



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS
EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL BÁSICO “LIMÓN INDANZA”, 2013.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS

Martha Lucia Rionaula Muñoz
Karina Marianela Romero Loja
Silvia Maria Zari Morocho

DIRECTORA

Lcda. María Gerardina Merchán Mst. S.P

ASESORA

Lcda. Zara Julieta Bermeo Vásquez.

CUENCA – ECUADOR

2014



RESUMEN

El embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública y el Ecuador tiene una de las tasas más altas de América Latina. Actualmente, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas; se consideran poblaciones en riesgo aquellas de estratos socio-económicos bajos, grupos de menor nivel educativo y residencia en áreas rurales. (1)

Limón-Indanza es un cantón de la provincia con mayor número de hijos a nivel nacional y si consideramos los factores mencionados anteriormente podemos suponer que hay mayor riesgo de embarazos en adolescentes. (2)

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Área de Salud Nro. 3 “Limón Indanza”, 2013.

Método y materiales: Se realizó un estudio analítico transversal en el que se investigó la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con el embarazo en adolescentes en el cantón Limón-Indanza.

Para el levantamiento de los datos utilizamos un formulario de registro validado mediante la prueba piloto, la información se recopiló de las historias clínicas, posteriormente se transfirió a un programa de computación (software SPSS 20.0 para Windows y Excel 2010) para el análisis correspondiente.

Resultados: Se encontraron 119 embarazadas adolescentes con una prevalencia de 10,52% en comparación con el total de la población en riesgo y de 24,54% si consideramos el total de pacientes que acudieron a control prenatal. Los factores de riesgo que tuvieron significancia estadística fueron inicio precoz de la vida sexual activa OR: 14,62 (IC95%: 2,70 – 79,07), consumo de alcohol OR: 1,05 (IC95%: 1,00 – 1,08) y tabaco OR: 1,05 (IC95%: 1,00 – 1,08).

Conclusiones: Los factores de riesgo que influyen de manera significativa en el embarazo adolescente son: Inicio de la vida sexual activa precoz, abuso sexual, consumo de alcohol y tabaquismo.

Palabras claves: EMBARAZO, ADOLESCENTE, PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO, CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN, FACTORES SOCIOECONÓMICOS, POBREZA, HOSPITAL LIMÓN INDANZA.



ABSTRACT

Teen pregnancy is a public health problem and Ecuador has one of the highest rates in Latin America. Currently, over 20% of teens nationwide are mothers or are pregnant; populations at risk are considered those of low socio-economic strata, lower education groups and living in rustic areas. (1) Limon-Indanza is a canton in the province with the highest number of children nationwide and considering the factors mentioned above can assume that there is greater risk of teenage pregnancy. (2)

Objective: To determine the prevalence and risk factors associated with teenage pregnancy attending outpatient Health Area No. 3. "Limón Indanza", 2013.

Methods: A transversal analytic study was conducted in which the prevalence and risk factors associated with teenage pregnancy in the canton Limon-Indanza was investigated.

To collect data we used a validated registration form by the pilot study, the information was gathered from the clinical histories, then to a computer program (SPSS 20.0 software for Windows and Excel 2010) for the corresponding analysis was transferred.

Results: 119 pregnant teenagers were found with a prevalence of 10.52% if compared with the total population at risk and 24.54% if we consider the total number of patients attending prenatal. Risk factors that were statistically significant were: Early sexual initiation OR: 14,62 (IC95%: 2,70 – 79,07), and alcohol consumption OR: 1,05 (95% CI: 1.00 to 1.08) and snuff OR: 1,05 (95% CI: 1.00 to 1.08).

Conclusions:

Risk factors that significantly influence teen pregnancy are: early sexual initiation, sexual abuse, alcohol and smoking.

Keywords: TEEN PREGNANCY, PREVALENCE, RISK FACTORS, CHARACTERISTICS OF THE POPULATION, SOCIOECONOMIC FACTORS, POVERTY, LIMÓN INDANZA HOSPITAL.



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3

CAPITULO I

1.INTRODUCCIÓN	16
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.2 JUSTIFICACIÓN	20
2.FUNDAMENTO TEÓRICO	21
2.1 LA ADOLESCENCIA.....	21
2.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA	22
2.1 ADOLESCENCIA MEDIA.....	23
2.1 ADOLESCENCIA TARDÍA.....	24
2.2 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	25
2.2.1 FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	26
2.2.2 FACTORES INDIVIDUALES.....	26
2.2.3 FACTORES PSICOSOCIALES.....	27
2.2.4FACTORES BIOLÓGICOS	28
2.3LA EMBARAZADA ADOLESCENTE Y SU ENTORNO.....	29
2.3.1 EL HIJO DE LA MADRE ADOLESCENTE	30
2.3.2 EL PADRE ADOLESCENTE.....	31
2.3.3CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS DE LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA	31
2.4 EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR	32
2.5 MARCO REFERENCIAL.....	33
3.OBJETIVOS.....	35
3.1 OBJETIVO GENERAL:	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	35

CAPITULO II

4.METODOLOGÍA	36
4.1 TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	36
4.2 ÁREA DE ESTUDIO.....	36
4.3 UNIVERSO DE ESTUDIO.....	36
4.4 VARIABLES.....	36
4.5 ESQUEMA DE OPERALIZACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES	37
4.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	38
4.7PROCEDIMIENTOS.....	38
4.8ASPÉCTOS ÉTICOS	38
4.9ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	38
4.10RECURSOS	38



CAPITULO III

5 RESULTADOS39

CAPITULO IV

6 DISCUSIÓN.....51
7 CONCLUSIÓN.....53
8RECOMENDACIONES.....54
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....55
10 ANEXOS.....57
10.1 ANEXO 1.FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....57
10.2ANEXO 2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES..59
10.3ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO60
10.4 ANEXO 4. CRONOGRAMA Y RECURSOS61



DERECHO DE AUTOR

Yo, Martha Lucia Rionaula Muñoz, autora de la tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO "LIMÓN INDANZA", 2013.", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada de Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 12 de septiembre de 2014

Martha Lucia Rionaula Muñoz
C.I: 0103046470



DERECHO DE AUTOR

Yo, Karina Marianela Romero Loja, autora de la tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO "LIMÓN INDANZA", 2013.", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada de Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 12 de septiembre de 2014

Karina Marianela Romero Loja
C.I: 0105139471



DERECHO DE AUTOR

Yo, Silvia Maria Zari Morocho, autora de la tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO "LIMÓN INDANZA", 2013.", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada de Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora

Cuenca, 12 de septiembre de 2014

Silvia Maria Zari Morocho
C.I: 0104830591



RESPONSABILIDAD

Yo, Martha Lucia Rionaula Muñoz, autora de la tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO "LIMÓN INDANZA", 2013.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 12 de septiembre de 2014

Martha Lucia Rionaula Muñoz
C.I: 0103046470



RESPONSABILIDAD

Yo, Karina Marianela Romero Loja, autora de la tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO "LIMÓN INDANZA", 2013.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 12 de septiembre de 2014

Karina Marianela Romero Loja
C.I: 0105139471



RESPONSABILIDAD

Yo, Silvia Maria Zari Morocho, autora de la tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO "LIMÓN INDANZA", 2013.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 12 de septiembre de 2014

Silvia Maria Zari Morocho
C.I: 0104830591



DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los momentos difíciles. A mi esposo Raúl Torres por su amor, paciencia y comprensión, y por todo su apoyo incondicional, gracias por confiar en que si lo lograría. A mis hijos Leonardo Torres y Raúl Torres la razón de mi existencia y las ganas de seguir luchando día tras día ante cualquier adversidad, ustedes son mi inspiración los amo mis pekes preciosos. A mi mami Luisa Muñoz siempre estaba conmigo apoyándome, usted ha sido como una madre para mis hijos, sin su ayuda, todo sería más difícil, la quiero mucho mamita.

Martha Rionaula M.



DEDICATORIA

A Dios por darme vida, salud, sabiduría y guiarme por el camino correcto.

A mi madre, quien con su amor y comprensión siempre me brindó su apoyo incondicional durante todos los años de formación en mi carrera.

A mi hermana, tíos/as, abuelo, primos y amigos/as por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfar en la vida.

Gracias por su amor y apoyo sincero e incondicional.

Karina Romero L.



DEDICATORIA

En primer lugar doy gracias a Dios por darme la oportunidad de vivir, por brindarme virtudes y fortalezas necesarias para seguir siempre adelante y, por haberme iluminado en cada paso de mi carrera.

Gracias a mis queridos padres: Saúl y Lucia por haberme dado el privilegio de vivir, porque con su apoyo, comprensión y sacrificio lograron que se cumpla la oportunidad de estudiar y terminar con éxito mi carrera, aunque hemos pasado momentos muy difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome todo su amor por todo eso se le agradezco de todo corazón.

A mi querido abuelito Luis que ya no se encuentra entre nosotros, quien siempre me brindo sus consejos , pues con sus recuerdos cada día me da soporte y fortaleza para seguir adelante y no decaer ante los obstáculos que se presentan; además me motiva para esforzarme a conseguir todos los objetivos que me he propuesto alcanzar.

A todas las personas que han formado parte de mi vida estudiantil por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunos están aquí conmigo y otros en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Silvia Zari M.



AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento al personal Docente de la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Cuenca por sus sabios conocimientos y experiencias otorgados durante estos años de formación.

A las licenciadas: Mst. María Gerardina Merchán, Directora de Tesis por su valioso interés mostrado en nuestro trabajo investigativo y por las sugerencias recibidas y brindarnos un entorno de confianza respeto y afecto que son las pautas indispensables para un buen trabajo en equipo.

A nuestra Asesora Lcda. Zara Bermeo, quien ha brindado sus acertados y valiosos aportes durante el desarrollo de este trabajo investigativo.

A los Directivos del Área 3 – Hospital “Limón-Indanza” y especialmente al personal del Departamento de Estadística por brindarnos su colaboración en el desarrollo investigativo de nuestra Tesis.

Martha Rionaula, Karina Romero, Silvia Zari.



CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de Salud Pública y el Ecuador tiene una de las tasas más altas de América Latina. Actualmente, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas. (2)

El embarazo en la adolescencia está relacionado con diversos factores, aunque se considera que la falta de educación sexual o la información errónea acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos son los de mayor trascendencia, (3, 4) A estos factores se suman otros elementos del entorno social como, el consumo de alcohol u otras drogas, abandono escolar, migración, ser hija de una madre adolescente. (3)

Durante los últimos años ha existido un gran interés por estudiar y establecer estrategias dirigidas a prevenir el Embarazo en Adolescentes especialmente en el campo de la prevención, incluso el Ministerio de Salud Pública del Ecuador formuló en marzo del 2011 el “Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes”, con el objetivo de abordar de una manera integral este problema de salud pública. Según el análisis previo de este programa nuestro país cuenta con la tasa más alta de embarazos en adolescentes de toda la región andina.

En nuestro país existen poblaciones de difícil acceso, no solo por las condiciones geográficas sino también por cuestiones culturales, como es el caso de la región amazónica, pues existe un número considerable de comunidades nativas dispersas en un territorio extenso, lo que es un limitante para acceder a estos grupos humanos, es así que, si bien existen estudios realizados en las ciudades grandes no se cuentan con datos de la mayoría de las poblaciones de esta región oriental ecuatoriana.

Mientras Pichincha presenta la menor tasa de fecundidad con 2,2 hijos; Morona Santiago es la provincia con mayor tasa global de fecundidad con 4,4 hijos en el 2012; de este grupo muchas de las madres son adolescentes pues la mayoría de la población está constituida por niños y adolescentes. (2)



En el cantón Limón-Indanza la población adolescente corresponde a casi la cuarta parte del total de habitantes (24,36%).

En el año 2010, 143 pacientes acudieron por primera vez a la consulta externa del hospital cantonal de Limón, para control prenatal y se registraron 234 atenciones subsiguientes, para el año 2012 esta cifra se incrementó a 155 atenciones prenatales por primera vez y 285 consultas subsiguientes, con un incremento de un 8,36%. (2)

Por lo mencionado anteriormente, consideramos necesario determinar la prevalencia de embarazos en adolescentes en el último año en esta población de la región amazónica del Ecuador, así como, determinar cuáles son los factores de riesgo más importantes sobre los que se debería actuar para combatir este problema de salud pública.



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La edad ideal para ser madre ha sido pobremente definida en la literatura médica, considerándose como edades apropiadas entre 20 y 30 años, sin embargo, lo que sí está definido es el riesgo de los embarazos en edades tempranas. (5)

Teniendo en cuenta que una de las poblaciones que menos accede a los servicios está constituida por los y las adolescentes, se hace evidente que sus necesidades de salud no están siendo cubiertas. Así por ejemplo, en el Ecuador, la tercera parte del total del país está conformada por jóvenes de hogares pobres, lo que influye en el acceso a la salud, la educación, otros servicios, y al ejercicio de sus derechos. Además, la calidad de la educación e información sobre orientación sexual y reproductiva impartidas a las/os adolescentes desde la niñez es muy deficiente, situación que eleva sensiblemente el deterioro de sus condiciones de salud y calidad de vida. (6)

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. (6)

Según los datos del INEC en el Ecuador existen 122.301 madres adolescentes con más del 50% en la región costa y apenas un 6,3% en la Amazonía, sin embargo, esta cifra es alta considerando la población menor que reside en el oriente ecuatoriano. (2)

Se ha observado que en el cantón Sucúa de la provincia de Morona Santiago una tercera parte de las mujeres que acuden a control prenatal son adolescentes por lo que creemos que es importante determinar la prevalencia y los factores de riesgo del embarazo en adolescentes otros cantones de esta provincia. (7)

Si bien, son varios los factores que intervienen en el embarazo en adolescentes y muchos de ellos podrían estar presentes en la población del cantón Limón Indanza, sería muy difícil abordar todos ellos en solo proyecto de investigación,



más aún si consideramos las condiciones geográficas de esta zona, pues existen comunidades que son accesibles únicamente por vía aérea o fluvial y únicamente en días determinados; por esta razón consideramos pertinente tomar únicamente los datos recopilados en las historias clínicas.



1.2 JUSTIFICACIÓN

La gestación durante la adolescencia tiene consecuencias negativas sobre la salud individual de la madre y el feto: así como en su ámbito social, económico y de salud pública.

Actualmente las mujeres en periodo de gestación son consideradas como una clase vulnerable, al igual que la niñez y adolescencia, por ende, una adolescente embarazada tiene una condición de doble vulnerabilidad. El Estado ha emprendido programas para prevenir el embarazo precoz, y se han realizado varios estudios sobre este tema, sin embargo, muchos toman en consideración poblaciones urbanas o de alta densidad poblacional, por lo que creemos conveniente hacer esta revisión en el cantón Limón Indanza, que es una zona con un alto porcentaje de población adolescente y la que coexisten factores que hacen vulnerable a esta población de presentar embarazo en las adolescentes.

El objetivo de este trabajo es obtener datos actuales sobre la magnitud de este problema en una zona oriental de nuestro país, lo que permitirá definir cuáles son los factores de riesgo más importantes sobre los que se debería actuar para combatir este problema de salud pública.

Los resultados de este trabajo servirán por lo tanto, de base para la promoción de la salud de los adolescentes, uno de los papeles fundamentales de la enfermera, que consiste en favorecer políticas centradas en posibilitar la autonomía, cooperación, participación y bienestar de los jóvenes mediante propuestas de inserción laboral a través de programas de educación para la salud e intervenciones dirigidas a mitigar los factores de riesgo del embarazo en adolescentes problemas como en la prevención del tabaquismo, el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo. (8-9)



2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 LA ADOLESCENCIA

Se define como la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años (OMS), y deriva del latín *adolescens*, *adolescentis* que significa “estar en período de crecimiento, que está creciendo”. Frecuentemente se confunde con *adolecer* cuyo significado es “tener o padecer alguna carencia, dolencia, enfermedad”. (10)

Es un periodo de transición de la niñez a la edad adulta en la cual se da un acelerado crecimiento y el desarrollo de las características sexuales secundarias, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales. Este proceso se caracteriza por rápidos y múltiples cambios en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. (3, 11)

Cada adolescente es un ser único, diferente a todos los demás, y a su vez, cada uno está influenciado por las circunstancias del momento histórico y el medio sociocultural en el cual vive, por la geografía del lugar en el que se halla, la raza y el género al que pertenece, la carga genética con la que nació y por la nutrición afectiva y alimentaria que recibió.

La adolescencia se inicia con los primeros cambios corporales de la pubertad y finaliza con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional –laboral– y económica de la adultez, y cuando es posible la creación de una nueva familia.

Según la OMS la adolescencia se divide en dos grupos considerando adolescencia temprana a los menores de 15 años y tardía a los que tienen 15 años o más (4,10), sin embargo algunos autores identifican tres etapas de acuerdo a los cambios físicos y evolutivos: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) (10).



2.1.1. Adolescencia temprana

La adolescencia temprana comprende de los 10 a los 14 años. Se caracteriza porque en ésta etapa, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

En esta etapa también aparecen cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, impulsividad, hipersensibilidad a los estímulos, apatía, abulia, fragilidad psíquica, inhibiciones.

Los estudios recientes sugieren que en este periodo, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana

El desarrollo físico y sexual, es más precoz en las niñas las que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan.

Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.



La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales. Para muchos niños, esos conocimientos llegan demasiado tarde, si es que llegan, cuando ya han afectado el curso de sus vidas y han arruinado su desarrollo y su bienestar. (10)

2.1.2. Adolescencia media

La adolescencia media (de 14 a 16 años de edad) es un período en el cual los adolescentes continúan experimentando cambios físicos, mentales, emocionales y sexuales. La mayoría de las niñas ya habrá llegado a su madurez física, y gran parte de ellas habrá llegado al final de la pubertad.

Los niños todavía podrían estar desarrollándose físicamente durante esta época. Los trastornos alimentarios también pueden ser comunes, especialmente entre las niñas.

Durante esta fase, el adolescente está desarrollando sus propias opiniones y personalidad. Las relaciones con los amigos todavía son importantes, pero también irá adquiriendo otros intereses a medida que establezca un sentido de identidad más definido.

La adolescencia media también es un momento importante de preparación para asumir mayor independencia y responsabilidad; la mayoría de los adolescentes empieza a trabajar.

Los cambios sociales y emocionales que se presentan en esta etapa son aumento del interés en el sexo opuesto, disminución del conflicto con los padres, más independencia de los padres, mayor capacidad para compartir y ser generoso y para establecer relaciones de pareja (10,22)



2.1.2. Adolescencia tardía

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 19 años de edad. En esta etapa, usualmente ya han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquieren en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta.

Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo



del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.” (20)

En la adolescencia el cuerpo se modifica en tamaño, forma y vigor. Las funciones se tornan más complejas y se logra la capacidad de reproducción. Los y las adolescentes adquieren un cuerpo nuevo en un corto lapso, por lo que les cuesta adaptarse e identificarse con él. Desde lo cognitivo, se desarrolla el pensamiento abstracto con el que logran la posibilidad de proyectarse hacia el futuro y valorar las consecuencias de sus actos. Desde lo emocional, cada individuo participa en una experiencia de vida de descubrimiento personal y en el establecimiento de una identidad (10)

2.2 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

En 2007 el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación. El embarazo se inicia en el momento de la nidación y termina con el parto. (12). Según la OMS el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación). Entonces el blastocito atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

Según datos de la OMS y OPS, más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, mientras que en la región andina la población de 10 a 19 años constituye el 20% del total. (6)

La iniciación sexual ocurre a edades cada vez más tempranas. Según estudios recientes, la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los varones es de 14,4 años y la de la mayoría de las mujeres es de 15,2 años, en general, con novios o con amigos. Las mujeres, además de iniciarse sexualmente a



edades tempranas, son muchas veces obligadas y padecen de violencia sexual. Esto las expone a contraer enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados. Los efectos más nocivos del embarazo en la adolescencia están relacionados con la interrupción de la escolaridad y la inserción laboral. El embarazo en esta etapa de la vida es, entonces, un elemento predictor de menor escolaridad, menores posibilidades de capacitación y empleo, y de profundización de la pobreza.

En el caso de antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia o modelos familiares conflictivos y fuertemente patriarcales, que inducen a que la adolescente busque reparación afectiva y una forma de conseguir seguridad económica y personal. (10) Se calcula que a nivel mundial cerca de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 dan a luz cada año. (11)

2.2 FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia es un problema multicausal (10,13), a continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se relacionan con éste.

2.2.2 Factores individuales

- Necesidad de afirmar la femineidad.
- Comprobar la fertilidad de la cual muchas mujeres dudan.
- Conducta de franca oposición y rebeldía, cumpliendo de esta manera fuertes deseos de venganza hacia los padres a quienes se los vive como represores.
- La visión de un hijo como la forma mágica de salir de la adolescencia y entrar al mundo adulto con algo propio.
- Garantizar la unión de la pareja.
- Necesidad de ejercer el poder en el ámbito familiar.
- Identificar al embarazo como proyecto de vida.



- Imperativo psicológico de trascender cuando, por ejemplo, por razones médicas hay contraindicación de embarazo.
- Dificultad para planear proyectos a largo plazo.
- Insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento.

2.2.4 Factores psico-sociales

- Alteraciones en el funcionamiento intrafamiliar: confusión de roles, maltrato, abandono (migración), cualquier forma de violencia.
- Tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola: antecedentes familiares, madres que han estado embarazadas en adolescencia.
- Bajo nivel educativo: La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes, la precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.
- Migraciones recientes con pérdida de vínculos familiares.
- Pobreza.
- Escasa o nula accesibilidad al sistema de salud.
- Una forma de acceder a subsidios económicos.
- Banalización de la sexualidad
- Aumento del consumo de alcohol y o drogas, que facilitan las relaciones sexuales sin protección.
- Machismo, que influye en el patrón de la conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria.



2.2.3 Factores biológicos

- Menarca temprana con iniciación precoz de relaciones sexuales.
- Relaciones sexuales sin protección adecuada.
- Abuso sexual.
- Violación.

Según la Organización Mundial de la Salud, los bebés nacidos de madres adolescentes son aproximadamente el 11% de todos los nacimientos en el mundo; 95% de ellos ocurren en los países en desarrollo. (10) Para algunas madres jóvenes el embarazo y el parto son algo previsto y deseado. Para muchas otras, no. Son varios los factores que contribuyen a esa situación. Las adolescentes pueden estar bajo presión para casarse y tener hijos temprano, o pueden tener perspectivas educativas o de trabajo muy limitadas. Algunas no saben cómo evitar un embarazo, u obtener anticonceptivos. Otras puedan no ser capaces de rehusar relaciones sexuales no deseadas o de resistir sexo bajo coacción. Las que se embarazan tienen menos probabilidades que las adultas de obtener abortos legales y seguros. También tienen menos oportunidades que las adultas de acceder a cuidados calificados prenatales, del parto y de post-parto.

En países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años. Y en el 2008, hubo un estimado de tres millones de abortos inseguros entre las niñas de este grupo etario. (10)

Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años. Los recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, con riesgos a largo plazo.



2.3 LA ADOLESCENTE EMBARAZADA Y SU ENTORNO

Es importante considerar que “la maternidad no convierte a una adolescente en adulta mágicamente” (9), sino más bien que se pueden presentar una serie de complicaciones durante el periodo de gestación. Todo el personal involucrado en la asistencia de las adolescentes embarazadas debe saber que siguen tratando con una adolescente, con todas las características de esta etapa de la vida.

Las diferencias entre una embarazada adolescente y una adulta son, entre otras:

- Tienen poca información sobre todo el proceso de la maternidad.
- Tienen dificultades para asumir un autocuidado.
- Temen a los procedimientos invasivos.
- Están más preocupadas por lo que el embarazo les genera que por cuidarlo.
- El pensamiento mágico está presente todavía.
- Tienen dificultades para establecer un vínculo con su hijo y cuidarlo.
- Manejan los tiempos en forma diferente de los adultos.

La edad, o mejor dicho, la etapa de la adolescencia que estén atravesando, juega un rol muy importante que debe ser tenido en cuenta (9).

En la adolescencia temprana, al impacto de los cambios que el embarazo impone, se sumará el que ha experimentado por la aparición de la pubertad, y la confusión mental que esto ocasione puede llegar a ser muy intensa. También, por la atención que la adolescente presta en esta etapa a su cuerpo, la posibilidad de experimentar algún dolor (extracciones sanguíneas para análisis, colposcopia, episiotomía, cesárea) le produce un intenso temor. Se debe tener en cuenta la repercusión emocional que sobre el equipo profesional tiene el parto de una adolescente muy chica, que puede movilizar sentimientos encontrados y generar reacciones adversas, que no les permita ayudarla (9).

Está comprobado que la mayoría de los embarazos que sobrevienen a esta edad son producto del abuso sexual o violaciones, por lo que la situación emocional de estas jóvenes es, muchas veces, muy dramática.



En la Adolescencia media se manifiestan sentimientos de invulnerabilidad, y la impotencia es una de sus características principales. Por este motivo, en muchas oportunidades, no concurren al control prenatal o no realizan los estudios solicitados. A veces, no manifiestan temor al parto, pero al comienzo de las contracciones suelen asustarse mucho.

En la Adolescencia tardía, sobre todo cuando no hay otras opciones por su condición social (estudiar, acceder a trabajos donde pueda progresar), el embarazo suele ser el proyecto de vida, y aunque no lo hayan planificado, es como si lo hubieran estado esperando (9).

En cuanto a las ansiedades básicas del embarazo, aquellas que experimentan las mujeres, en la adolescencia, la más marcada es el temor al dolor, como ya fue dicho anteriormente. Excepto que haya casos de malformación fetal en su familia o haya habido alguna muerte materna durante el parto en su entorno, en general, estos dos temores no se manifiestan abiertamente y, en general, los tienen poco en cuenta.

2.3.1 El hijo de la madre adolescente

El vínculo que la adolescente establezca con su hijo va a depender de numerosos factores, entre ellos: la significación del embarazo según el contexto social y familiar, la etapa de la adolescencia que esté atravesando, el origen del embarazo (violación, abuso), factores individuales (proyecto de vida, pérdidas importantes, migraciones, carencias afectivas crónicas).

En algunos casos, cuando hay dificultades para establecer un vínculo adecuado, puede haber una inconstancia para los cuidados rutinarios, bajo registro de los signos de alerta, dificultades para prevenir conductas de riesgo.

Estadísticamente, los hijos de madres adolescentes tienen un riesgo mayor de nacer con bajo peso, entre otras cosas, por una mayor proporción de niños de pre término, y presentan tasas de mortalidad perinatal más altas. Hay autores que han reportado una mayor incidencia de muerte súbita.



El riesgo de morbilidad debida a accidentes, heridas y quemaduras permanece, particularmente, alto, sugiriendo que es la falta de un adecuado conocimiento por parte de estas madres sobre el crecimiento y desarrollo infantil, lo que ocasiona estos accidentes, más que la falta de cuidado en sí misma.

2.3.2 El Padre Adolescente

En la mayoría de los casos, el padre también es un adolescente y requiere la atención del equipo de salud, ya que aunque de características diferentes, ambos padres se encuentran en una importante crisis cuando el embarazo se hace presente (9).

La paternidad será asumida en forma diferente según los distintos estratos sociales, ya que el adolescente tratará de asemejarse a sus propios padres, lo cual no siempre da óptimos resultados y, en otros casos, intentará desarrollar un modelo propio de paternidad. Es importante que el equipo de salud trabaje para estimular el compromiso con la situación y que la actitud del adolescente no sea de huida.

2.3.3 Características biológicas de la maternidad en la adolescencia

Las patologías perinatales más frecuentes asociadas a la maternidad, en esta etapa de la vida, son:

Maternas

- Hipertensión inducida por el embarazo.
- Anemia.
- Rotura prematura de membranas.
- Parto de pre término.
- Consumo de sustancias.
- Mayor incidencia de partos intervenidos.
- Infecciones puerperales.
- Mayor mortalidad materna.



- Del Recién Nacido e Infantiles
- Prematuridad y sus secuelas.
- Bajo peso al nacer.
- Maltrato.
- Accidentes y envenenamientos.
- Síndrome de muerte súbita.
- Enfermedades infecciosas y desnutrición.
- Mayor incidencia de complicaciones (anemia, sífilis, pre eclampsia, eclampsia)
- La hipertensión inducida por el embarazo (HIE) aparece relacionada, más estrechamente, con la paridad que con la edad materna.

2.4 EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR

Según el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes el Ecuador ocupa el primer lugar en la región andina de embarazos en adolescentes, y en América Latina ocupa el segundo lugar después de Venezuela (14). Del total de mujeres mayores de 12 años el 66.11% ha tenido al menos un hijo y actualmente se registran 122.301 madres adolescentes con más del 50% en la región costa, 38,4% en la sierra y 6,3% en la Amazonía, (2) Sin embargo, consideramos que es una cifra alta si tomamos en cuenta la población total de esta zona geográfica.

Según el Censo de 2010, en el país hay 346 700 niñas (de 10 años a 14 años). La cifra de embarazos trepó en la última década. En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales.

“De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346 700 niñas, de las cuales 2 080 ya han sido madres. Si bien la cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74%



en los 10 últimos años. A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años.

De las 705 163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121 288 jóvenes, es decir el 17,2%, ha sido madre. Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.

En América Latina, el país ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, según consta en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

CAPITULO II

2.5 MARCO REFERENCIAL

2.5.1 Situación en el Cantón Limón-Indanza

El cantón Limón-Indanza se constituyó en el año 1950 y recibió esta denominación por la existencia de una planta de Limón a orillas del río conocido hoy como Yungantza. Su población es de 9722 habitantes que se encuentran distribuidos en 6 parroquias en donde se emplazan 70 comunidades. La parroquia más poblada es General Plaza con 3981 habitantes, por encontrarse asentada aquí la cabecera cantonal y la menos poblada es la parroquia San Miguel de Conchay con 405 habitantes; Por sexo tenemos un predominio mínimo en cantidad de mujeres a nivel cantonal con 4910 habitantes que representa el 50.50% frente a los hombres con 4812 que corresponde a el 49.50%.

De la población total, 5049 habitantes que representa el 51.93 % son menores a 19 años, lo que nos indica que la mayoría de la población del cantón es joven y tan solo 9.15% que son 889 habitantes están en edad superior a los 60 años Cuadro Nro. 1.

Es de resaltar que dentro del área urbana de la ciudad de General Plaza viven 3523 habitantes que representa el 36.24% del total de la población cantonal, distribuida en 1689 hombres y 1834 mujeres. (15)



Todos los centros poblados del cantón, a excepción la ciudad de General Plaza, son de carácter rural. De esta manera 6199 habitantes que representa el 63.76% viven en áreas rústicas. No existe un control del crecimiento urbano de los poblados, lo que produce un desorden que no es detectado por su pequeño tamaño, a lo que se añade la falta de espacios y equipamientos de servicios públicos que hay actualmente.

Este cantón tiene una densidad bruta de 5.38 habitantes por kilómetro cuadrado, obviamente el centro cantonal tiene una mayor densidad poblacional 1061.44 Hab. /km²

En este cantón existe una convivencia entre dos etnias que son la mestiza y la shuar que es la población nativa de estas tierras. Éste grupo étnico representa el 93.45% del total de etnias y se encuentra en mayor concentración en las zonas de San Miguel de Conchay, y Yungantza.

La población mestiza corresponde a los colonos que en su mayoría son provenientes de la parte austral de la serranía ecuatoriana, los mismos que en las crisis de los años treinta migraron a esta zona en busca del preciado metal dorado,

Es importante señalar que de acuerdo a datos del VI y VII Censo de Población, la estructura demográfica ha experimentado una tasa de crecimiento neto de -5 por mil, determinado por la migración hacia otras ciudades del país en mayor cantidad hacia las ciudades de Cuenca y Macas y en menor cuantía a ciudades como Quito, Guayaquil y hacia el exterior, en especial hacia países como Estados Unidos de Norte América, España y otros.

Si consideramos estos factores podemos suponer que hay mayor riesgo de embarazos en adolescentes, por otro lado no existen estudios realizados en el cantón Limón-Indanza sobre los factores de riesgo de embarazos en adolescentes. (16)



3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de embarazo en las adolescentes en el cantón Limón-Indanza, 2013.

3.2 Objetivos específicos:

1. Determinar la prevalencia de embarazos en adolescentes en el cantón Limón-Indanza.
2. Identificar los factores individuales o biológicos, psicológicos y sociales en el embarazo en adolescentes en el cantón Limón Indanza, durante el periodo de estudio.
3. Determinar la relación de los factores de riesgo con la edad, residencia habitual y la auto-identificación étnica (variables de control), y abuso sexual de las embarazadas adolescentes.



4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño general del estudio

Se trata de un estudio analítico transversal.

4.2 Área de Estudio

Área de Salud N°3 “Limón Indanza” Provincia de Morona Santiago en el año 2013.

4.3 Universo de estudio

Lo constituyeron las embarazadas adolescentes con edades comprendidas entre los 10 y 19 años que acudieron a control prenatal.

4.4 Variables

Relación empírica de las variables:

Variable dependiente: Embarazo en adolescentes

Variables independientes: Factores sociales y culturales de los embarazos en las adolescentes, Menarquía temprana, Iniciación precoz de relaciones sexuales.

Variable Interviniente: Nivel de Instrucción, Migración, Religión, Ingesta de alcohol, Hábito de fumar, Abuso sexual, Auto-identificación étnica

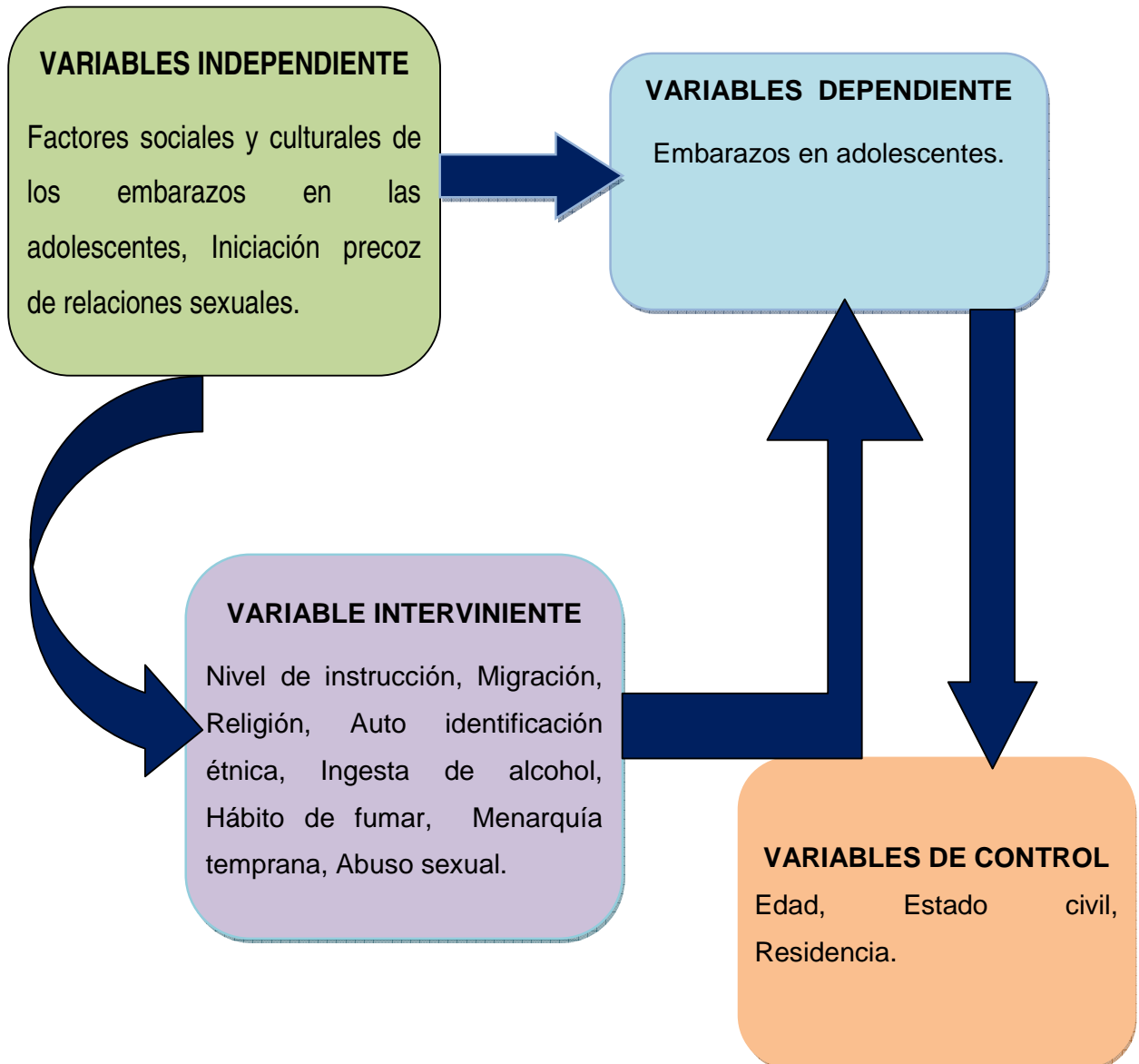
Variables de control: Edad, Estado civil, Residencia,

Estos datos se registraron en un formulario (anexo 1).

4.5 Matriz de operacionalización de las variables

Las variables fueron operacionalizadas en una matriz (Anexo 2).

ESQUEMA DE OPERALIZACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES





4.6 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron todas las pacientes adolescentes con embarazo confirmado por la clínica y/o exámenes complementarios, con edades comprendidas entre los 10 hasta los 19 años de edad.

Se excluyeron a todas las pacientes que solo acudieron a recibir toxoide tetánico sin apertura de la ficha médica y todas aquellas embarazadas que no tengan registrada su edad en su historia clínica.

4.7 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos

Se recolectó la información de la historia clínica de las adolescentes que participaron en el estudio, se recopilaron los datos de filiación y las variables incluidas en el estudio, desde el 1 de Enero de 2013 hasta el 31 de Diciembre del mismo año.

Estos datos se registraron en un formulario (anexo 1).

4.8 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Se obtuvo el respectivo permiso del Área de Salud N° 3 “Hospital Básico de Limón” brindando toda la información necesaria sobre la investigación que se realizó y sobre las autoras. (Anexo 3)

4.9 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS. Versión 20.0, éste utilizó parámetros de estadística descriptiva e inferencial

Se utilizaron medidas de tendencia central media y tasas para determinar la prevalencia del embarazo en adolescentes.

Para correlacionar los factores de riesgo se utilizó la razón de prevalencia y el valor de P para determinar el riesgo y la significancia estadística.

4. 10 RECURSOS (Anexo 4)

CAPITULO III

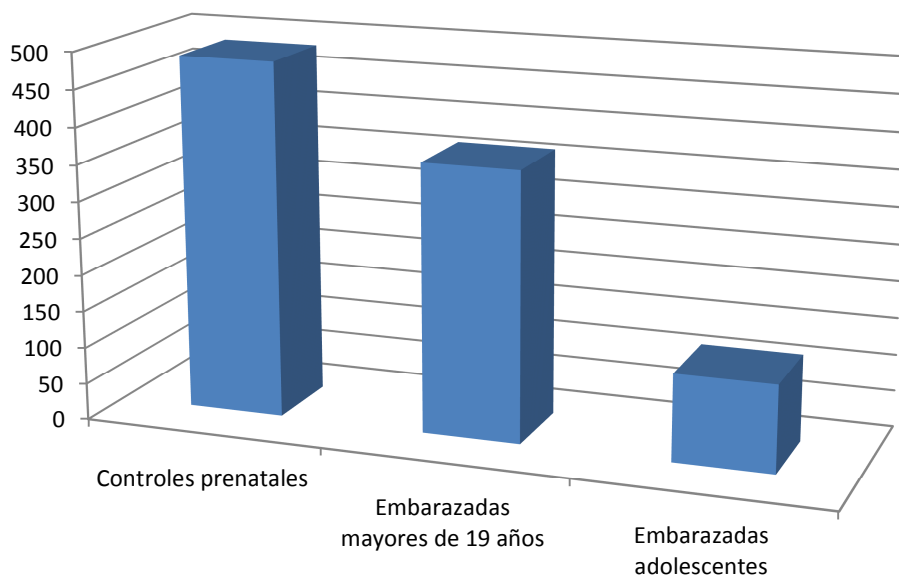
5. RESULTADOS

5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de adolescentes en el cantón Limón-Indanza es de 2369 de los cuales 1131 son de sexo femenino, la población de mujeres en edad fértil es de 2354.

Grafico 1

Distribución de las mujeres embarazadas que acudieron por primera vez al control prenatal. Limón-Indanza 2013



Fuente: Formularios de recolección de datos - Informe anual del área 3 del cantón Limón-Indanza
Elaborado por: Las autoras.

En el gráfico anterior, se demuestra que en el año 2013, la cifra de embarazadas que acudieron por primera vez a control prenatal en consulta externa del hospital de Limón-Indanza fue de 485, de estas, 119 (24,54%) eran adolescentes y 366 (75,66%) fueron mayores de 19 años.

5.1.2 Distribución de las adolescentes embarazadas según las variables de control

Tabla 1
Características de 119 adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Área N°3 “Limón-Indanza”. Moro na Santiago 2013

Variable	N	%
Edad (años)		
$\bar{X} \pm DS$ (intervalo)	16,89 \pm 1,42	(13 – 19)
Grupos etarios		
10 – 13	2	1,68
14 – 16	73	61,34
17 – 19	44	36,97
Residencia		
General Leonidas Plaza	64	53,78
San Juan Bosco	31	26,05
Yungantza	12	10,08
Chiviaza	8	6,72
Indanza	4	3,36
Zona		
Urbana	61	51,26
Rural	58	48,74
Autoidentificación étnica		
Mestizo	91	76,47
Indígena	28	23,53

n (%): número de casos (porcentaje)

$\bar{X} \pm DS$ (intervalo): media \pm desvió estándar (mínimo - máximo)

Fuente: formularios de recolección de datos.

Elaborado por: Las autoras.

En la tabla anterior observamos la distribución de las adolescentes embarazadas del cantón Limón Indanza, la edad de las pacientes estuvo comprendida entre 13 y 19 años con una media de 16,9 \pm 1,4 años de edad.

De las 119 pacientes, la mayoría de las adolescentes embarazadas del presente estudio se encuentran en el grupo de adolescencia media con 74 pacientes (61,34%), 44 pacientes (36,97%) pertenecen al grupo de adolescencia tardía y solo 2 pacientes (21,68%).



La mayoría de las pacientes que acudieron a control prenatal perteneció al centro cantonal, General Leónidas Plaza con 64 pacientes (53,78%) seguido de la parroquia San Juan Bosco con 31 embarazadas que corresponde al 26,05%. Sin embargo, la proporción entre procedencia urbana o rural no tuvo una diferencia mayor.

5.1.3 Edad de las adolescentes embarazadas

Tabla 2
Distribución de 119 embarazadas adolescentes según su edad.
Limón-Indanza 2013

Edad en años	Número	Porcentaje
13	2	1,68
14	3	2,52
15	13	11,76
16	36	30,25
17	21	16,81
18	22	18,49
19	22	18,49
Total	119	100

Fuente: formularios de recolección de datos.
Elaborado por: Las autoras.

Como se demuestra en la tabla anterior la mayoría de las embarazadas adolescentes tenía 16 años al momento de acudir a su primer control prenatal, esto corresponde al 30,25% (36 pacientes) del total de las pacientes. Por otro lado observamos que 2 pacientes, es decir, el 1.68% de la población de estudio, tenían apenas 13 años de edad, cuando ya estuvieron cursando por el periodo de gestación.

Casi la mitad de las gestantes (46,21%) tuvieron menos de 16 de edad y 76 embarazadas adolescentes, es decir, el 63% todavía no ha alcanzado la mayoría de edad cuando asistieron al control del embarazo.



5.2 Tasa de prevalencia

Si aplicamos la fórmula para el cálculo de la prevalencia considerando que la población en riesgo, es decir, las adolescentes del cantón Limón-Indanza es de 1131 encontramos que el 10,52% del total de adolescentes están embarazadas.

Si bien la prevalencia de embarazo adolescente que obtuvimos en este estudio es aparentemente baja, no debemos considerar que sea una cifra real ya que, al tratarse de una población muy dispersa y de muy difícil acceso a los servicios de salud, no todas las pacientes pueden acudir al control prenatal. Ésta es la razón por la que tomamos como referencia el número total de controles prenatales y en este caso obtenemos la proporción de embarazos adolescentes que es más representativa y corresponde al 24,54%, es decir, una de cada cuatro mujeres que acude a control prenatal en el cantón Limón-Indanza es adolescente.

5.3 Agrupación de las adolescentes embarazadas de acuerdo al subtipo de adolescencia

Tabla 3
Distribución de 119 pacientes según tipo de adolescencia.
Limón Indanza. 2013

Adolescencia	Número	Porcentaje
Temprana	2	1,68
Media	73	61,34
Tardía	44	36,97
Total	119	100

Fuente: formularios de recolección de datos.
Elaborado por: Las autoras.

De las 119 pacientes, la mayoría de las adolescentes embarazadas del presente estudio se encuentran en el grupo de adolescencia media con 74 pacientes (61,34%), 44 pacientes (36,97%) pertenecen al grupo de



adolescencia tardía y solo 2 pacientes (21,68%) están en la etapa de adolescencia temprana, es decir, tienen menos de 14 años . Por lo tanto la mayor prevalencia de embarazos se encuentra entre los 14 y 16 años, lo que tiene consecuencias adversas ya que en esta etapa las madres recién están desarrollando su personalidad y la capacidad de tener sus propias opiniones. Además su sentido de identidad aún no está completamente definido (10).

5.4 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo encontrados en la población de adolescentes embarazadas, se agruparon en: Individuales o biológicos y psicosociales

5.4.1 FACTORES INDIVIDUALES O BIOLÓGICOS

5.4.1.1 Edad de la menarquía

Tabla 4
Distribución de 119 pacientes según edad de la menarquía.
Limón-Indanza 2013

Edad de la menarquía (años)	Número	Porcentaje
9 a 12	61	51,26
13 a 14	56	47,06
Más de 15	2	1,68
Total	119	100

Fuente: formularios de recolección de datos.
Elaborado por: Las autoras.

La edad más frecuente de la menarquía en la población de estudio fue de 9 a 12 años con 61 pacientes lo que corresponde al 51,26%; seguida por el grupo etario de 13 a 14 años con 56 pacientes (47,06%). Solamente dos pacientes (1,68%) tuvieron su primer ciclo menstrual luego de los 15 años.



Este factor si representa riesgo de embarazo precoz ya que está relacionado estrechamente con el inicio precoz de las relaciones sexuales y con factores psicológicos como la necesidad de adquirir conductas adultas. En cuanto al riesgo para los lactantes hijos de madres adolescentes, esto tiene un impacto negativo porque hasta un 25% de las niñas pueden tener la menarquia sin tener un desarrollo mamario adecuado (4, 23) lo que afectar fundamentalmente la nutrición, crecimiento y desarrollo del lactante (24).

5.4.1.2 Inicio de la vida sexual activa

Tabla 5

Distribución de 119 pacientes según la edad de inicio de la vida sexual activa. Limón-Indanza 2013

Edad de inicio de la vida sexual activa (años)	Número	Porcentaje
13 o menos	2	1,68
14 a 16	61	51,26
17 a 19	56	47,06
Total	119	100

Fuente: formularios de recolección de datos.
Elaborado por: Las autoras.

La mayoría de las adolescentes que participaron en este estudio iniciaron su vida sexual activa entre los 14 y 16 años de edad con 61pacientes lo que corresponde al 51,26%, luego está el grupo de 17 a 19 años con 56 pacientes (47,06%). Dos pacientes iniciaron su vida sexual antes de los 13. Esto se correlaciona con el número de embarazos por lo que representa un riesgo mayor para las adolescentes que inician precozmente la actividad sexual.



5.4.1.3 Abuso sexual

Tabla 6
Distribución de 119 pacientes según el antecedente de abuso sexual.
Limón-Indanza 2013

Abuso sexual	Número	Porcentaje
Si	1	0,84
No	118	99,16
Total	119	100

Fuente: formularios de recolección de datos.
Elaborado por: Las autoras.

En cuanto al abuso sexual solamente una adolescente (0,8%) reconoció tener este antecedente. (Tabla 6)

Si bien se presentó un solo caso de abuso sexual, en una adolescente de 15 años, este es un dato importante porque representa un riesgo significativo de rechazo al nuevo ser, incluso se ha relacionado con una mayor probabilidad de abortos provocados en este grupo de pacientes (26). Sin embargo, se debe también considerar que debido a situaciones sociales o por evitar conflictos familiares muchas mujeres ocultan este antecedente, lo que podría dar una frecuencia falsamente baja de este factor de riesgo.

5.4.2 FACTORES SOCIOCULTURALES

5.4.2.1 Ingesta habitual de alcohol

Tabla 7

Distribución de 119 pacientes según ingesta habitual de alcohol.

Limón Indanza. 2013

Ingesta habitual de alcohol	Número	Porcentaje
Si	4	3,36
No	115	96,64
Total	119	100

Fuente: formularios de recolección de datos.
Elaborado por: Las autoras.

En el presente estudio encontramos que solo 4 pacientes (3,36%), admitieron la ingesta habitual de alcohol, mientras que 115 (96,64%) indicaron no consumir este tipo de bebidas, Esto sin embargo, podría estar enmascarado por la falta de aceptación de este hábito por parte de las adolescentes.

5.4.2.2 Hábito de fumar

Tabla 8

Distribución de 119 pacientes según hábito de fumar.

Limón-Indanza 2013

Hábito de fumar	Número	Porcentaje
Si	3	2,52
No	116	97,48
Total	119	100

Fuente: formularios de recolección de datos.
Elaborado por: Las autoras.

De las 119 adolescentes que acudieron a control prenatal en el área de estudio, solamente 3 pacientes (2,52%) admitieron tener el hábito de fumar. Este factor al igual que el anterior aunque aparentemente tenga una baja frecuencia por la negación a aceptar este hábito que puede causar efectos nocivos tanto para la gestante como para el nuevo ser.

5.4.2.3 Estado civil

Tabla 9
Distribución de 119 pacientes según estado civil.
Limón-Indanza 2013

Estado civil	Número	Porcentaje
Soltera	62	52,10
Casada	1	0,84
Unión libre	56	47,06
Total	119	100

Fuente: formularios de recolección de datos.
Elaborado por: Las autoras.

Como se observa en la tabla anterior, del total de embarazadas adolescentes más de la mitad, el 52,10% (62 adolescentes) eran solteras mientras que el 47,06% convivían en unión libre (56 adolescentes) y solo una paciente (0,84%) estuvo casada; esto constituye un factor de riesgo social pues estas mujeres asumen solas todas las implicaciones que se presentan durante la gestación.

5.4.2.4 Nivel de instrucción

Tabla 10
Distribución de 119 pacientes según el nivel de escolaridad.
Limón-Indanza 2013

Nivel de escolaridad	Número	Porcentaje
Primaria	43	36,13
Secundaria	71	59,66
Superior	2	1,68
Analfabeta	3	2,52
Total	119	100

Fuente: formularios de recolección de datos.
Elaborado por: Las autoras.



Del total de embarazadas adolescentes 43 pacientes (36,13%) tienen instrucción primaria, 71 pacientes (59,66%) tienen instrucción secundaria, solamente 2 (1,68%) superior y 3 embarazadas (2,52%) se identificaron como analfabetas. Al igual que el anterior este representa un riesgo social porque si sumamos las pacientes analfabetas con las que tuvieron instrucción primaria representan casi el 40% del total de embarazadas adolescentes que cursarán su gestación sin tener un conocimiento suficiente sobre las normas elementales de como sobrellevar el embarazo y posteriormente la lactancia. Por otro lado casi el 60% restante se encuentra cursando la instrucción secundaria, la que podría estar afectada o incluso interrumpida por la gestación.

5.5 Comparación de variables

Se compararon los factores de riesgo con la presencia de embarazo precoz para determinar la razón de probabilidades (odds ratio), con lo que se demostramos en qué medida dichos factores influyen sobre la presentación de un embarazo temprano. Para definir la significancia estadística de esta variación se realizaron tablas de contingencia de 2x2 y en el caso de variables intervinientes se aplicó el cálculo estadístico de Mantel-Haenszel previo al test de homogeneidad, pruebas que se utiliza en los estudios de diseño transversal, de esta manera se consideró estadísticamente significativo un valor $< 0,05$.

Tabla 11

**Asociación entre los factores de riesgo y embarazo temprano
Limón-Indanza 2013**

Factores de riesgo	Embarazo		OR (IC 95%)
	Adolescencia temprana n (%)	Adolescencia tardía n (%)	
Individuales o biológicos			
Edad de la menarquia	5 (100)	112 (98,25)	0,957 (0.92 – 0.99)
Inicio la vida sexual activa	1 (20)	1 (0,84%)	14,62 (2,70 – 79,07)
Abuso sexual	-	1 (0,84%)	1,004 (1,005 – 1.08)
Socioculturales			
Ingesta habitual de alcohol	-	4 (4,5)	1,045 (1,00 – 1,08)
Hábito de fumar	-	1,005	1,045 (1,00 – 1,08)
Estado civil	3 (60)	61 (53,5)	1.303 (0,21 – 8,09)
Nivel de instrucción	4 (80)	42,(36,8)	6.857 (0,72 – 63.39)

OR (IC 95 %): Odds Ratio (Intervalo de confianza del 95%).

Como se observa en la tabla anterior los factores de riesgo que influyen en la presentación de embarazo de manera significativa son: el inicio de la vida sexual activa, la ingesta habitual de alcohol y el hábito de fumar. El estado civil y el nivel de instrucción si bien aumentan la probabilidad de llegar a un embarazo precoz, no tienen poder estadístico pues su intervalo de confianza del 95% es un valor que contiene a la unidad. En el caso de la menarquia temprana al obtenerse un valor de OR menor a la unidad no constituye un factor de riesgo, sino más bien de protección. Sin embargo, el intervalo de confianza nos indica que no es una probabilidad estadísticamente significativa.

Por lo tanto, según el presente estudio las mujeres que inician su vida sexual activa antes de los 14 años tienen 14,6 veces más probabilidad de embarazarse antes de terminar el periodo de adolescencia temprana.



En cuanto al antecedente de abuso sexual solo tuvimos un caso y no se pudo determinar si se constituye un riesgo mayor de embarazo precoz.

Las adolescentes que consumen habitualmente tanto alcohol como tabaco tiene las adolescentes que inician este hábito a temprana edad tienen 1,05 y veces más posibilidades de tener un embarazo temprano.

.



CAPITULO IV

6. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró una prevalencia de embarazos en adolescentes de 10,52%, esto si consideramos el número total de adolescentes del cantón Limón-Indanza. Este porcentaje es muy parecido al valor encontrado en el estudio¹ de prevalencia de embarazos en adolescentes y factores psicosociales asociados realizado en una población de adolescentes de Cuenca-Ecuador en el que se determinó una prevalencia de 11,62%; esto aparentemente nos indicaría que es más frecuente el embarazo en adolescentes del sector urbano, sin embargo, se debe destacar que el estudio en mención fue realizado en adolescentes de secundaria de una zona urbana, por lo que, las condiciones socio-económicas y culturales obligan a las pacientes a acudir al control prenatal; mientras que, la población de nuestro estudio es muy dispersa y con condiciones socio-económicas y culturales diferentes, lo que se manifiesta en la baja cobertura de atención prenatal en el Área n° 3 – Limón Indanza. De tal manera que si consideramos la prevalencia de embarazos adolescentes con respecto al número de controles prenatales obtenemos un valor de 24,54% cifra mucho más alta y que indica un mayor riesgo de esta población amazónica.

El embarazo en la adolescencia es considerado actualmente como un problema de Salud Pública en muchos de los países latinoamericanos (1,3,4,26) y el Ecuador tiene una de las tasas más altas de América Latina, pues, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas. (2)

El embarazo en la adolescencia es una condición multifactorial, lo que ha sido demostrado por varios autores (3, 21), en el presente estudio obtuvimos una razón de probabilidades de 14,6 para el inicio precoz de la vida sexual activa, con significancia estadística, lo que coincide con el estudio¹ de Suarez y Vera (Sucúa- 2010) realizado en una población muy similar a la de Limón Indanza que encontró que el 94% de las mujeres entre 12 y 17 años ya han sido madres al momento de su participación en el estudio.

¹Guevara W. Prevalencia de embarazos en adolescentes y factores psicosociales asociados (tesis de Postgrado). Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca, 2013.

²Suarez S, Vera R. Estudio con enfoque de género de las consecuencias socio-familiares del embarazo en adolescentes (tesis de licenciada en género y desarrollo) Sucúa2009. Universidad de Cuenca, 2011



El antecedente de abuso sexual en nuestro estudio no resultó ser un factor que incrementa la posibilidad de un embarazo en la adolescencia, pues solo una paciente reconoció este antecedente, lo que no permitió determinar un riesgo estadísticamente significativo; sin embargo, es importante mencionar que éste dato no siempre es recopilado en la historia clínica por la falta de aceptación de este hecho por parte de las adolescentes. Arrieta y col (28) en su estudio realizado en colegios de la ciudad de Cartagena, también recalca la dificultad de estimar la prevalencia de este factor de riesgo.

El consumo habitual tanto de alcohol como tabaco resultó ser de riesgo estadísticamente significativo, incrementando al riesgo a más del doble de padecer un embarazo en la adolescencia, resultados similares los encontró Guevara¹ en su estudio realizado en tres colegios urbanos de la ciudad de Cuenca y determinó un riesgo relativo de 1.75 mientras nuestro estudio tuvo valores de riesgo relativo de 1,04 y 1,3. En el estudio de Suarez y Vera (Sucúa-Ecuador 2010) también se determinó una correlación significativa entre estas variables.

En cuanto a la menarquía no demostramos una asociación estadísticamente significativa con el embarazo en adolescentes lo que coincide con el estudio realizado por Guevara¹ Sin embargo, Pasqualini (10) considera a éste como un factor de riesgo para el embarazo precoz.

Con respecto al estado civil y el nivel de escolaridad, en el presente estudio no se demostró una diferencia significativa que represente un riesgo para la variable de estudio, no obstante, varios estudios (3,10,21,28) si encuentran una asociación positiva entre estas variables, quizá, esto se vea afectado por el hecho de que en las historias clínicas no se detallan adecuadamente estos datos de filiación o las pacientes tienen resistencia para manifestar ciertos antecedentes, muchas veces influenciado por la falta de confidencialidad en el momento de realizar la recopilación de la información.

¹Guevara W. Prevalencia de embarazos en adolescentes y factores psicosociales asociados (tesis de Postgrado). Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca, 2013.



7. CONCLUSIONES

1. En el presente estudio se determinó una prevalencia de embarazos en adolescentes del cantón Limón-Indanza de 10,52% al comparar con el total de la población en riesgo, sin embargo, se debe considerar que no todas las gestantes adolescentes acuden a control prenatal por condiciones geográficas y culturales.

2. En el Área n° 3 Limón Indanza se determinó que los factores: Inicio de la vida sexual activa precoz, abuso sexual, consumo de alcohol y tabaquismo representan un riesgo significativo de tener un embarazo precoz, mientras que la menarquia, el estado civil y el nivel de instrucción no constituyeron factores de riesgo de embarazo en la adolescencia.

3. La edad promedio de las embarazadas adolescentes en la población de estudio fue de $16,9 \pm 1,4$ años de edad con una mayor frecuencia de 16 años, la edad mínima fue de 13 años y la máxima de 19 años. La residencia en su mayoría provino del centro cantonal, General Leónidas Plaza con 64 pacientes (53,78%) seguido de la parroquia San Juan Bosco con 31 embarazadas que corresponde al 26,05%. Sin embargo, la proporción entre procedencia urbana o rural no tuvo una diferencia mayor.



8. RECOMENDACIONES

En opinión de las autoras, Los efectos adversos de la maternidad adolescente son lo suficientemente importantes como para promover medidas de prevención dirigidas a evitar este problema de salud de pública. Estas acciones deben incentivar una educación sexual que no deje incógnitas en la población de riesgo, es decir, que los adolescentes tengan pleno conocimiento de los riesgos de iniciar una vida sexual activa a temprana edad. También debemos proponer una comunicación efectiva entre adolescentes y sus padres para evitar el abuso sexual y la posibilidad de un embarazo no deseado.

Difundir los resultados del presente estudio en las diversas comunidades del cantón Limón-Indanza y realizar programas encaminados a concientizar a los adolescentes sobre el aumento exponencial del riesgo de embarazo precoz, si se tienen alguno de los factores de riesgo, sobre todo si se inicia tempranamente la actividad sexual.

Actualmente se ha logrado un avance importante respecto al no consumo de bebidas alcohólicas y tabaquismo, no obstante, nunca estará por demás concientizar permanentemente a los adolescentes mediante campañas dirigidas a esta población específica sobre el riesgo de tener un embarazo en esta etapa de la vida si se poseen dichos hábitos. Por otro lado, se debe fomentar el cumplimiento de las leyes relacionadas con las restricciones de estos elementos en sitios públicos o de su venta a menores de edad.

Recomendamos también la realización de estudios similares en poblaciones de difícil acceso para tener una visión más real de lo que sucede en la actualidad y su efecto en la salud pública e individual de las adolescentes embarazadas.



5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ecuador, Comité Interinstitucional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Acuerdo Ministerial No. 089. 2007.
2. Anuario de nacimientos y defunciones. INEC 2011
3. Ramírez, J. Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. *Medicina universitaria*, 2013; 15(59): 64, 65-72
4. Federación Latinoamericana de Sociedades de obstetricia y Ginecología (FLAGSO). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años. Lima Perú. 2010
5. Fuentes, A. Postergación de la maternidad en Chile: Una realidad oculta. *RevMed Chile* 2010; 138: 1244
6. Archivo: Norma de Planificación Familiar MSP 2009 - Capítulo Adolescentes.1-24
7. Suarez S, Vera R. Estudio con enfoque de género de las consecuencias socio-familiares del embarazo en adolescentes. El caso del centro artesanal "24 de mayo" del cantón Sucúa, Morona Santiago. 2005 -2009. (tesis de licenciada en género y desarrollo) Cuenca. Universidad de Cuenca, 2011
8. INJUVE. XXI siglo. Plan de Acción Global en materia de Juventud 2000/2003. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2000.
9. Resnick MD, Bearman PS, Blum R, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving RE, Shew M, Ireland M, BearingerLH, Udry JR. Protecting adolescents from harm. *JAMA* 1997; 278 (10): 823-832
10. Pascualini D, Llorens A, Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. 1a ed. Buenos Aires: OPS. 2010. Págs.: 47
11. Organización Mundial de la Salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo. Publicación: WHO/FWC/MCA/12.02
12. Dickens, B. Comité para los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer. FIGO. 2012.
13. Universidad Nacional de Colombia. Cambios en la adolescencia http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/uv00002/docs_curso/adolescente/imagenes/cambios.pdf
14. Zimmermann, M." Sexualidad Programa Educativo Infancia y Adolescencia", Madrid-España. Cultural. S.A. 1996.



15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador - Mi salud. Embarazo adolescente y fecundidad en cifras. Marzo de 2012.
16. Gobierno autónomo descentralizado Municipal de Limón Indanza. Plan de ordenamiento territorial. Disponible en www.limonindanza.gob.ec
17. National Center for Health Statistics. Births to Teenagers in the United States, 2000. National Vital Statistics Reports, 9/25/01.
18. National Center for Health Statistics. Births: Final Data for 2002. National Vital Statistics Reports, 12/17/03.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Healthy Youth: Health Topics: Sexual Behaviors. Updated 4/26/04.
20. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA. La adolescencia una época de oportunidades. 2011.
21. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizado 12 ago. 2005]. Embarazo en la adolescencia; [actualizado 9 dic. 2011; [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>
22. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)
23. Rodríguez Rigual M. Necesidad de creación de unidades de adolescencia.
24. Rosenfield R, Lipton R, Drum M. Inicio de la telarquia, la pubarquia y la menarquia en los niños con índice de masa corporal normal y elevado. *AnPediatr (Barc)* 2003;58 (Supl 2):104-6.
25. Hernández G, Ruiz J. Estrategia educativa para disminuir el embarazo en la Adolescencia, en el área de salud Taguasco, en *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, enero 2013. Disponible en <http://caribeña.eumed.net/estrategia-educativa-disminuir-embarazo-adolescencia/2008-2012>.
26. Muñoz M. Pubertad normal y sus variantes. *Pediatr Integral* 2003; VII (6): 429-437.
27. Castillo R, Gonzales L. El aborto: Problema fundamental de la bioética. *Archivos en Medicina Familiar*. V6 N. 2 mayo-agosto 2004. 34-35
28. Arrieta J, Ramos E, Murillo, Mercado K, Velasquez K. Embarazo en la adolescencia en Cartagena. *Rev.cienc.biomed*; 1 (2): 162 – 167



10 ANEXOS

10.1 Anexo 1. Formulario de recolección de datos

Formulario N° _____

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

“Prevalencia y factores de riesgo de embarazos en adolescentes del cantón Limón-Indanza, 2013.”

➤ **Objetivo del instrumento.**

Recopilación de información necesaria para establecer la prevalencia y los factores de riesgo de embarazo en adolescentes en el cantón Limón – Indanza en el año 2013.

➤ **Instructivo**

1. Mediante la aplicación del formulario recolectaremos la información correspondiente a la historia clínica.
2. Para registrar los datos en el formulario marcaremos con una cruz (x) los casilleros correspondientes.
3. Se registrara los datos en el formulario solamente con esfero azul/negro no se utilizara correctores ni tachones.

➤ **Contenido**

HCL N°: _____

Edad: _____ años cumplidos

Residencia habitual: Parroquia _____ Comunidad _____

1. Urbana ()
2. Rural ()

Auto-identificación étnica:		Instrucción:	Completa	Incompleta
1. Mestizos	()	1. Primaria	()	()
2. Indígenas	()	2. Secundaria	()	()
3. Afro ecuatorianos	()	3. Superior	Cursando	()
4. Blancos	()	4. Analfabeto	Si	()



FACTORES DE RIESGO:

- Estado civil: 1. Soltera ()
2. Casada ()
3. Unión libre ()
4. Viuda ()
5. Divorciada ()
6. Separada ()

- Religión: 1. Católica ()
2. Evangélica ()
3. Otra ()

- Ingesta habitual de alcohol: 1. Si ()
2. No ()

- Hábito de fumar: 1. Si ()
2. No ()

- Abuso Sexual: 1. Si ()
2. No ()

- Edad de la menarquía: 1. 9-12 ()
2. 13-15 ()
3. + de 16 ()

- Inicio de vida sexual activa: 1. -13 ()
2. 14 - 16 ()
3. 17-19 ()

- Migración: 1. Si ()
2. No ()

Fecha: -----

Responsable: -----



10.2 Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Tiempo	Años cumplidos	Adolescencia Temprana (10- 13 años) (1) Adolescencia Media (14-16) (2) Adolescencia Tardía (17-19)(3)
Residencia Habitual	Lugar en que se reside o se vive habitualmente	Organización territorial: Parroquia Comunidad	Historia clínica	Urbana (1) Rural (2)
Auto-identificación étnica	Auto-calificación de las personas sobre su pertenencia étnica	Etnia	Historia clínica	Mestizos (1) Indígenas (2) Afro ecuatorianos(3) Blancos(4) Shuar(5) Achuar(6)
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Estado civil oficial Estado civil actual	Historia clínica	Soltera(1) Casada (2) Unión libre (3) Viuda (4) Divorciada(5) Separada (6)
Instrucción	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Nivel de escolaridad alcanzado	Primaria C/I Secundaria C/I Superior C/I Analfabeta	Completa (1) Incompleta (2)
Religión	Tomar el hábito en una orden o congregación religiosa.	Credo que profesa	Historia clínica	Católica (1) Evangélica (2) Otra (3)
Migración	Desplazamiento de la población humana que se produce desde un lugar de origen a otro de destino y lleva consigo un cambio de la residencia habitual.	Migración de uno o los dos progenitores	Desplazamiento de uno o los dos progenitores Historia clínica	Si (1) No (2)
Ingesta de alcohol	Acción de beber cualquier sustancia que contenga alcohol	Consumo de alcohol de forma reiterada o dependencia del mismo	Consumo de alcohol documentado en: Historia clínica Formulario	Si (1) No (2)
Hábito de fumar	Práctica donde una sustancia (comúnmente tabaco,) es quemada y acto seguido se prueba o inhala principalmente debido a que la combustión que desprenden las sustancias activas tales como la nicotina, la cual es absorbida por el cuerpo a través de los pulmones.	Consumo de tabaco de forma reiterada o dependencia del mismo	Consumo de tabaco documentado en: Historia clínica Formulario	Si (1) No(2)
Menarquía temprana	Aparición de la primera menstruación antes de los 10 años	Edad de la primera menstruación	Menarquía Temprana Menarquía Media Menarquía Tardía	9-12 (1) 13-14(2) + de 15 (3)
Inicio precoz de vida sexual activa	Temprana edad a la que inicia actividad sexual	Años	Historia clínica Formulario	-13 (1) 13- 16 (2) 16-19 (3)
Abuso sexual	Cualquier actividad sexual sin consentimiento de una persona	Con contacto físico Con penetración o tocamientos Sin contacto físico Visual, verbal o psicológico	Historia clínica Formulario	Si (1) No (2)



10.3 Anexo 3. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL HOSPITAL CANTONAL “LIMON INDANZA”.

Nosotras Martha Lucía Rionaula Muñoz, Karina Marianela Romero Loja, Silvia María Zari Morocho, estudiantes de cuarto año de Enfermería como requisito previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería tenemos la necesidad de realizar la tesis de grado, la que lleva como título “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO “LIMÓN INDANZA”. MORONA SANTIAGO, 2013”. El presente trabajo tiene como objetivo determinar los factores de riesgo de los embarazos en adolescentes. Para la realización del mismo necesitamos de su colaboración y consentimiento para revisar la información de las historias clínicas.

Firma o sello del Departamento de Estadística.



10.4 Anexo 4. RECURSOS

5.1.1 Humanos

- **Autoras:** Martha Lucia Rionaula Muñoz, Karina Marianela Romero Loja, Silvia María Zari Morocho
- **Directora:** Lcda. María Gerardina Merchán Mst. S.P
- **Asesora:** Lcda. Zara Julieta Bermeo Vásquez.
- **Colaboradores:** Departamento de Estadística del Área 3 Hospital Básico Limón - Indanza

5.1.2 Materiales

- **Equipos:** Computadoras.
- **Insumos para recolección y procesamiento de datos:**

Paquete estadístico y Software del SPSS versión 20, formularios impresos, papel bond, esferos, carpetas, borradores, instructivos de llenado, transporte. Insumos para recolección y procesamiento de datos.

Costos por actividad:

Actividad	Costo
Impresión de formularios	100
Esferos, carpetas	10
Transporte	350
Alimentación	300
Vivienda	150
Comunicación	100
Internet	300
Digitalización	100

TOTAL **1.410**