



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**FACTORES BIOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO
NUTRICIONAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL CENTRO DE
SALUD N°1 DEL DISTRITO DE SALUD 01D01**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN.
DEL TÍTULO DE MÉDICA Y MÉDICO.**

AUTORES: ANA BELÉN CLAVIJO GAIBOR.
ANA GABRIELA DÍAZ ESPINOZA.
MAURICIO EMANUEL SARMIENTO GAVILANES.

DIRECTOR: DR. BERNARDO JOSÉ VEGA CRESPO.

ASESOR: DR. MANUEL JAIME ÑAUTA BACULIMA.

CUENCA – ECUADOR

2015

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los principales factores Biosociales que intervienen en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas que acuden a control prenatal en el Centro de Salud N°1 Distrito de Salud 01D01.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo, de todas las madres adolescentes atendidas en el Centro de Salud N°1 Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014. Para la recolección de la Información se aplicó y validó una encuesta preparada para tal efecto donde se dimensionaron algunas biosociales obtenidas en las consultas de seguimiento: edad materna, estado civil, escolaridad, ocupación, nivel socio-económico, embarazo planificado o no planificado, número de controles prenatales, periodo gestacional, se valoró el estado nutricional y el nivel socioeconómico, para el análisis se usó el programa SPSS versión 15.

RESULTADOS: La población fue de 91 adolescentes, con una media de edad de 18,04 años y una desviación estándar de 1,04 años; en el 46,2% fueron amas de casa; residentes en Cuenca, solteras 36,3%; el nivel de secundaria completa fue del 46,2%. Tras la valoración del estado nutricional: el 30,8% de las adolescentes embarazadas presentaron una categoría nutricional A (Bajo peso); el 27,5% categoría B (Normal), se estableció también una prevalencia de sobrepeso de 17,6% y Obesidad de 24,2%. Según la valoración del estado socio económico se encontró que el 68,1% de las madres adolescentes presentaron un nivel socioeconómico C; el 22% nivel D y el 9,9% Nivel B; no se registraron niveles A ni E.

CONCLUSIONES: La frecuencia de factores biosociales inadecuados es elevada en las adolescentes embarazadas, siendo en la población que los presenta más frecuente encontrar bajo peso, sobrepeso y obesidad.

DeCS: Embarazo en adolescencia; estado nutricional, economía, factores asociados, estadísticas descriptivas, Universidad de Cuenca, Cuenca-Ecuador.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the major social bio-factors involved in a nutritional status of adolescents during pregnancy and attending to prenatal care at Health Centre N°1- District of Health 01D01

METHODOLOGY: A descriptive and quantitative study of teen mothers attended at the Health Centre N°1 – District of Health 01D01 was performed. In order to get information, a survey with some social bio-variables obtained in the consultations was applied and validated. Thus: maternal age, marital status, education, occupation, socio-economic status, planned or not planned pregnancy, number of prenatal visits and gestational period. For this analysis, a nutritional and socio-economic status was assessed, for which the programme SPSS version 15 was used.

RESULTS: The adolescent population was about 91 persons with an average age of 18.04 years and a standard deviation of 1.04 years. In most of the cases these adolescents were housewives - 46.2%; residents in Cuenca city (single) - 36.3%; with a complete secondary level - 46.2%. Following the assessment of nutritional status, it showed that a 30.8% of pregnant adolescents had a nutritional A category (underweight); a 27.5% a B category (normal); a prevalence of overweight was the 17.6% and obesity the 24.2%. According to the assessment of socio-economic status it was found that a 68.1% of teen mothers had a C socio-economic level; the 22% had a D level and the 9.9% had a B level. The levels A and E were not recorded. Any social bio-factors became associated with a nutritional status ($p > 0.05$).

CONCLUSIONS: An inadequate frequency of social bio-factors is high, being more common the underweight, overweight and obesity.

SUBJECT HEADINGS: Pregnancy in adolescence; nutritional status, economics, associated factors, descriptive statistics.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Página
Capítulo I	
1.1. Introducción	12
1.2. Planteamiento del problema	13
1.3. Justificación	15
Capítulo II	
2. Fundamentación teórica	16
Capítulo III	
3. Objetivos	30
Capítulo IV	
4. Metodología	31
Capítulo V	
5. Resultados	38
Capítulo VI	
6. Discusión	55
Capítulo VII	
7.1 Conclusiones	60
7.2 Recomendaciones	60
Capítulo VIII	
8. Referencias bibliográficas	62
Capítulo IX	
9. Anexos	68

Yo, Ana Belén Clavijo Gaibor, autora de la tesis “FACTORES BIOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL CENTRO DE SALUD No. 1 DEL DISTRITO DE SALUD 01D01”, 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 Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, mayo de 2015



Ana Belén Clavijo Gaibor

C.I: 0104617048

Yo, Ana Belén Clavijo Gaibor, autora de la tesis “FACTORES BIOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL CENTRO DE SALUD No. 1 DEL DISTRITO DE SALUD 01D01”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, mayo de 2015



Ana Belén Clavijo Gaibor

C.I: 0104617048



Yo, Ana Gabriela Díaz Espinoza, autora de la tesis “FACTORES BIOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL CENTRO DE SALUD No. 1 DEL DISTRITO DE SALUD 01D01”, 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 Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afcción alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, mayo de 2015

Ana Gabriela Díaz

Ana Gabriela Díaz Espinoza

C.I: 0104742150



Yo, Ana Gabriela Díaz Espinoza, autora de la tesis “FACTORES BIOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL CENTRO DE SALUD No. 1 DEL DISTRITO DE SALUD 01D01”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, mayo de 2015

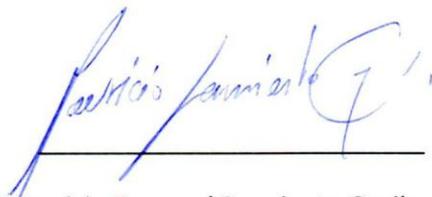
Ana Gabriela Díaz

Ana Gabriela Díaz Espinoza

C.I: 0104742150

Yo, Mauricio Emanuel Sarmiento Gavilanes, autor de la tesis “FACTORES BIOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL CENTRO DE SALUD No. 1 DEL DISTRITO DE SALUD 01D01”, 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 Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afcción alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, mayo de 2015

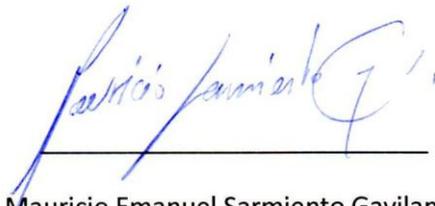


Mauricio Emanuel Sarmiento Gavilanes

C.I: 0104793179

Yo, Mauricio Emanuel Sarmiento Gavilanes, autor de la tesis “FACTORES BIOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL CENTRO DE SALUD No. 1 DEL DISTRITO DE SALUD 01D01”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, mayo de 2015



Mauricio Emanuel Sarmiento Gavilanes

C.I: 0104793179

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente nos gustaría agradecerle a Dios por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado, porque hizo realidad este sueño anhelado.

A nuestros padre y familias porque su apoyo y su afecto fueron pilares fundamentales durante toda nuestra carrera.

A la UNIVERSIDAD ESTATAL DE CUENCA Y A SU ESCUELA DE MEDICINA por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales.

A nuestro director de tesis, Dr. Bernardo Vega y a nuestro asesor de tesis, Dr. Jaime Ñauta por sus esfuerzos y dedicación, gracias por sus conocimientos, experiencia, paciencia y motivación han logrado que podamos terminar nuestros estudios con éxito.

También nos gustaría agradecer a nuestros profesores quienes durante toda la carrera profesional han aportado con un granito de arena a nuestra formación.

CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) se considera adolescente a la población comprendida entre los 10 a 19 años; en esta población se presenta una serie de cambios dentro de su esfera psicológica, biológica y social; como lo menciona la UNICEF (2) *“esta es una etapa de transición, llena de promesas, pero también de inseguridades, peligros y desafíos. El inicio de la vida adulta depende, en gran medida, de las garantías y oportunidades que el Estado y la sociedad ofrezcan a los adolescentes para avanzar en su desarrollo intelectual y emocional y en definir sus proyectos futuros”*.

La etapa adolescente presenta riesgo de muchas situaciones donde el embarazo no planificado es una de ellas, y se ha convertido en un problema importante para nuestra población; según datos de la OMS (3) aproximadamente 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos; esta situación en nuestra población fue estudiada por Guevara (4) en el año 2013, quien en el Cantón Cuenca encontró la presencia de un alto porcentaje de adolescentes con embarazo, con diversos factores psicosociales que se asocian a esta problemática que ponen en riesgo el futuro de las adolescentes de la ciudad de Cuenca.

Existen condiciones biológicas, médicas y sociales que hacen que un embarazo adolescente sea considerado de riesgo; la probabilidad de enfermedades y trastornos en el ámbito nutricional se presentan con más impacto; adicionalmente debemos considerar la inmadurez física y mental, falta de control prenatal o control tardío, mala alimentación, soltería o ausencia de apoyo familiar. Todo esto determina que estas pacientes requieran una atención multidisciplinaria y un sistema coherente de acciones integrales en su control prenatal (5).

Jácome (6) menciona que la nutrición cobra vital importancia durante el embarazo, pero más aún si éste se produce durante la adolescencia, el estado nutricional puede verse afectado en esta etapa por la edad, la estatura, el peso pre gestacional, la baja ganancia de peso, la anemia, la paridad y el aporte inadecuado de energía y nutrientes, estos factores colocan a las adolescentes embarazadas doblemente en riesgo nutricional, ya que no solo está presente el continuo crecimiento materno, sino también el crecimiento del feto (7).

También existen factores sociales que podrían generar un inadecuado estado nutricional en las embarazadas adolescentes, la familia, la pareja, el nivel socio económico juegan un papel importante en la génesis de trastornos nutricionales de la adolescente; de esta manera se planteó esta investigación con el fin de determinar los factores biosociales que determinan el estado nutricional de las adolescentes embarazadas en el Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 de la Ciudad de Cuenca.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según el sistema integrado de Consultas REDATAM del INEC (8) el último Censo Nacional de Población y Vivienda llevado a cabo en el país, residen 2958879 adolescentes lo que representa el 20,43% del total de la población; a nivel del Azuay la población adolescente se sitúa con el 21,09% de la población provincial lo que representa 150160 adolescentes; por último a nivel de país según sexo existen 756365 adolescentes de sexo femenino entre los 10-14 años y 705989 adolescentes entre los 15 a 19 años.

Según datos de la Agencia Publica de Noticias del Ecuador y Sudamerica (9) en Ecuador existen 122.301 madres adolescentes, el 22 % de las mujeres comprendidas entre 12 y 19 años de edad. El 56,7% de ellas han culminado la instrucción secundaria, pero el 34,1% tienen instrucción primaria.

El 55,8% de las madres adolescentes viven en unión libre con su pareja, el 20,2% son solteras y el 15,7% casadas. El 7,6% están separadas, el 0,5% son viudas y el 0,2% divorciadas. Apenas el 24,8% son parte de la Población

Económicamente Activa (PEA) frente al 75,2% de madres adolescentes, que no perciben remuneración por sus actividades (9). Según datos del año 2013.

A nivel local, Guevara (4) en un estudio en Cuenca encontró que los embarazos en adolescentes se encuentran presentes en todos los estratos sociales y niveles académicos; un 11.62% en una población de 895 adolescentes de los colegios de la ciudad de Cuenca, se presenta estadísticamente significativa la disfuncionalidad familiar con un 7 3.1% y un 26.9% de funcionalidad familiar; una Razón de Prevalencias (RP) 3.83, IC 95% (2.55-5.78) y un valor p 0.000. El ingreso a la fuerza laboral se encuentra relacionado de forma significativa, con un RP 1.75, IC de 95% 1.003-2.91 y valor p 0.049, además el 15.4% de adolescentes consumen sustancias indebidas.

El estado nutricional de las adolescentes juega un papel preponderante en la salud no solo de las madres sino también de los niños, lo que se considera un motivo de preocupación, por ejemplo Cazar (10) en el año 2010 en un estudio en Cuenca encontró que existe más probabilidad de riesgo de peso bajo en los recién nacidos de adolescentes especialmente con factores: primigestas y con estado nutricional inadecuado que condicionaría anemia.

Por lo que se consideró que es importante tener una visión de cuál es la situación en nuestro medio respecto a la influencia que tienen los diferentes factores biosociales en el estado nutricional de nuestras adolescentes embarazadas.

Para la investigación se plantearon las siguientes preguntas:

¿Cuál es la frecuencia de adolescentes embarazadas que recibe El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01?

¿Cuál es el estado nutricional en las diferentes etapas gestacionales de las adolescentes embarazadas que se atienden en este centro?

¿Cuáles son los factores biosociales más influyentes en el en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia tiene repercusiones importantes en el estado nutricional tanto en las madres como en los niños, según Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), la concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias pueden constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. Los adolescentes no conforman un grupo homogéneo: lo que tienen en común es la edad. Viven en circunstancias diferentes y tienen necesidades diversas. En vez de considerar la adolescencia como problema, las políticas y programas deberían entenderla como resultado de una construcción histórica y de un proceso social (11).

Adicionalmente, este estudio contribuye a mejorar la salud de las madres adolescentes y de los recién nacidos aportando a lo planteado por las Naciones Unidas (12) en sus objetivos del milenio que se trata de reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal; el estudio proporciona de datos locales sobre esta temática en nuestras adolescentes de esta manera de podrán intervenir y disminuir el impacto de los factores biosociales en la población embarazada adolescente.

Lo citado anteriormente pone de manifiesto la necesidad de realizar este estudio que nos ayuda a tener una visión más cercana de lo que pasa en nuestro entorno, como una muestra, de lo que ocurre en la realidad. Se cuantificó y verificó la asociación de los factores biosociales y se determinó los grados de malnutrición que presentan las adolescentes embarazadas entre 10-19 años que mantienen sus controles en el Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01.

Los beneficiarios de este estudio son directamente la población adolescente, la institución de salud; pues se dispone de herramientas (datos estadísticos) para poder emprender acciones a nivel intervencionista para la importancia de una nutrición adecuada en las jóvenes para evitar complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 ADOLESCENCIA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases (1).

Adolescencia Temprana (10 – 14):

En esta etapa en la que generalmente 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 (13)

La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)

La adolescencia también se define como una época de transición de la niñez a la adultez durante la cual se ven obligados a establecer nuevos ordenes en las relaciones interpersonales (13).

La Adolescencia está marcada por la consolidación de la identidad individual; por lo cual se le considera como la etapa de crisis de identidad (13).

2.1.2 Características de la adolescencia

El adolescente va a presentar cambios significativos en cuanto al peso, talla y diámetro torácico, características propias de la edad en el sistema óseo, ocurriendo un acelerado crecimiento en la columna vertebral de la pelvis y de las extremidades en comparación con la caja torácica. Aparece el desarrollo de los órganos sexuales y la aparición de caracteres sexuales secundarios, hay un aumento de energía y una sensibilidad aumentada a los patógenos. Pueden aparecer desajustes en el sistema nervioso como son distracción, descenso en la productividad del trabajo desajuste en el sueño, entre otros. La masa del corazón aumenta dos veces y se adelanta al crecimiento de los espacios interiores de las arterias, venas y vasos sanguíneos, los cuales son estrechos, aumentando así la presión sanguínea, por lo que aparecen palpitations, mareos, dolores de cabeza, fatiga, etc. (16)

Dentro de los cambios psicológicos se mencionan:

Imaginación: Es productiva, refleja la realidad. Continúan desarrollándose los dos tipos de imaginación la reconstructiva y la creadora (17).

Memoria: Se incrementa el desarrollo de la memoria voluntaria, se encamina a intelectualizarse. Además se desarrolla la memoria racional y la lógica-verbal, aumentando el papel selectivo de los procesos de memorización (17).

Percepción: Este proceso en el adolescente se desarrolla a la primera impresión, la cual puede resultar negativa o positiva. Puede hacer un análisis detallado de un objeto o materia percibida, donde se favorece la observación (17).

La percepción está impregnada de reflexión, donde el adolescente es capaz de distinguir las interconexiones más significativas y las dependencias de causa y efecto (17).

Emociones y sentimientos: Existe gran excitabilidad emocional. Sus vivencias emocionales son ricas, variadas, complejas y contradictorias con los adultos y con los coetáneos. Aparecen vivencias relacionadas con la maduración sexual. Sus sentimientos se hacen cada vez más variados y profundos, apareciendo los sentimientos amorosos (17).

Motivación: Los intereses cognoscitivos adquieren un desarrollo considerable, que se transforman en intereses teóricos que le sirven de base para su futura profesión. Su interés o intención profesional están vinculadas a las asignaturas preferidas o aquellas profesiones que tienen un reconocimiento social. Es un motivo para ocupar un lugar en el grupo donde sea aceptado, reconocido y que exista la comunicación con sus compañeros (17).

Pensamiento: Se concretiza el pensamiento teórico conceptual - reflexivo (realiza reflexiones basadas en conceptos, elaborando hipótesis y juicios enunciados verbalmente), expone ideas con un carácter lógico (17).

Voluntad: Está condicionada por sus posibilidades cognoscitivas, la experiencia en la comunicación, tienen actitud autocrítica. Son capaces de plantearse un fin y lograrlo a toda costa. Predomina un desarrollo de la valentía, independencia, decisión e iniciativa (17).

Conciencia moral: Su moral no resulta lo suficiente estable. El grupo influye en la formación de la opinión moral y de la valoración que hace el adolescente de ella. Se van formando ideales morales que van adquiriendo un carácter generalizado. La opinión del grupo tiene más valor que la de los padres y maestros. El interés por el sexo opuesto tiene mucha importancia para el desarrollo de su personalidad, por eso es de mucho valor la profundización en la información sobre los aspectos que tienen que ver con la identidad y la orientación social (17).

Dentro de las características sociológicas mencionamos:

Rebeldía: Es una característica propia de los adolescentes que se pone de manifiesto en sus actitudes de diferentes maneras; protestando constantemente, oponiéndose a las normas o a lo establecido, desobedeciendo reglas establecidas por el sistema social y enfrentándose con frecuencia a los padres, tutores y profesores (17).

El comportamiento rebelde es la consecuencia de la búsqueda de independencia. Necesitan distanciarse de la relación de dependencia y protección que han tenido con sus padres para adentrarse en el mundo adulto y encontrar su identidad personal (17).

Independencia: Una de las características más significativas que acompaña a la adolescencia, es la adquisición de independencia, esta supone que el joven tenga: libertad dentro de la familia, para adoptar decisiones día a día; libertad emocional para establecer nuevas relaciones, y libertad personal para asumir la propia responsabilidad en asuntos como educación, opiniones políticas y la futura carrera profesional (17).

La independencia es a veces una meta, mientras que otras infunde temor; de aquí la ambivalencia y el comportamiento contradictorio de los jóvenes que,

con frecuencia desespera a los adultos, muchas veces se quejan de que los padres estén interviniendo constantemente en su vida, otras veces protestan con amargura de que nadie se toma interés por ellos. Los padres también mantienen, frecuentemente actitudes ambivalentes ante sus hijos adolescentes, por una parte, desean que los jóvenes sean independientes, que adopten sus propias decisiones, por otra, se asustan de las consecuencias de su independencia (en especial de las consecuencias sexuales) (17).

Conformismo: Durante la adolescencia se le da mucha importancia al grupo de iguales, fundamentalmente en esta etapa porque les ayuda a la transición al mundo adulto, les facilita mayor autonomía respecto de los padres les ofrece apoyo, etc. Pero el grupo de iguales también puede significar un riesgo cuando elimina la personalidad del joven y suponen una dependencia e influencias no sanas para el mismo. Un hecho bien conocido que se produce en esta etapa es el fenómeno del conformismo grupal y la búsqueda de originalidad a través de este conformismo constituyen un elemento defensivo de apoyo, que les brinda el sentimiento de pertenencia, la seguridad y la estima personal que precisan en esta etapa de tránsito hacia la propia originalidad y autonomía personales (17).

2.2 Embarazo en la adolescencia

2.2.1 Definición

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental (18).

2.2.2 Magnitud del problema

La fecundidad total ha disminuido en la región de las Américas. Sin embargo, este descenso no ha sido de igual magnitud en todos los grupos etéreos, ni en todos los países. La tasa de fecundidad específica en el grupo de 15 a 19 años en América Latina fluctúa entre 60 y 130 nacimientos por 1.000, tendiendo, en

general, las tasas de fecundidad en adolescentes a ser más altas en los países de fecundidad alta (18).

Según la OMS (19) cita que estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.

En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 y 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra mitad al grupo de 15 a 19 años. Los/as adolescentes representan al 20% del total de la población andina, aunque esta proporción irá decreciendo en los próximos años debido a la dinámica de transición demográfica. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. La probabilidad de ser madre en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y desprotección (20).

2.2.3 Evaluación del estado nutricional durante el embarazo en adolescentes.

En general existen varios parámetros tanto antropométricos como de laboratorio para la evaluación nutricional, sin embargo se usa más frecuentemente la valoración antropométrica (peso y talla) e indicadores derivados de éstas como es el IMC.

Para la valoración del estado nutricional mediante el uso del IMC, a partir de la semana 10 de gestación de proponen incrementos o ganancias de peso según avanza el embarazo; estas variaciones del peso son proporcionales a la talla y

son evaluadas en la curva patrón para embarazadas y de esta manera poder identificar alteraciones en el estado nutricional.

El IMC se obtiene en base a la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{peso (Kg)} / \text{talla (m)}^2.$$

2.2.3.1 Tablas utilizadas para determinar el estado nutricional durante el embarazo.

La gráfica de incremento de peso para embarazadas es un instrumento mediante el cual el personal de salud puede evaluar la situación nutricional (peso/talla) en cada control prenatal; consta de: (22)

- Un nomograma que permite realizar el cálculo del porcentaje de peso/talla en base al peso y talla de la mujer. (Figura 1)
- Una gráfica de incremento de peso, donde se proyecta el porcentaje hallado en el nomograma (Figura 2)

Instrucciones para su uso

Para comparar los datos de la madre con la curva de normalidad se necesita seguir dos pasos:

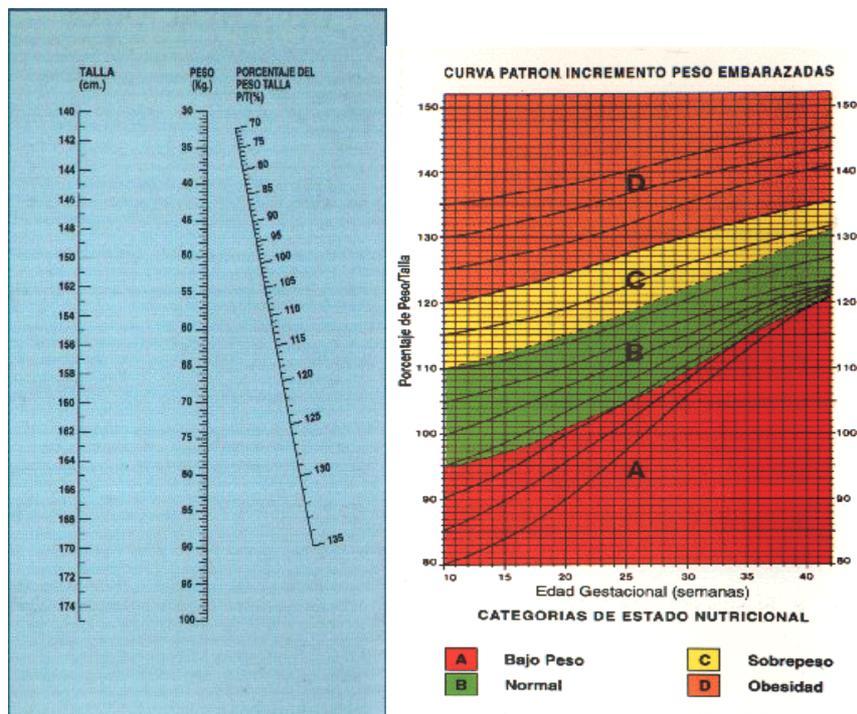
Primero: calcular el porcentaje de peso para talla que tiene la mujer en el momento de la consulta. Para esto se utiliza el Nomograma (22)

En la primera columna se encuentran las Tallas (cm); en la segunda los Pesos (kg) y en la tercera (inclinada) los porcentajes de peso para talla (22)

Segundo: Comparación con la gráfica de incremento peso para embarazadas.

La gráfica tiene un “marco” con valores. En la parte inferior se encuentra la Edad Gestacional, está expresada en semanas y va desde la semana 10 hasta la semana 42. Cada raya representa 1 semana. En el marco derecho se representan los porcentajes de Peso/Talla (son los valores obtenidos en el paso anterior). Cada raya separa 2% de peso/talla (22)

La parte interior de la curva tiene un cuadrículado como fondo, sobre el que están trazadas curvas ascendentes que limitan distintas áreas (22).



Nomograma para clasificación de la

Relación Peso/Talla de la mujer (%)

Incremento de peso para embarazadas. (Figura 2).

(Figura 1) Curva patrón de Roso Mardones

Cuando el peso/talla materno se ubica justo sobre una línea divisoria de categoría de peso, la madre se clasifica en la categoría inmediatamente inferior (22).

Peso deseable de término

Además de permitir el cálculo del porcentaje de peso, el nomograma permite calcular el *peso deseable al término del embarazo* (22).

Clasificación en los Puntos de Corte del IMC para embarazadas:

- IMC < 19.8 es Bajo Peso y admite una ganancia de peso entre 12.5 y 18 Kgs.
- Entre 19.8 y 26 es Normal y admite ganar entre 11.5 y 16 Kgs.
- Entre 26 y 29 es Sobre peso y admite ganar peso entre 7 y 11.5 Kgs.

IMC \geq 30 es obesidad y admite una ganancia de peso de \leq 7kgs.

En las Adolescentes: La curva puede subestimar los incrementos ponderales en la población adolescente que han concebido en un período de 4 años después de la menarca. En este grupo de madres se recomienda incrementar 1 kg adicional a los que indica la curva (en peso deseable de término) (23).

2.3 Nutrición de la adolescente embarazada.

La alimentación cobra especial importancia durante el embarazo, pero más aún si éste se produce durante la adolescencia, ya que es un período en el que las demandas de energía y nutrientes son mayores (6).

Se acepta que el peso medio de una mujer debe aumentar durante la gestación, partiendo de un peso adecuado para su edad y talla, será de 10 a 12 kg, considerándose que no debe ser inferior al 10% del peso inicial ni superior al 20% del habitual. Este aumento de peso no es longitudinal a lo largo del embarazo (24).

2.3.1 Requerimientos nutricionales de la adolescente embarazada.

Mujeres en edades ginecológicamente jóvenes o mal nutridas en el momento de la concepción corren más riesgo fisiológico y, a pesar del aumento de peso materno, los pesos de nacimiento de los neonatos se mantienen bajos (25).

El embarazo produce cambios importantes en el metabolismo para lograr un aporte adecuado y continuado de glucosa y aminoácidos desde la madre hacia el feto y aumentar los depósitos de lípidos maternos durante los primeros meses de la gestación, para cubrir las necesidades de energía al final del embarazo y la lactancia (25).

La causa de los cambios metabólicos es la acción hormonal, la función del lactógeno placentario humano y las modificaciones en la secreción de insulina y glucagón.

Una adolescente embarazada se estima que requiere aproximadamente entre 200 a 300 kcal más por día durante el embarazo, además de los requerimientos adicionales como vitaminas y minerales (figura 1) (26).

ELEMENTO	REQUERIMIENTO DIARIO.	ELEMENTOS	REQUERIMIENTOS DIARIOS	ELEMENTOS	REQUERIMIENTOS DIARIOS.
PROTEIN AS.	1,5g/kg/día	Magnesio.	450mg/día.	Vitamina C.	85mg/día.
Yodo.	200mg/día.	Calcio.	1200mg/día.	Vitamina D.	5mg/día.
Ácido Fólico.	400ug/día.	Hierro.	50mg/día.	Vitamina E.	15mg/día.
Zinc.	20mg/día.	Vitamina A.	1500ug/día	Vitamina B12.	3mg/día.
Vitamina B6.	2mg/día.				

Requerimientos nutricionales de Adolescentes Embarazadas (OMS) (Figura 3)

2.4 Riesgos nutricionales de la adolescente embarazada.

La evidencia sugiere que el estado nutricional materno es un factor modificable que puede afectar seriamente tanto la salud de la madre como la del feto, más aun conociendo que los requerimientos maternos están aumentados por el crecimiento y desarrollo (27).

Es común observar entre adolescentes patrones de comidas irregulares y deficientes en vitaminas y minerales y aun cuando se ha encontrado que las adolescentes consumen dietas que pudieran ser adecuadas en energía, son bajas en zinc, hierro y otros nutrientes (27).

Con frecuencia no se observan hábitos alimenticios adecuados, en ellas aspectos como la búsqueda de identidad y aceptación social y por otro lado la gran preocupación por su aspecto, incentivan a malos hábitos como comidas

irregulares, que ingieran una gran proporción de alimentos entre comidas y por otro lado incluso omiten comidas. Lo cual tiene implicación en estados de hipoglicemia característicos de la primera mitad del embarazo, caracterizado por hiperinsulinismo (27).

Es esencialmente importante evaluar el estado nutricional de la adolescente embarazada (y en general), en conjunto con una evaluación socioeconómica, dietética, clínica, antropométrica y bioquímica, ya que un incremento discreto o exagerado de peso es indeseable (5).

Los riesgos médicos asociados en el embarazo en adolescentes, como la nutrición insuficiente, enfermedad hipertensiva, anemia, restricción del crecimiento intra uterino, bajo peso al nacer, parto prematuro, etc., determinan elevación de la morbilidad materna (5).

También se debe tener en cuenta que si hace un tiempo algunas de las mayores preocupaciones ante un embarazo de una adolescente eran la tendencia a una mala nutrición y un inadecuado aumento de peso durante la gestación, ahora se está teniendo en cuenta el significativo incremento de la población obesa a estas edades.

La obesidad en adolescentes embarazadas no siempre se acompaña de una ingesta adecuada de micronutrientes, por lo tanto debe analizarse la posibilidad de carencias específicas, (hierro, zinc, calcio, ácido fólico, etc.) (28).

El estado nutricional adecuado durante el embarazo puede reducir complicaciones perinatales, contribuyendo a la reducción de morbilidad materno-infantil, ello justifica la vigilancia del estado nutricional de mujeres embarazadas en los servicios de salud.

2.5 Estado nutricional en las adolescentes embarazadas

Restrepo y colaboradores (29) tras estudiar a 294 embarazadas adolescentes encontraron que el estado nutricional más frecuente fue el bajo peso con el 33,7% y el 12,2% de las adolescentes con sobrepeso u obesidad con el uso de las tablas estandarizadas de la OMS.

Svetla y colaboradores (5) en un estudio que incluyó 80 pacientes adolescentes encontraron que la frecuencia de bajo peso se ubicó en 10% y un 8% de obesidad; correlacionándose este estado nutricional con la edad gestacional y anemia.

Masuche (30) en un estudio llevado a cabo en Loja, encontró que de una muestra de 190 adolescentes el 60% presentaron un estado nutricional normal, el 25,8% bajo peso y el 14,2% sobrepeso sin presentar ningún caso de obesidad; como se puede observar el bajo peso es la alteración nutricional más frecuente.

Quintero y colaboradores (31) en un estudio con 150 gestantes adolescentes encontraron que el bajo peso se presentó en un 21% en el periodo pre gestacional aumentando a un 45% durante la gestación; la frecuencia de sobrepeso fue de 12% y de obesidad del 3,3%. Nuevamente otro estudio indica que el bajo peso es la alteración nutricional más frecuente en las gestantes adolescentes.

Bohórquez y colaboradores (32) en su estudio que involucró a 48 embarazadas entre los 15 y 19 años encontraron que el 52% fueron eutróficas el 41,6% presentaron bajo peso, un 4,1% tenían sobrepeso y el 2,1% obesidad; estos datos son parecidos a los encontrados anteriormente en otros estudios, recalcando la frecuencia elevada de bajo peso.

Pabón y Tuquerez (33) tras una valoración de 70 adolescentes en periodo de gestación encontraron que el 54,29% presentaron un estado nutricional normal, el 24,29% sobrepeso, el 11,43% bajo peso y por último el 10% obesidad; en este estudio a diferencia de los anteriores el sobrepeso resulta ser la alteración más frecuentemente encontrada en las gestantes.

2.6 Influencia factores biosociales durante el embarazo en adolescentes.

Entre los factores influyentes la parte emocional ya que la adolescente está en un proceso de buscar su identidad, lo cual puede causar trastornos alimenticios, además estas son más propensas a deserción escolar, separación, divorcio y abandono por parte de su compañero, falta de controles prenatales.

Todo esto causa alteraciones en los hábitos alimenticios de las adolescentes embarazadas ya que pueden causar ansiedad, la misma que produce un aumento o una disminución de la ingesta de alimentos, y en la mayoría de los casos por falta de información nutricional adecuada, prefieren comidas rápidas con altos contenidos de grasas y carbohidratos y pobres cantidades de nutrientes.

Los cambios de dieta necesarios en adolescentes embarazadas no serán tan drásticos ni difíciles de sobrellevar una vez que se haya determinado las medidas antropométricas, nivel socioeconómico, y accesibilidad a los alimentos.

Las condiciones negativas en el ámbito bio social de la adolescente repercuten en su salud, frecuente que estos embarazos sean un evento no deseado, no planificado, con una relación de pareja inestable, lo que determina en muchas ocasiones actitudes de rechazo o de ocultarlo, por temor a las reacciones del grupo familiar y de su medio social, lo cual tiene influencia negativa en la alimentación de las adolescentes embarazadas (33).

Principales factores biosociales.

EDAD: Las edades reproductivas extremas en este caso la adolescencia es de mucha importancia ya que las adolescentes embarazadas, aparte de tener que pasar por los cambios propios de la adolescencia, debe adaptarse a los cambios físicos, hormonales y emocionales del embarazo (1).

Para lo cual las adolescentes no se encuentran preparadas ya que sus cuerpos tienen un requerimiento alto de nutrientes, por crecimiento y a esto se le suma las necesidades nutricionales del feto (33).

ESTADO CIVIL: En el caso de las madres adolescentes solteras, la falta de apoyo del compañero implica un mayor riesgo nutricional durante el embarazo, ya que al sentirse abandonadas pueden disminuir su ingesta de alimentos, o a su vez pueden aumentar la ingesta de alimentos de mala calidad y de alto contenido de grasas (34).

NIVEL SOCIO ECONÓMICO: Factores de riesgo sociales como: 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. Pueden causar riesgos nutricionales en las adolescentes embarazadas ya que al tener un bajo nivel socio económico puede no tener acceso a una alimentación adecuada (35).

Dentro del análisis del estado socioeconómico existen varias escalas que se han estudiado siendo la utilizada en este estudio (adaptada en una población de Lambayeque) evalúa 5 ítems de relevancia que son: instrucción del jefe de familia, el acceso a los servicios de salud, el hacinamiento y la material de la vivienda para establecer 5 niveles socioeconómicos de la siguiente manera:

<i>Niveles</i>	<i>NSE A</i>	<i>NSE B</i>	<i>Nivel Socio Económico</i>	<i>NSE D</i>	<i>NSE E</i>
<i>Variables</i>	<i>Alto / Medio Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>NSE C</i> <i>Bajo Superior</i>	<i>Bajo Inferior</i>	<i>Marginal</i>
	<i>Doctorado</i>		<i>Universitarios Incompletos</i>		<i>Sin estudios</i>
<i>Instrucción del Jefe de Familia</i>	<i>Diplomado</i>	<i>Estudios Universitarios Completos</i>	<i>Superior No Universitario Completa</i>	<i>Secundaria Completa</i>	<i>Primaria Incompleta</i> <i>Primaria Completa</i>
	<i>Postgrado (máster)</i>		<i>Superior No Universitario Incompleta</i>		<i>Secundaria Incompleta</i>
<i>Consulta Médica</i>	<i>Médico Particular en Clínica Privada</i>	<i>Médico Particular en Consultorio</i>	<i>Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía</i>	<i>Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de</i>	<i>Posta Médica / Farmacia / Naturista</i>
<i>N° promedio de Habitantes</i>	<i>1 - 2 personas</i> <i>3 - 4 personas</i>		<i>5 - 6 personas</i>	<i>7 - 8 personas</i>	<i>9 a más personas</i>
<i>Material predominante en Pisos</i>	<i>Parquet / Laminado / Mármol / Alfombra</i>	<i>Cerámica / Madera Pulida</i>	<i>Cemento Pulido</i>	<i>Cemento sin Pulir</i>	<i>Tierra / Arena</i>
<i>N° promedio de Habitaciones</i>	<i>5 o más</i>	<i>4</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>1 - 0</i>

Esta escala toma en cuenta los principales indicadores para la valoración de estado socioeconómico; de esta manera se logra obtener una adecuada valoración.

ESCOLARIDAD: 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, lo cual causa además una dificultad para el consumo de alimentos de buena calidad y en una frecuencia adecuada (35).

OCUPACIÓN: Las adolescentes en la mayoría de los casos reciben apoyo económico por parte de sus familias, además en algunos de los casos entran al mercado laboral sin embargo se ha evidenciado que los sueldos que reciben son bajos limitando su economía, adicionalmente las jóvenes en pocos casos conocen los gastos que la gestación puede generar (36).

EMBARAZO NO PLANIFICADO: La mayor parte de los embarazos en adolescentes no son planificados lo cual causa un serio conflicto emocional que a su vez influye en el estado fisiológico de la adolescente, alterando sus hábitos alimenticios, ya que al no ser un embarazo planificado las adolescentes las madres se encuentran en una situación de incertidumbre sobre su estado y el proceso de afrontación puede ser más largo que en una mujer adulta (35).

CONTROLES PRENATALES: Si la adolescente está embarazada, generalmente se presentan cambios físicos y hormonales, por lo cual es de mucha importancia que acuda a todos sus controles ya que esto permitirá una valoración completa de su estado general y sobretodo del estado nutricional, lo cual le permitirá al médico un manejo adecuado de la ganancia de peso para lograr un embarazo sano (36).

TRIMESTRE DE EMBARAZO: En el primer trimestre se debe valorar el peso inicial de la adolescente, se le debe explicar cómo manejar sus náuseas y el vómito, también se debe valorar la presencia de metrorragias o embarazo extrauterino.

Durante el Segundo y el Tercer Trimestre se debe valorar la presencia de anemia, infección de vías urinarias, amenaza de parto pre termino, hipertensión gravídica, parto prematuro, distocias, crecimiento intrauterino retardado, también es de mucha importancia explicar cómo será su parto y en que consiste el alumbramiento.

PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS: Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como:

Placenta previa, Enfermedades Hipertensivas del Embarazo, Diabetes Desprendimiento de placenta, infecciones del Tracto Urinario (4).



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar la influencia de los factores biosociales que interviene en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01.

3.2 Objetivos específicos

- Establecer la frecuencia de embarazo en adolescente que llevan sus controles en el Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01.
- Clasificar a las adolescentes embarazadas según edad periodo gestacional, y estado nutricional.
- Determinar cuáles son los principales factores biosociales (Edad, Estado Civil, Escolaridad, Ocupación, Nivel Socio-Económico, Embarazo no planificado, Controles Prenatales, Trimestre de Embarazo, y Patologías Obstétricas.) que intervienen en el estado nutricional de las adolescentes embarazadas.

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo, de todas las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014.

4.2. Área del Estudio.

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01, que se encuentra ubicado en la Av. Huayna Capac 1-212 y Pizar Capac. Cuenca – Ecuador. Teléfonos: 2804491. 2869637.

4.3 Universo y Muestra.

UNIVERSO: El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01.

MUESTRA: Todas las adolescentes Embarazadas entre (10 -19 años) que realizaron sus controles prenatales en el Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014.

4.4. Criterios de Inclusión y exclusión.

Se incluyeron a todas las adolescentes embarazadas entre 10 a 19 años que se realizaron controles prenatales en el Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01.

Se excluyeron a las mujeres embarazadas mayores de 19 años que se realicen sus controles en el Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01.

4.5. Variables del estudio

Variable Dependiente: ESTADO NUTRICIONAL.

Variable Independiente: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

Variabes Controladoras:

- EDAD.
- ESTADO CIVIL.
- NIVEL SOCIO ECONÓMICO.
- ESCOLARIDAD.
- OCUPACIÓN.
- EMBARAZO NO PLANIFICADO
- CONTROLES PRENATALES.
- TRIMESTRE DE EMBARAZO.
- PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS.

4.5.1. Operacionalización de las variables.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Edad	Tiempo de vida desde el nacimiento hasta la fecha.	Físicas.	Años cumplidos.	10- 13. 14-16. 17-19.
Escolaridad	Nivel educativo	Educativa.	Nivel de instrucción terminado.	Ninguno. Primaria. Secundaria.

Nivel Socioeconómico	Posición de un individuo/hogar dentro de una estructura social.	Física.	Instrucción del Jefe de Familia, Acceso a servicios básicos, salud, vivienda, e Ingresos mensuales familiares. Según: Evaluación del nivel Socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque.	A B C D
Ocupación:	Trabajo, oficio u ocupación que realiza una persona.	Físicas	Trabajo o labor que realiza.	Nominal
Estado Civil	Grado de vinculación entre dos personas establecido por la ley.	Físicas.	Estado civil indicado en su documento de identidad.	Soltera. Casada. Unión libre. Divorciadas. Viudas. Separadas.

Embarazo no planificado	Es aquel que se produce sin el deseo y/o planificación, ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos precoitales o de emergencia.	Biológicas	Planificación Previa del embarazo	Sí. No.
Controles prenatales	Es el plan de cuidados y controles médicos habituales para la mujer embarazada.	Físicas.	Número de visitas al médico para valoración del embarazo.	1-3 4-6 7-9 10-11 Más de 11

Patologías obstétricas durante el embarazo.	Son todas aquellas patologías que se producen durante el embarazo y ponen en riesgo la vida de la madre como la del bebe.	Biológicas	Patologías que se hayan producido en el primero, segundo o tercer mes de embarazo.	Enfermedades Hipertensivas del Embarazo. Diabetes. Placenta previa. Desprendimiento de placenta. Infecciones del Tracto Urinario.
Trimestre de Embarazo.	Etapas en las cuales se divide el embarazo	Biológicas.	Semanas de gestación.	Primero (las primeras 13 semanas) Segundo. (de la 14-27 semanas) Tercer. (de la 28 semanas hasta el parto.)

4.6. Métodos Técnicas e instrumentos:

MÉTODO: Se procedió a recolectar la información, para lo cual se solicitó un consentimiento y el asentimiento informado a cada una de las involucradas, una vez que las condiciones del mismo fueron aceptadas se aplicó una encuesta.

TÉCNICA: Mediante la entrevista con las adolescentes embarazadas se procedió a indicar en que consiste la encuesta y de esta manera obtener los

datos necesarios, y la medición directa de la estatura y el peso de las participantes.

INSTRUMENTO: Encuesta (Anexo 1)

4.7. Procedimientos.

Tras la autorización por parte de La Directora del Centro de Salud No 1 del Distrito de Salud 01D01, se procedió a realizar la encuesta para la recolección de los datos durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014. Una vez obtenida la información se procedió a la valoración del estado nutricional mediante el cálculo del % peso/talla y su posterior análisis en la gráfica según la edad gestacional y determinar de esta manera el estado nutricional.

AUTORIZACIÓN.

La solicitud fue dirigida a la Directora del Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 Dra. María José Aguilera. (Anexo 3.)

CAPACITACIÓN.

Para la realización de este proyecto se procedió a la búsqueda de revistas médicas, libros, estudios relacionados con el tema de nuestra investigación estos se buscaron en internet, y en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas, los datos estadísticos se buscaron en la base de datos del INEC, y en Publicaciones del Ministerio de Salud pública del Ecuador, OMS, Unicef.

SUPERVISIÓN.

Dr. Bernardo Vega docente de la Universidad de Cuenca, Escuela de Medicina.

4.8. Plan de tabulación y Análisis.

El análisis se realizó en torno a la comprobación de los objetivos planteados de la investigación, mediante la aplicación de la media aritmética y los promedios de los datos obtenidos..

Los datos recolectados fueron digitalizados en una base de datos SPSS 19.0 para Windows, mediante el cual se generaron tablas de distribución para todas las variables.

4.9. Aspectos Éticos:

La siguiente investigación tuvo la finalidad que se cumplan con los aspectos éticos, se entregó un informe con la debida información obtenida durante el estudio, así como beneficios, posibles riesgos, ante cualquier duda por parte de la población en estudio se dispuso su respuesta de manera personal y también se otorgó el número telefónico de los autores del trabajo de investigación. El consentimiento informado fue entregado por parte de las pacientes tras haber entendido la finalidad del estudio.

Los beneficios para la población fueron los siguientes: conocer cómo está la salud y nutrición de nuestras adolescentes embarazadas. Además se detalló la influencia que tiene el medio en el estado de la gestante, para poder buscar soluciones a esta realidad que es el embarazo en la adolescencia y prevenir complicaciones durante el mismo.

La participación a esta investigación fue gratuita para las participantes y únicamente con fines académicos ya que no se recibió ninguna compensación económica por dicha investigación.

Toda la información que se entregó a los investigadores fue de uso exclusivo para los mismos, y aquellos que intervengan en el proceso de investigación (Anexo 4.)

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

El estudio se llevó a cabo según lo planificado; se recogieron los datos de todas las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo de estudio comprendido entre Septiembre y Noviembre del 2014, que en total sumaron 91 casos cuyas características se presentan a continuación:

5.2 Características generales de la población

5.2.1 Edad

Tabla 1. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre- Noviembre 2014, según edad. Cuenca 2014.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14 - 16 años	11	12,1
17-19 años	80	87,9
Total	91	100,0

\bar{X} = 18,04 años

DE= 1,04 años

Mínimo= 14 años

Máximo= 19 años

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La edad mínima encontrada fue 14 años a partir de esta edad se observa que el grupo de adolescentes de 14-16 años representaron el 12,1% mientras que las pacientes de mayor edad fueron la mayoría con el 87,9%; con una media de 18,04 años al momento de la encuesta; no se presentaron casos en la categoría de entre 10-13 años.

5.2.2 Ocupación

Tabla 2. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre- Noviembre 2014, según ocupación. Cuenca 2014.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Auxiliar Contable	1	1,1
Ayudante de cocina	1	1,1
Cajera	1	1,1
Comerciante	2	2,2
Costurera	1	1,1
Empleada privada	2	2,2
Estilista	2	2,2
Estudiante	37	40,7
QQDD	42	46,2
Secretaria	1	1,1
Servidor publico	1	1,1
Total	91	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

La ocupación de las adolescentes embarazadas fue variada, dentro de las más frecuentes se hallaron los QQDD con el 46,2% y ser estudiante con el 40,7%; se registraron otras ocupaciones que se pueden observar en la tabla 2.

5.2.3 Residencia

La residencia de las pacientes embarazadas fueron varios, con un 6,6% se registraron los siguientes lugares: El Valle, Huayna Capac y Totoracocha, mientras que con un 5,5% los lugares Guapondelig y Ricaurte; se presentaron más de 20 lugares adicionales de residencia de las pacientes, cuyos porcentajes se pueden observar en la sección de Anexos; en casi la totalidad de los casos fueron residentes en la Ciudad o sus parroquias pero también se halló un 1,1% (1 caso) residente en la Ciudad de Loja.

5.2.4 Estado civil

Tabla 3. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre- Noviembre 2014, según estado civil. Cuenca 2014.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	33	36,3
Unión libre	32	35,2
Casada	26	28,6
Total	91	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Se registró que el 36,3% de las pacientes fueron solteras y con el mismo porcentaje las pacientes en unión libre: siendo estos los estados civiles más frecuentes en esta población.

5.2.5 Escolaridad

Tabla 4. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre- Noviembre 2014, según escolaridad. Cuenca 2014.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria completa	42	46,2
Secundaria incompleta	38	41,8
Primaria completa	11	12,1
Total	91	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

En lo que hace referencia al nivel de escolaridad de las adolescentes, se encuentra que el 46,2% presentó secundaria completa; el 41,8% secundaria incompleta y en menor porcentaje la primaria completa.

5.3 Estado nutricional

Tabla 5. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre- Noviembre 2014, según estado nutricional. Cuenca 2014.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
A (Bajo peso)	28	30,8
B	25	27,5
D	22	24,2
C	16	17,6
Total	91	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Tras realizar la valoración del peso y talla y su posterior análisis según el procedimiento de la OMS para el cálculo de % peso/talla y posteriormente su valoración según la edad gestacional se encontró que el 30,8% de las adolescentes embarazadas presentaron una categoría nutricional A (Bajo peso); el 27,5% categoría B (Normal), se estableció también una prevalencia de sobrepeso de 17,6% y Obesidad de 24,2%.

5.4 Características del embarazo

5.4.1 Planificación del embarazo

Tabla 6. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre- Noviembre 2014, según planificación del embarazo. Cuenca 2014.

Embarazo planificado	Frecuencia	Porcentaje
No	72	79,1
Si	19	20,9
Total	91	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El 79,1% de las adolescentes embarazadas refirieron que su embarazo no fue planificado.

5.4.2 Edad de embarazo

Tabla 7. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre- Noviembre 2014, según edad de embarazo. Cuenca 2014.

Edad del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
14-16 años	10	11
17-19 años	81	89
Total	91	100,0

\bar{X} = 17,21 años

DE= 0,71 años

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La media de edad de las adolescentes al momento del embarazo fue 17,21 años; con el 89% de la población presento su embarazo entre los 17-19 años.

5.4.3 Trimestre del embarazo

Tabla 8. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre- Noviembre 2014, según trimestre de embarazo. Cuenca 2014.

Trimestre del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Primero	32	35,2
Segundo	30	33,0
Tercero	29	31,9
Total	91	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El 33% de la población de adolescentes al momento de la encuesta se encontraba en el segundo trimestre de embarazo.

5.4.4 Número de controles prenatales

Tabla 9. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre- Noviembre 2014, según controles prenatales. Cuenca 2014.

Controles prenatales	Frecuencia	Porcentaje
1 a 3	47	51,6
4 a 6	25	27,5
7 a 9	18	19,8
10 a 11	1	1,1
Total	91	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Más de la mitad de la población es decir el 51,6% ha llevado a cabo entre 1 a 3 controles prenatales durante el periodo que lleva su embarazo lo que representa la mayoría de la población; la minoría el 1,1% tenía hasta el momento de la encuesta entre 10 y 11 controles prenatales.

5.4.5 Patologías durante el embarazo

Tabla 10. Distribución de 36 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según patologías. Cuenca 2014.

Enfermedad	Frecuencia*	Porcentaje*
Desprendimiento de placenta	15	16,5
ITU	18	19,8
Otros	3	3,3

* La frecuencia y el porcentaje no suman el 100% en vista que se tabulan los casos positivos de las patologías; y una paciente pudo presentar más de una patología.

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Analizando las patologías que las adolescentes habían presentado, las mas frecuente fue la infección del tracto Urinario (ITU) con el 19,8%; también existió un 16,5% de pacientes que sufrieron desprendimiento de placenta; un 3,3% otras patologías como: APP, Infección vaginal y Anemia.

5.5 Componentes socioeconómicos

5.5.1 Grado de instrucción del jefe de familia

Tabla 11. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según grado de instrucción del jefe de familia. Cuenca 2014.

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Estudios universitarios completos	14	15,4
Estudios universitarios incompletos	7	7,7
Primaria completa o incompleta	15	16,5
Secundaria completa	41	45,1
Secundaria incompleta	13	14,3
Superior no universitaria-Institutos superiores	1	1,1
Total	91	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Casi la mitad de las adolescentes embarazadas presentaron un jefe de familia con un grado de instrucción de Secundaria completa con el 45,1%; el 1,1% de la población refirió que el jefe de familia presentó un nivel de instrucción superior no universitaria o institutos superiores.

5.5.2 Accesos a los servicios de salud

Tabla 12. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según accesos a servicios de salud. Cuenca 2014.

Acceso	Frecuencia	Porcentaje
Hospital del Ministerio de Salud Pública/Hospital Solidario	61	67,0
Medico particular en clínica privada	7	7,7
Medico particular en consultorio	11	12,1
Seguro social/Hospital de las FFAA/Hospital de la Policía	12	13,2
Total	91	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

El 67% de la población adolescente accede a un Hospital del Ministerio de Salud Pública u Hospital Solidario; también de manera general se observa que la totalidad de la población estudiada posee un acceso a los servicios de salud.

5.5.3 Otros componentes de valoración del nivel socioeconómico

Tabla 13. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según salario mensual, número de habitaciones, número de habitantes y material predominante del piso en el hogar, número de habitantes. Cuenca 2014.

	Ítem de valoración	Frecuencia	Porcentaje
Salario mensual familiar	Entre 340 - 800 dólares	31	34,1
	Entre 800 - 1500 dólares	7	7,7
	Más de 1500 dólares	6	6,6
	Menos de 340 dólares	47	51,6
	Total	91	100
Numero de dormitorios	0 a 2	55	60,4
	3 a 4	32	35,2
	5 o mas	4	4,4
	Total	91	100
Número de personas que habitan	1 a 3	52	57,1
	4 a 5	34	37,4
	6 a 9 o mas	5	5,5
	Total	91	100
Tipo de material	Cemento pulido/Tablón	23	25,3
	Cemento sin pulir	11	12,1
	Losado/Cerámica	29	31,9
	Parquet, madera pulida, alfombra, mármol	24	26,4
	Tierra/Arena	4	4,4
	Total	91	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

Más de la mitad de la población recibe una remuneración mensual menor al SMV ecuatoriano; es decir USD 340; en lo que hace referencia a la mayor cantidad de ingresos el 6,6% de embarazadas presentan un ingreso de Mas de 1500 USD al mes

Se observa que el 60,4% de la población reside en un hogar que dispone entre 0 a 2 dormitorios siendo esta la mayoría de la población.

La mayoría de la población, el 57,1% refirió que en el hogar viven entre 1 a 3 personas; pero también se presentó un 5,5% de casos en los cuales existían entre 6 a 9 o más personas habitando el hogar.

En lo que hace referencia al tipo de material utilizado en la construcción del domicilio el 31,9% fue Losado o cerámica siendo la mayoría de la población beneficiaria de este tipo de materiales; el 4,4% de las viviendas poseen un piso de tierra o arena siendo la minoría.

5.6 Nivel socio económico

La valoración de esta variable se realiza en base a la escala adaptada en una población de Lambayeque, que considera 5 componentes para su análisis y califica el estado socioeconómico en 5 categorías (A,B,C,D y E); los componentes ya fueron descritos en las páginas anteriores, a continuación se presenta su agrupación y análisis.

Tabla 17. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según nivel socio económico. Cuenca 2014.

Nivel socio económico	Frecuencia	Porcentaje
D	20	22,0
C	62	68,1
B	9	9,9
Total	91	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores

La mayoría de la población de adolescentes embarazadas corresponden con el Nivel C lo que quiere decir que mayoritariamente: poseen un jefe de hogar con nivel de instrucción superior, superior no universitario, acude a sus consultas médicas a servicios de salud públicos, residen entre 4 a 5 personas en el hogar con una vivienda de piso de cemento pulido y con un mínimo de 3 habitaciones en su hogar; no se registraron pacientes con nivel socioeconómico A (más elevado) tampoco del nivel E (más bajo).

5.7 Análisis del estado nutricional y factores biosociales

5.7.1 Estado nutricional y edad

Tabla 18. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según edad y estado nutricional. Cuenca 2014.

Edad	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
14-16 años	4	36,4	2	18,2	3	27,3	2	18,2	1,3	0,7
17-19 años	24	30	23	28,7	13	16,3	20	25		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Se puede observar que la población más joven es decir de 14 a 16 años presentó mayor frecuencia de bajo peso con un 36,4%; esta población también presentó mayor frecuencia de sobrepeso con el 27,3% y la obesidad fue mayor en pacientes de 17 a 19 años con el 25%; estos resultados no son estadísticamente significativos.

5.7.2 Estado nutricional y estado civil

Tabla 19. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según estado civil y estado nutricional. Cuenca 2014.

Estado civil	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Casada	5	19,2	6	23,1	6	23,1	9	34,6	8	0,23
Soltera	15	45,5	9	27,3	3	9,1	6	18,2		
Unión libre	8	25	10	31,3	7	21,9	7	21,9		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

Se puede observar que la población soltera presentó mayor frecuencia de bajo peso, pero presenta poca frecuencia de sobrepeso y obesidad.

5.7.3 Estado nutricional y escolaridad

Tabla 20. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según escolaridad y estado nutricional. Cuenca 2014.

Escolaridad	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Primaria completa	2	18,2	3	27,3	1	9,1	5	45,5	4,8	0,56
Secundaria completa	12	28,6	13	31	9	21,4	8	19		
Secundaria incompleta	14	36,8	9	23,7	6	15,8	9	23,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La población con un bajo nivel de instrucción, es decir las pacientes con primaria completa presentaron la mayor frecuencia de obesidad con el 45,5%; las pacientes con secundaria incompleta presentaron mayor frecuencia de bajo peso con el 36,8%.

5.7.4 Estado nutricional y edad del embarazo

Tabla 21. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según estado nutricional y edad del embarazo. Cuenca 2014.

Edad	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
14-16 años	5	50	2	20	1	10	2	20	2,02	0,56
17-19 años	23	28,4	23	28,4	15	18,5	20	24,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La mitad de la población que se embarazo entre los 14-16 años presento bajo peso; mientras que los demás trastornos del estado nutricional fueron más frecuentes en la población de 17 a 19 años.

5.7.5 Estado nutricional y trimestres del embarazo

Tabla 22. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según trimestre del embarazo y estado nutricional. Cuenca 2014.

Trimestre	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Primero	14	43,8	8	25	4	12,5	6	18,8	7,08	0,31
Segundo	8	26,7	8	26,7	8	26,7	6	20		
Tercero	6	20,7	9	31	4	13,8	10	34,5		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

El bajo peso se evidenció más en la población que se encontraba en su primer trimestre del embarazo y la obesidad en la población que tenía el tercer trimestre del embarazo.

5.7.6 Estado nutricional y cantidad de controles prenatales

Tabla 23. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según controles prenatales y estado nutricional. Cuenca 2014.

CPN	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
1 a 3	18	38,9	15	31,9	8	17	6	12,6	12,45	0,18
4 a 6	6	24	4	16	6	24	9	36		
7 a 9	4	22,2	5	27,8	2	11,1	7	38,9		
10 a 11	0	0	1	100	0	0	0	0		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La frecuencia de desnutrición fue mayor en la población que tenía la menor cantidad de controles prenatales (1 a 3 CPN) con el 38,9%; la obesidad en las pacientes con 7 a 9 CPN y el sobrepeso en las pacientes con 4 a 5 CPN. Esta situación podría explicarse por la edad gestacional en la cual se hallaron las gestantes, los controles prenatales no se asocian con el estado nutricional.

5.7.7 Estado nutricional y nivel de escolaridad del jefe de familia.

Tabla 24. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según escolaridad del jefe de familia y estado nutricional. Cuenca 2014.

Instrucción	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Estudios universitarios completos	5	35,7	4	28,6	1	7,1	4	28,6	15,17	0,43
Estudios universitarios incompletos	2	28,6	3	42,9	2	28,6	0	0		
Primaria completa o incompleta	3	20	3	20	3	20	6	40		
Secundaria completa	12	29,3	10	24,4	8	19,5	11	26,8		

Secundaria incompleta	6	46,2	5	38,5	1	7,7	1	7,7		
Superior no universitaria- Institutos superiores	0	0	0	0	1	100	0	0		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La desnutrición fue más frecuentemente observada en la población de mujeres cuyo jefe de hogar tenía un nivel de instrucción de secundaria incompleta; que justamente es el nivel de instrucción más bajo observado en nuestra población.

5.7.8 Estado nutricional y acceso a la salud.

Tabla 25. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según acceso a la salud y estado nutricional. Cuenca 2014.

Atención medica	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hospital del Ministerio de Salud Pública/Hospital Solidario	13	21,3	18	29,5	3	21,3	17	27,9	12,9	0,16
Medico particular en clínica privada	2	28,6	3	42,9	0	0	2	28,6		
Medico particular en consultorio	6	54,5	3	27,3	1	9,1	1	9,1		
Seguro social/Hospital de las FFAA/Hospital de la Policía	7	58,3	13	83,3	2	16,7	2	16,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

En la población que posee acceso a medico particular en consultorio más de la mitad es decir el 54,5% presentó desnutrición; el 21,3% de las pacientes que se atienden en Hospitales públicos poseen sobrepeso y el 28,6% de pacientes que se atienden con médico particular y el clínica privada posee obesidad.

5.7.9 Estado nutricional y número de personas que habitan el domicilio

Tabla 26. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según número de personas que habitan el domicilio y estado nutricional. Cuenca 2014.

Número de personas	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
1 a 3	15	28,8	16	30,8	10	19,2	11	21,2	2,88	0,82
4 a 5	11	32,4	7	20,6	6	17,6	10	29,4		
6 a 9 o mas	2	40	2	40	0	0	1	20		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La frecuencia de desnutrición aumenta progresivamente a medida que lo hace el número de integrantes familiares que viven en la casa; mientras que el sobrepeso es mayor en la población con menor cantidad de integrantes familiares.

5.7.10 Estado nutricional y número de dormitorios

Tabla 27. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según número de dormitorios y estado nutricional. Cuenca 2014.

Habitaciones	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
0 a 2	15	27,3	14	25,5	10	18,2	16	29,1	6,75	0,34
3 a 4	10	31,3	11	34,3	6	18,8	5	15,6		
5 o mas	3	75	0	0	0	0	1	25		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

En la población de adolescentes que poseen en su hogar 3 a 4 habitaciones la desnutrición se presentó en el 31,3%; mientras que la obesidad fue más

frecuente en la población con menor número de habitaciones es decir de 0 a 2 dormitorios.

5.7.11 Estado nutricional y salario mensual

Tabla 28. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según salario mensual y estado nutricional. Cuenca 2014.

Salario	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Entre 340 - 800 dólares	11	35,5	7	22,6	8	25,8	5	18,1	11,45	0,24
Entre 800 - 1500 dólares	1	14,3	5	71,4	0	0	1	14,3		
Más de 1500 dólares	2	33,3	2	33,3	1	16,7	1	16,7		
Menos de 340 dólares	14	29,8	11	23,4	7	14,9	15	31,9		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

En la población con menores ingresos mensuales, es decir que gana menos del salario mínimo vital la frecuencia desnutrición fue de 29,8%; de sobrepeso de 14,9% y obesidad 31,9%.

5.7.12 Estado nutricional y planificación del embarazo

Tabla 29. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 durante el periodo Septiembre-Noviembre 2014, según planificación del embarazo y estado nutricional. Cuenca 2014.

Planificación	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
No	24	33,3	18	25	13	18,1	17	23,6	1,59	0,66
Si	4	21,1	7	36,8	3	15,8	5	26,3		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

La desnutrición fue mayor en pacientes cuyo embarazo no fue planificado con el 33,3%; al igual que el sobrepeso con el 18,1% sin embargo la obesidad fue menor en esta población.

5.7.13 Estado nutricional y nivel socio económico

Tabla 30. Distribución de 91 adolescentes embarazadas atendidas en El Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01 según nivel socio económico y estado nutricional. Cuenca 2014.

NSE	Estado nutricional								Chi cuadrado	p
	A		B		C		D			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
D	7	35	3	15	3	15	7	35	4,3	0,62
C	18	29	18	29	12	19,4	14	22,6		
B	3	33,3	4	44,4	1	11,1	1	11,1		

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores

En la población con el nivel socio económico más bajo es decir D la prevalencia de desnutrición es de 35% (la más alta de todos los grupos); el sobrepeso y la obesidad fue mayor en la categoría C.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Se ha discutido sobre la prevalencia de embarazo adolescente en nuestra población; también se ha demostrado que los factores socio demográficos y económicos repercuten de manera directa en la población adolescente; en nuestra población la media de edad de las adolescentes embarazadas fue de 18,04 años con una desviación estándar de 1,04 años; se puede observar que la media de esta variable es elevada al momento de la encuesta la mayoría de embarazadas pertenecían al grupo de adolescencia tardía; Guevara (4) encontró en su estudio en la Ciudad de Cuenca que el 46,2% de las madres presentaban embarazos en la adolescencia tardía, al igual que en nuestra población; dejando un 5,8% para las adolescentes de menor edad al respecto en nuestra población este porcentaje fue más elevado con el 12,1% del total de la población.

Celi y colaboradores (37) presentan un trabajo llevado a cabo en el Hospital Enrique Sotomayor donde demuestran que el 26% de las embarazadas adolescentes presentaron una edad de 17 años y el 24% de 18 años; en nuestro estudio también se encontró características similares de distribución de la frecuencia de edad; estos autores también mencionan que el 30% de la población presentó su embarazo a los 14 años y el 23% a los 15 años; en nuestra población los datos se mantienen no alejados de este estudio.

González y Molina (38) presentan los resultados de su estudio mencionan que El tiempo de tener un hijo puede ser una de las elecciones más primordiales que los individuos hacen, debido a las serias implicaciones que tiene para el bienestar material y psicológico tanto de los padres como de los hijos.

La maternidad en la adolescencia ha recibido importante atención, mediante la implantación de políticas destinadas a reducir la morbilidad de los recién nacidos y de la propia madre, más aun conociendo las características sociales que mayormente presentan esta población adolescente como: que el 58,4% de las madres adolescentes presentaba un estado civil solteras al igual que en

nuestra población las adolescentes solteras fueron la mayor población con el 36,3% en nuestra población también llama la atención que el 35,2% de adolescentes presentaban unión libre lo que indica la distribución aun mayor y reciente de este estado civil en muestras adolescentes, algo que hace algunos años no se presentaba (38).

En el año 2010, Espín y León (39) mencionan que el rápido aumento de la población de adolescentes y la proporción creciente de las jóvenes que quedan embarazadas constituye un problema actual de salud de importancia indiscutible en todo el mundo debido a las múltiples complicaciones del embarazo en este grupo: parto pre término, toxemia, anemia y recién nacido de bajo peso al nacer, entre otras; además de las repercusiones sociales desfavorables: deserción escolar, carencia de madurez para atender y educar adecuadamente a su hijo y la imposibilidad de proporcionarle un hogar seguro y estable emocionalmente; además encontraron que el 44.0% de la muestra correspondió a la etapa media de la adolescencia, mientras que el 56.0% representó la etapa tardía; predominó el estado civil soltero (54.0%), el nivel escolar secundario (80.0%), seguido del preuniversitario (14.0%) y, en menor cuantía, el primario (6.0%). El comportamiento de la ocupación en las embarazadas adolescentes se registró de la siguiente manera: ocho estudiantes (16.0%), siete trabajadoras (14.0%) y, el mayor porcentaje, amas de casa, 35 (70.0%); al respecto vemos que en nuestra población sigue el patrón de las características mencionadas y encontradas por este estudio.

Espín y León (39) también mencionan que en el estudio de las enfermedades asociadas al embarazo se observó que 12 (24.0%) presentaron bajo peso en la captación, ocho amenaza de aborto (16.0%), 26 anemia (52.0%), 10 infección urinaria (20.0%), 22 infección vaginal (44.0%); en nuestra población las enfermedades infecciosas fueron las más frecuentes (ITU) y no se corroboran con lo encontrado en la población que estudiaron estos autores.

Magalhaes y colaboradores (40) tras revisar 2058 prontuarios que del total de partos, el 25,95% eran de adolescentes. Promedio de edad fue de 17,19 años; 35,50% de las gestantes se declararon sin pareja ($p=0,017$). Escolaridad, el

15,83% eran analfabetas o poseían la escuela primaria incompleta y el 29,68% declaro tener más de 8 años de estudio; al respecto observamos que los datos se asemejan a los encontrados en nuestra población en lo que hace referencia a la edad, sin embargo no coincide con el nivel de escolaridad donde en nuestra población se presenta un nivel más elevado de instrucción; esto refleja la variabilidad que existe entre las poblaciones.

En nuestra población encontró que el 30,8% de las adolescentes embarazadas presentaron una categoría nutricional A (Bajo peso); el 27,5% categoría B (Normal), se estableció también una prevalencia de sobrepeso de 17,6% y Obesidad de 24,2%; en lo que hace referencia a la desnutrición, Romano y colaboradores (41) tras llevar a cabo su estudio en 278 gestantes embarazadas que al menos el 17,63% de las adolescentes presentaron desnutrición; al respecto de nuestra población observamos que esta frecuencia es casi la mitad de la nuestra lo que indica un alto nivel de desnutrición encontrado en nuestra población; Rivas y colaboradores (42) en un estudio colombiano mencionan que la desnutrición en la madres adolescentes es un problema frecuente pero que tendría más repercusión en las adolescentes; además mencionan que la prevalencia es elevada (aunque no establece un valor).

En el año 2013, Zapata y colaboradores (43) en un estudio en Brasil encontraron que a mayor probabilidad de presentar bajo peso gestacional la tuvieron aquellas gestantes cuyas familias devengaban menos de un salario mínimo (OR = 5,8; IC 95%: 1,97-16,8). En nuestra población esta situación no se replica, aunque se podría presumir que a menor ingreso económico mayor tasa de desnutrición en las adolescentes nuestras se halló que el 29,8% de las familias que ganan menos de un SMV presentaron adolescentes embarazadas con desnutrición; la mayor tasa de desnutrición fue para el grupo que ingresaba entre 340 y 800 dólares cada mes.

Zapata y colaboradores (43) también encontraron que ser menor de 15 años aumentó cuatro veces la probabilidad bajo peso gestacional; en nuestra población también se encontró que la menor edad (14-16 años) posee un 50%

de desnutrición haciéndola una población más en riesgo; estos autores concluyen que los ingresos y la edad cronológica se asociaron con el bajo peso gestacional.

Ningún factor se asoció con la presentación de desnutrición, obesidad o sobrepeso ($p > 0,05$).

En lo que respecta al sobrepeso y obesidad en nuestra población se encontró una prevalencia de sobrepeso de 17,6% y Obesidad de 24,2%; al respecto se apunta que Jiménez y Suarez (44) en el año 2011 encontraron que del total de mujeres embarazadas el 21,7% inician su gestación con sobrepeso y el 7,0% eran obesas. La edad promedio de las gestantes con sobrepeso y obesas fue mayor al igual que la ganancia de peso superior a la ideal recomendada; son porcentajes bajos en comparación con nuestra población sin embargo estos valores son al inicio de la gestación.

Según la valoración del estado socio económico se encontró que el 68,1% de las madres adolescentes presentaron un nivel socioeconómico C; el 22% nivel D y el 9,9% Nivel B; no se registraron niveles A ni E; al respecto el INEC (45) consideró que la distribución del estado socio económico de las familias ecuatorianas es el que sigue: la encuesta reflejó que los hogares de Ecuador se dividen en cinco estratos, el 1,9% de los hogares se encuentra en estrato A, el 11,2% en nivel B, el 22,8% en nivel C+, el 49,3% en estrato C- y el 14,9% en nivel D. Para esta clasificación se utilizó un sistema de puntuación a las variables. Las características de la vivienda tienen un puntaje de 236 puntos, educación 171 puntos, características económicas 170 puntos, bienes 163 puntos, TIC's 161 puntos y hábitos de consumo 99 puntos. Aunque las metodologías de cálculo son diferentes entre el estudio del INEC y el nuestro se evidencia que existen similitudes en la distribución de niveles.

En las adolescentes se han reportado dietas deficientes en varios componentes nutricionales. Estos hallazgos sugieren que el bajo aporte de energía observado durante esta primera etapa del embarazo en el grupo de adolescentes, sumado a un aporte inadecuado de proteínas y micronutrientes pudiera relacionarse no solo con hábitos alimentarios inadecuados, sino



también con la presencia de factores característicos en esta etapa del embarazo (náuseas y vómitos) y con un bajo nivel socioeconómico; lo que corrobora lo encontrado en nuestra población donde el nivel socio económico no influye en el estado nutricional.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Durante el periodo comprendido desde septiembre a diciembre del 2014 se evaluaron 91 adolescentes embarazadas con una media de edad de 18,04 años y una desviación estándar de 1,04 años; en la mayoría de los casos estas adolescentes fueron amas de casa 46,2%; residentes en Cuenca, solteras 36,3%; con un nivel de secundaria completa 46,2%, y el 35,2% se encontraban cursando el primer trimestre de embarazo, razón por la que el 38,9% de las mismas solo se había realizado de 1 a 3 controles prenatales.
- En cuanto a las patologías obstétricas, se determinó 36 adolescentes embarazadas de las 91 en las cuales las infecciones del tracto urinario fueron las más representativas con 19,8%.
- La valoración del estado nutricional reveló que el 30,8% de las adolescentes embarazadas presentaron una categoría nutricional A (Bajo peso); el 27,5% categoría B (Normal), se estableció también una prevalencia de sobrepeso de 17,6% y Obesidad de 24,2%.
- Según la valoración del estado socio económico se encontró que el 68,1% de las madres adolescentes presentaron un nivel socioeconómico C; el 22% nivel D y el 9,9% Nivel B; no se registraron niveles A ni E.
- Al analizar la relación entre los factores bio sociales encontramos que ninguno de ellos influencia o se asocia con el estado nutricional materno, chi cuadrado no significativo.

7.2 RECOMENDACIONES

- El embarazo en adolescentes se trata de un problema de salud pública en la actualidad, en la génesis de éste se encuentran factores bio sociales y económicos por lo que se debe evaluar constantemente estos factores en la población adolescente.



- Se debe crear una cultura de participación en los adolescentes para poder visibilizar el problema del embarazo adolescente en nuestra población.
- Crear ambientes de apoyo a las adolescentes embarazadas, pues aunque en nuestro estudio no se demostró estadísticamente la influencia de los factores de riesgo, en la práctica se debe estar atentos a la existencia de dichos factores.

CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Salud de los adolescentes. Temas de Salud. Página Web de la OMS. 2014. Disponible en:
http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
2. UNICEF Ecuador. Adolescencia. Situación de la niñez en el Ecuador. Página Web UNICEF. 2010. Disponible en:
http://www.unicef.org/ecuador/children_5498.htm
3. Organización Mundial de la Salud. OMS. El embarazo en la adolescencia. Centro de prensa. Nota descriptiva N° 364. 2014. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
4. Guevara O. Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores psicosociales asociados en colegios de Cuenca-Ecuador 2012. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Postgrado de Ginecología y Obstetricia. Cuenca 2013. Disponible en:
<http://cdjbv.ucuenca.edu.ec/ebooks/doi876.pdf>
5. Svetla N, Dellan j, Toro J. Estado nutricional de las adolescentes embarazadas: relación con el crecimiento fetal. Rev Obstet Ginecol Venez v.66 n.4 Caracas dic. 2006. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0048-77322006000400005&script=sci_arttext
6. Jácome P. Manejo de la Nutrición en adolescentes embarazadas. V Curso Internacional de Adolescencia SAIA HGGOIA. Quito. 2008. Disponible en:
<http://www.prenatal.tv/lecturas/mod5/con5.pdf>
7. Peña A., Liseti S. “Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada”. 2003 URL disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000406222003000200004&script=sci_arttext.
8. INEC. Sistema integrado de Consultas. Redatam. Censo de Población y Vivienda 2010. Disponible en:
<http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>
9. Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramerica. En Ecuador hay 122.301 madres adolescentes, revela el INEC. 2013. Disponible en:
<http://www.andes.info.ec/es/economia/ecuador-hay-122301-madres-adolescentes-revela-inec.html>



10. Cazar J. Estado nutricional del recién nacido y factores de riesgo en adolescentes embarazadas de 10 a 19 años. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Post grado de Pediatría. 2010. Disponible en: <http://dSPACE.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3951/1/MEDP05.pdf>
11. Situación del embarazo adolescente en Argentina, en el día mundial de la población. Julio de 2013, URL disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/Embarazo_adolescente_Argentina-VB.pdf.
12. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2014. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “La adolescencia”. Una época de oportunidades. Febrero de 2011. URL disponible en: http://www.unicef.org/devpro/files/SOWC_2011_Main_Report_SP_02092011.pdf.
14. Manuel R., (2003) “Sexualidad en Niños y Adolescente”. De lo tradicional en sexualidad al concepto moderno del afecto, (Gatos Gemelos Ltda). Primera edición. Bogotá- Colombia. Pp 17,32,61, 62, 63,64,65
15. Gutiérrez E, Osorio P. Modernización y transformaciones de las familias como procesos del condicionamiento social de dos generaciones. Última década. v.16 n.29 Santiago dic. 2008. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22362008000200006&script=sci_arttext
16. Bermúdez D. La adolescencia. 2013. Disponible en: https://prezi.com/6pek95qc-o_r/la-adolescencia/
17. Dueñas M. La adolescencia: sus características fisiológicas, psicológicas y sociológicas. 2011. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/7299/Adolescencia--caracteristicas-fisiologicas-psicologicas-sociologicas.html>
18. Romero M. Embarazo en la adolescencia. Curso Salud y Desarrollo del Adolescente. Universidad Católica de Chile. 2008. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.html>
19. Organización Mundial de la Salud. OMS. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2009. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>

20. Ministerio de Inclusión Económica y Social. MIES. Dirección de la Juventud. La región Andina, REMMSA y preocupación del Gobierno Nacional. 2010. Disponible en:

<http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>

21. Mardones F. Existe una sola curva de ganancia de peso durante el embarazo. Pontificia Universidad Católica de Chile. Universidad de Nueva León. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. 2006. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/vii/2/editorial/editorial-mardones.htm>

22. Dirección de Salud Materno Infantil. Dirección Nacional de Atención Médica. Subsecretaría de Salud Comunitaria. Grafica de incremento de peso para embarazadas. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sarda.org.ar%2Fcontent%2Fdownload%2F480%2F2634%2Ffile%2F123-126.pdf&ei=7U6YVI7KD82yyATzqIKgAw&usg=AFQjCNFA2cg9AkuRJPdscEWWTcdyTjMrQ&bvm=bv.82001339,d.aWw>

23. Witriw A. Evaluación Nutricional. Universidad de Buenos Aires. Argentina. 2008. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/nutrievaluacion/TEORICO%20ANTROPOMETRIA%20FINAL.pdf>

24. Zambrano N. Causas de desnutrición en las adolescentes embarazadas que acuden a la Consulta Externa del Hospital José Garcés Rodríguez, Cantón Salinas, Provincia de Santa Elena 2011-2012. Universidad Estatal. Península de Santa Elena. 2012. Disponible en: <http://www.repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/880/1/ZAMBRA%20REYES%20NELLY.pdf>

25. Alonzo A, Franco G. La terapia nutricia en obstetricia en preconcepción y embarazo en las mujeres de 14 a 30 años del Subcentro "San Cristóbal" de Portoviejo de Agosto 2012 a Enero 2013. Universidad Técnica de Manabí. 2012. Disponible en: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/1942/1/FCSTG,LND-0004.pdf>

26. Ramírez M. Estado nutricional materno y sus efectos sobre el recién nacido, en las usuarias que acuden al Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo Enero a Junio de 2011. Universidad Nacional de Loja. 2012. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6366/1/Ram%C3%ADrez%20%20Gallardo%20Mar%C3%ADa%20Eugenia.pdf>

27. Delgado M, Sabando L. Estado nutricional y complicaciones maternas en adolescentes que asisten al control prenatal en el SCS "San Cristóbal". Portoviejo, Junio-Noviembre 2012. Universidad Técnica de Manabí. 2013. Disponible en:
<http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/1955/1/FCSTG,LND-0017.pdf>
28. Hodgson M. Evaluación Nutricional. Riesgos nutricionales. Pontificia Universidad Católica de Chile. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion06/M2L6Leccion.html>
29. Restrepo S, Zapata N, Parras B, et al. Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. Archivos Latinoamericanos de Nutrición. Año 2014, Volumen 64 Número 2. Disponible en: <http://www.alanrevista.org/ediciones/2014/2/?i=art4>
30. Masuche J. Estado nutricional de las adolescentes embarazadas que acuden al control prenatal, en el Servicio de Atención Integral para adolescentes del Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora". Universidad Técnica Particular de Loja. Escuela de Medicina. 2011. Disponible en:
<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2723/1/Tesis%20de%20Masache%20Paredes%20Jose%20Hernan.pdf>
31. Quintero R, Muñoz N, Arvarez L, et al. Nutritional status and food safety in teenage pregnant women. Pereira, Colombia, 2009. Invest. educ. enferm vol.28 no.2 Medellín July/Dec. 2010. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072010000200007&script=sci_arttext
32. Bohórquez L, Vargas M, López E, et al. Estado nutricional de adolescentes embarazadas de un Centro asistencial de Maracaibo, estado Zulia, Venezuela. Revista Síndrome.. 2012. Disponible en:
http://www.revistasindrome.com/rev_sindrome1_2013/estado_nutricional.pdf
33. López. J, Lugones. M, Valdespino. L, Ambrosio S. "Aspectos Psicosociales del Embarazo en la Adolescencia". Revista Cubana de Medicina Generar. La Habana- Cuba. Abril del 2005. URL disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi313-405.htm
34. Menacho C, "Embarazo Adolescente", El Centro de Tesis, Documentos, Publicaciones y Recursos Educativos más amplio de la Red. 2005. URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos32/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>



35. León P, Minassian M, Borgoño R, “Embarazo en la Adolescencia”, Revista Pediátrica Electronica, Universidad de Chile Servicio Salud Metropolitano Norte, Facultad de Medicina Hospital Clínico de Niños, Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Chile, 2008. URL disponible en: http://revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/5_EMBARAZO%20ADOLESCENTE.pdf
36. Atom R, “Embarazo en Adolescentes”, Capitulo 2 Durante el Embarazo, México DF, Mayo del 2010. URL disponible en: http://embarazo-adolescente-n.blogspot.com/2010/05/capitulo-2-durante-el-embarazo_03.html
37. Celi R, Hidalgo L, Chedraui P, et al. Factores etiológicos y epidemiológicos en adolescentes embarazadas. Hospital Gineco Obstétrico Enrique C. Sotomayor. Area Tocoquirurgica. 2008. Disponible en: <http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/Factores-etiologicos-epidemiologicos-adolescentes-embarazadas.pdf>
38. González E, Molina T. Características de la maternidad adolescentes de madres a hijas. Rev. chil. obstet. ginecol. v.72 n.6 Santiago 2007. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262007000600004&script=sci_arttext
39. Espin R, León C. Caracterización clínica y epidemiológica del embarazo en la adolescencia. Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Acta Médica del Centro, Vol. 4, No. 2, 2010. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r2_10/caracterizacion.htm
40. Magalhaes M, matar R, Furtado F, et al. Características epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Estudio en la Maternidad Escuela de Fortaleza / Brasil. REV SOGIA 2005; 12(2): 49-70. Disponible en: <http://www.cemera.cl/sogia/pdf/2005/XII2epidemiologicas.pdf>
41. Romano M, Contle P, Barboza B, et al. Desnutrición en gestantes adolescentes y su relación con bajo peso. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 187 – Noviembre 2008. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista187/1_187.pdf
42. Rivas E, Álvarez R, Mejía G. Evaluación nutricional en un grupo de adolescentes embarazadas en Cartagena, Colombia. Estudio de Corte transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 56, núm. 4, 2005, pp. 281-287. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214317003.pdf>
43. Zapata N, Restrepo S. Factores asociados con el índice de masa corporal materno en un grupo de gestantes adolescentes, Medellín, Colombia. Cad. Saúde Pública vol.29 no.5 Rio de Janeiro May 2013. Disponible en:



http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000500010&script=sci_arttext

44. Jiménez S, Rodríguez A. Sobrepeso y obesidad en embarazadas cubanas. Artículo original. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. Nutr. clín. diet. hosp. 2011; 31(3):28-34. Disponible en:

http://www.nutricion.org/publicaciones/revista_2011_03/sobrepeso-obesidad.pdf

45. INEC. Encuesta de Estratificación del Nivel Socio económico. Disponible en:

http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=90&



CAPITULO IX

9. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA.

FACTORES BIOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 DEL DISTRITO DE SALUD 01D01.

FECHA:

RESPONSABLES: Ana Belén Clavijo, Ana Gabriela Díaz, Mauricio Sarmiento.

1. Edad: **3. Talla:**

2. Peso: **4. IMC:**

5. Ocupación:

6. Lugar de residencia:

7. Estado Civil:

Soltera **Casada** **Unión Libre** **Divorciada** **Otro** .

8. Escolaridad:

Primaria Incompleta **Primaria Completa**

Secundaria Incompleta **Secundaria Completa** **Ninguna**

9. ¿Tu embarazo fue planificado?

Sí **No**



10. A qué edad quedaste embarazada?

10- 12.

13-15.

16-19.

11. ¿Cuál trimestre de embarazo estas cruzando?

Primero (1 a 3 meses).

Segundo (4 a 6 meses).

Tercero (7 a 9 meses).

12. ¿Cuántos controles prenatales has tenido?

1-3

4-6

7-9

10-11

Más de 11

13. Has tenido alguna patología ginecológica previa a tu embarazo?

Enfermedades Hipertensivas del Embarazo.

Placenta previa.

Diabetes.

Desprendimiento de placenta Infección de Vías Urinarias.

Otros.

Si su respuesta es otras especifique cuales:

Los siguientes ítems nos permitirán valorar en Nivel Socio-Económico, según categorías en la versión modificada 2011-2012. Escala adaptada en una población de Lambayeque.

14. ¿Cuál es el grado de estudio del Jefe de Familia?

1. Primaria completa o Incompleta.
2. Secundaria Incompleta.
3. Secundaria Completa.
4. Superior no Universitaria (ejemplo: Institutos Superiores).
5. Estudios Universitarios Incompletos.
6. Estudios Universitarios Completos.
7. Posgrado.

15. ¿A dónde acude usted cuando requiere atención medica por algún problema de su salud?

1. Posta medica/ Farmacia/ Naturistas.
2. Hospital del Ministerio de salud Pública/ Hospital Solidario.
3. Seguro Social/ Hospital de las FFAA/ Hospital de la Policía.
4. Medico Particular en Consultorio.
5. Medico Particular en Clínica Privada.

16. ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

1. Menos de 340 dólares.
2. Entre 340- 800 dólares.
3. Entre 800- 1.500 dólares.
4. Más de 1.500 dólares.

**17. ¿Cuántos dormitorios tiene su casa exclusivamente para dormir?**

1. 5 o más.
2. 4- 3.
3. 2- 0.

18. ¿Cuántas Personas viven en su Hogar? (Sin contar el servicio doméstico).

1. 1- 3 personas.
2. 4- 5 personas.
3. 6-9 personas o mas

19. ¿Cuál es el material Predominante en los Pisos de su vivienda?

1. Tierra/ Arena.
2. Cemento sin pulir (falso piso).
3. Cemento Pulido / Tablón.
4. Losado/Cerámica.
5. Parquet/ Madera pulida/ Alfombra/ Mármol.

Puntaje Versión Modificada:

Nivel 1 Alto: 27 o más.

Nivel 2 Medio: 13 – 26.

Nivel 3 Bajo: 6 -12.

Tomado y modificado de: Vera Romero O, Vera Romero F, Evaluación del nivel Socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque, Rev. Cuerpo med. HNAA, 2013, URL disponible en: http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v6-n1-2013/RCM-V6-N1-ene-mar-2012_pag41-45.pdf.

Firma del Participante.

Firma del responsable.



ANEXO 2

Cuenca, 16 julio, del 2014

Dra. María José Aguilera.

Directora del Centro de Salud N° 1 del Distrito de Salud 01D01.

Cuenca – Ecuador.

De nuestras consideraciones:

Nosotros, ANA BELEN CLAVIJO, ANA GABRIELA DIAZ, Y MAURICIO SARMIENTO. Estudiantes de, quinto e interno de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de Cuenca, nos dirigimos a usted por medio de la presente, para que nos conceda el permiso para realizar un Estudio de Investigación en las adolescentes embarazadas que se encuentren entre las edades de 10- 18 años que son atendidas en El Centro de Salud N° 1 del Distrito de Salud 01D01; Datos que serán necesarios para nuestro trabajo de investigación denominado FACTORES BIOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA; debido, a que nos hemos visto obligados a reaccionar frente a los cambios actuales en relación a la alimentación de las adolescentes embarazadas y los grandes variables asociados hacia la misma, y determinar la influencia de los factores psicosociales en el desarrollo de su embarazo.

Por la favorable acogida a la presente, anticipamos nuestros agradecimientos.

Ana Belén Clavijo.

CI: 0104617048.

Teléfono: 0984892554.

Ana Gabriela Díaz.

CI: 0104742150.

Teléfono: 0987674936.

Mauricio Sarmiento.

CI: 0104793179.

Teléfono: 0995338605.

ANEXO 3**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

LOS FACTORES BIOSOCIALES QUE INTERVIENEN EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA DURANTE EL PERIODO 2014 EN EL CENTRO DE SALUD N°1 DEL DISTRITO DE SALUD 01D01.

FECHA: _____

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____

Nosotros, Ana Belén Clavijo (0104617048), Ana Gabriela Díaz (0104742150), y Mauricio Sarmiento (0104793179) respectivamente, estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca; para la elaboración de nuestra tesis con la cual obtendremos el título de Médicos, solicitamos su colaboración a través de su consentimiento para obtener la talla y peso, y realizar una encuesta a su representada con el objetivo de conocer, el estado nutricional de las Adolescentes Embarazadas del Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01. Este estudio proporcionará información que permitirá orientar a una mejor alimentación (nutrición) en las adolescentes embarazadas y mejorar la salud, además nos permitirá determinar los principales factores biosociales q influyen en el estado nutricional de las mismas. El estudio requiere de la participación de las adolescentes embarazadas y además requerimos de su valiosa colaboración.

Si acepta colaborar en este estudio, se le medirá a su representada el peso por medio de una balanza, la talla se medirá por medio de un cinta métrica teniendo en cuenta las indicaciones antes mencionadas, los investigadores en las instalaciones del Centro de Salud N°1 del Distrito de Salud 01D01. En el previamente establecido por el director del establecimiento. Se les entregará los resultados de las mediciones que se les haga.

Los beneficios que obtendrá de este estudio son: conocer cómo está la salud y nutrición de las adolescentes embarazadas con respecto al peso y talla. Asimismo su colaboración permitirá conocer mejor la magnitud de los problemas de salud en la comunidad. No recibirá compensación económica por su participación, sin embargo la intervención no tendrá ningún costo. Además recibirá información y orientación sobre este problema, sus factores de riesgo y como llevarlas y tratarlas.

Habiendo recibido y entendido las explicaciones pertinentes, yo, _____, con la cedula de identidad _____, acepto voluntariamente la participación de yo y de mi representada en este estudio.

Toda la información que se proporcione será confidencial y solo podrá ser conocida por las personas que trabajen en este estudio. Si se requiere información adicional sobre este estudio, pueden consultar con los investigadores Ana Belén Clavijo, Ana Gabriela Díaz, y/o Mauricio Sarmiento al número 0984892554. Al firmar este documento, doy mi consentimiento de participar en este estudio voluntariamente.

Firma del Voluntario: _____

Firma del investigador: _____