); familiares ( ).
33. Actualmente vive más agitada que antes, siente estrés? SI ( ); NO ( )
34. Qué expectativas tiene para el futuro?.....  
.....
35. Sufre o ha sufrido agresión física? SI ( ); NO ( ).
36. Ha tenido dificultades para aprobar los diferentes cursos académicos? SI ( ) NO ( )
37. Tiene dificultades para el aprendizaje: SI ( ) NO ( ); Cuáles?.....
38. Puede concentrarse en sus estudios?: fácilmente ( ); con cierta dificultad ( ); no puede concentrarse ( ).
39. Se siente presionada por alguien por el hecho de estar embarazada? SI ( ); NO ( ); de quién?.....
40. Se siente motivada para el estudio? SI ( ); NO ( ); por qué?.....
41. Cuenta con apoyo moral y económico? SI ( ); NO ( );

42. Si la respuesta anterior fue SI, por favor señale de quien. Padres ( ); otros familiares ( ); el futuro padre ( ); amigos ( ); otros.....

43. En el estado de embarazo, cuando requiere un consejo, a quién acude? Madre ( ); hermanas ( ); profesoras ( ); amigas del barrio ( ); compañeras del colegio ( ); otras parientes ( ); profesionales de salud ( ).

44. Conoce de los servicios de salud que existen para las adolescentes embarazadas? SI ( ); NO ( ).

45. Conoce de los derechos que como adolescente le ofrece la constitución y las leyes del Ecuador? SI ( ); NO ( ):

46. Considera que su familia en cuanto a las relaciones sexuales es: represiva ( ); restrictiva ( ); permisiva ( ); alentadora ( ).

47. Cuando siente la necesidad de apoyo Usted busca: relaciones sexuales ( ); conversar con familiares ( ); conversar con su compañeros/as ( ); conversar con amigos/as ( ).

48. Siente recelo o temor presentarse ante los demás por el hecho de estar embarazada? SI ( ); NO ( ).

Qué preocupaciones principales tiene en los actuales momentos?.....  
.....  
.....  
.....