

**Proporción de partos de madres adolescentes y su  
relación con el peso del recién nacido en el Centro de  
Salud del Cantón La Maná en el Área # 5 de la Provincia  
de Cotopaxi en el periodo de Junio del 2010 a Junio del  
2011.**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a todos sus maestros quienes con paciencia y dedicación supieron impartir los conocimientos teóricos para nuestra futura práctica profesional, y nos enseñaron que la labor del médico debe ser realizada con pasión.*

*A nuestros directores de tesis Dra. Carmen Elena Cabezas y Dr. Gonzalo Montero, por su tiempo, entrega y colaboración. Sin ellos hubiese sido imposible la realización de este estudio.*

*Al Centro de Salud del Cantón “La Maná” y a su director Dr. Milton Ayala, quien amablemente permitió la realización de este proyecto de investigación.*

## DEDICATORIA

*A Dios por permitirme vivir esta aventura.*

*A mi padre, quien me enseñó que la familia es el tesoro más preciado, que cada segundo que se pasa en familia es el tiempo mejor invertido, a mi madre de quien aprendí a amar pues ella es amor en su más pura expresión, me enseñó que los sueños son realizables, que no hay objetivo difícil de alcanzar, solo hace falta un poco de convicción, a mi hermano quien ha sido mi segundo padre, una fuente infinita de caridad, amor y entrega, quien hizo de mí el hombre que soy, a mi hermana por contagiarme en los momentos más difíciles de su inquebrantable fortaleza de su espíritu sin dudas y me enseñó a creer en mí, a mi esposa que me enseñó que la búsqueda de un hogar no se refiere a un lugar, se refiere a una persona, pues ella es mi hogar, a mis dos sobrinos a quienes dedico este trabajo y mi vida entera pues les pertenezco entero y completo y finalmente a mi más grande orgullo, mi logro más memorable, mi hijo, quien me dio una razón en este mundo, con quien mi vida se tornó importante como nunca antes, quien me mostró el mundo a través de sus ojos, donde todo es una fiesta.*

*Este logro no me pertenece, le pertenece a todos ustedes.*

*Bosco*

## DEDICATORIA

*Primero quisiera agradecerle a Dios por haberme dado la vida y por haberme guiado, iluminado y permitido culminar esta hermosa carrera.*

*A mis padres Julio y Estely, por haberme apoyado en cada paso de mi vida, desde el primero, por sus esfuerzos para darme la mejor educación y los mejores recuerdos de mi niñez y adolescencia. Por los valores inculcados que con su ejemplo han sido fáciles de seguir. Por el amor incondicional que me han dado.*

*A mi abuelita Julieta por haber sido una segunda madre, quien me ha tenido una paciencia infinita en cada etapa de mi vida.*

*A mis hermanas Gabriela y Katherine, que aunque lejos, siempre han estado conmigo apoyándome y pendientes de mí.*

*A mi hermano por ser mi amigo y escucharme cuando lo necesitaba. Por la generosidad que lo caracteriza.*

*A Bosco por su compañía durante estos 6 años de carrera, por su paciencia, su dedicación y perseverancia en cada uno de sus actos. Por su amor durante todo este tiempo.*

*A Bosco José por ser quien me enseñó el verdadero significado del amor, porque me enseñó que ser madre es la bendición más grande de este mundo. Por darme la fuerza con solo una mirada o una sonrisa. Por ser mi razón para despertarme cada día.*

*Daniela*

## **Lista de Gráficos y Tablas**

Gráfico.1 (página 35) Distribución porcentual de edad materna por grupo de edad al momento del parto de las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.2 (página 36) Distribución porcentual de edad materna al momento del parto de las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.3 (página 37) Distribución porcentual del nivel de instrucción en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.4 (página 38) Distribución porcentual del estado civil en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.5 (página 39) Distribución porcentual del tipo de embarazo en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.6 (página 40) Distribución porcentual del peso del RN en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.7 (página 41) Distribución porcentual de la edad de inicio de relación sexual de las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.8 (página 42) Distribución porcentual del consumo de tabaco en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.9 (página 43) Distribución porcentual del consumo de alcohol en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de junio del 2010 a junio del 2011

Gráfico.10 (página 44) Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el nivel de instrucción al momento del parto en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.11 (página 45) Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el estado civil al momento del parto en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.12 (página 46) Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el tipo de embarazo al momento del parto en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.13 (página 48) Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el peso del recién nacido en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.14 (página 50) Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el uso de tabaco en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Gráfico.15 (página 51) Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el uso de alcohol en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

Tabla.1 (página 52) Diferencia de Medias entre Edad de inicio de relaciones sexuales, edad gestacional al momento del parto y peso del recién nacido entre madres adolescentes y no adolescentes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011

## **TABLA DE CONTENIDO**

### **CAPÍTULO 1**

1.1 RESUMEN.....	8
------------------	---

### **CAPÍTULO 2**

2.1 INTRODUCCIÓN.....	10
-----------------------	----

#### **2.2 REVISIÓN BILIOGRÁFICA**

2.2.1 PERSPECTIVA MUNDIAL.....	13
--------------------------------	----

2.2.2 PERSPECTIVA DEL ECUADOR.....	20
------------------------------------	----

2.2.3 RIESGOS DEL EMBARAZO PRECOZ.....	22
----------------------------------------	----

2.2.4 ACTIVIDAD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN MUJERES ECUATORIANAS.....	23
-----------------------------------------------------------------------------	----

2.2.5 EDAD A LA PRIMERA EDAD SEXUAL.....	24
------------------------------------------	----

2.2.6 USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL.....	25
----------------------------------------------------------------------------	----

2.2.7 LA CONDICION DE ESTUDIO Y/O TRABAJO DE LA MUJER CUANDO QUEDO EMBARAZADA LA PRIMERA VEZ.....	26
------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

2.2.8 RIESGOS DE BAJO PESO AL NACER.....	29
------------------------------------------	----

### **CAPÍTULO 3**

3.1 MÉTODOS.....	32
------------------	----

### **CAPÍTULO 4**

4.1 RESULTADOS.....	35
---------------------	----

### **CAPÍTULO 5**

5.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	53
-----------------------------------	----

5.2 RECOMENDACIONES.....	58
--------------------------	----

BILIOGRAFÍA.....	62
------------------	----

ANEXOS.....	64
-------------	----

## **CAPITULO 1**

### **1.1 RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** El embarazo adolescente se ha convertido en una problemática de salud mundial, ya que sus índices han ido aumentando a pesar de los intentos de los ministerios de salud de cada país por evitarlo.

De las más de 7 millones de mujeres en el Ecuador, 3.645.167 son madres, según el rango de edad el 3,4% de estas tiene entre 12 y 19 años, es decir, 122.301 madres son adolescentes, frente a 105.405 madres en el 2001, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

En el Cotopaxi aproximadamente un 30 % de madres son adolescentes. El problema no solo radica en el embarazo precoz, si no en las consecuencias que este acarrea. Por lo general luego de un embarazo las adolescentes dejan sus estudios y trabajos lo que disminuye sus posibilidades de mejorar sus condiciones de vida.

Sin estudio, trabajo, ni redes de apoyo es difícil para estas madres superar su crítica situación, cayendo finalmente en un círculo generacional en el que las madres adolescentes tienen hijas que compartirán esta característica lo cual resulta en más pobreza para este grupo.

**OBJETIVO:** Establecer la proporción de partos adolescentes y no adolescentes en el centro de salud del cantón La Mana de Junio del 2010 a Junio del 2011. **MATERIALES Y METODOS:** Estudio descriptivo transversal en una muestra de 301 pacientes tomados del departamento de estadística del Centro de Salud del Cantón La Maná. Análisis estadístico univariado y bivariado mediante el programa SPSS20. **RESULTADO:** Se analizaron 301 historias, de estas el 36.5% fueron de madres adolescentes y el 63.5% de madres no adolescentes. El nivel de instrucción que se observó con mayor frecuencia en los dos grupos fue primaria completa con un 39,9%, en cuanto al estado civil más frecuente fue la unión estable con 81%. No se encontró relación entre las variables demográficas. Por otro lado el estado civil si tuvo una diferencia significativa ya que se encontró más madres solteras en el grupo adolescente con un 20,9% en relación con 16,7% del grupo de madres no adolescentes. Con respecto a la edad de inicio de vida sexual en los dos grupos de madres estudiadas se encontró una

diferencia de un año, 14 años para adolescentes y 15 años para no adolescentes.

**CONCLUSIONES:** La frecuencia de embarazos adolescentes obtenido va en relación con los datos observados a nivel de la provincia y el país, el mismo que se mantiene alto en relación a otros países. A pesar de que el embarazo precoz se relaciona con embarazos pre-término y de bajo peso al nacer, en este estudio no se comprobó, fenómeno que se podría explicar por las características del universo estudiado.

## **CAPITULO 2**

### **2.1 INTRODUCCIÓN**

La salud de los adolescentes (10 a 19 años) y los jóvenes (15 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas.

Sin embargo, con demasiada frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas públicas ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada. (WHO)

El Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer entre la adolescencia inicial o pubertad que representa el comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia, la OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.( 1)

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados,(3) provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos (4).Se han relacionado además, con los niveles educativos más bajos, las mayores tasas de pobreza, y situaciones de inestabilidad familiar y social. (12).

Se tiene una gran variedad de factores que se presentan como predisponentes de la problemática mencionada, factores que van desde el comportamiento social, la perspectiva cultural y las características idiosincrásicas.

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno con el que pueda satisfacer al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en la que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad

paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño (5). Además la disminución de la edad media de la menarquia contribuye drásticamente en la presencia de embarazos precoces.

El embarazo adolescente es una notable problemática de salud pública en el Ecuador desde varios puntos de vista, puesto que las madres que tienen hijos a temprana edad en su mayoría interrumpen sus estudios, generalmente son solteras y se encuentran económicamente desprotegidas, lo que directamente repercute en la seguridad de la unidad materno-infantil que éstas representan. (5)

En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, en la región sudamericana, de acuerdo con un informe del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador (PNPEA), el 65% de las madres adolescentes corresponde a las hijas de mujeres pertenecientes a este mismo segmento de la sociedad, en comparación con el 35%, en el caso de madres adultas (6)

Según Gloria Racines, coordinadora del Área 1 del Centro de Salud de Cotopaxi, las parroquias del occidente de la provincia son las que registran mayor incidencia de embarazos en adolescentes. La funcionaria sostiene que esta realidad es más frecuente en zonas donde las niñas y adolescentes no acceden a instrucción escolar, lo que provoca embarazos en niñas menores de 14 años.

“Es preocupante porque no sabemos la estrategia para llegar a este tipo de gente en el sector rural”, manifiesta la funcionaria de salud, quien anota que una forma de acercarse a las chicas es a través de las instituciones educativas, pero si las adolescentes no asisten a un establecimiento educativo, el accionar de la Dirección de Salud se ve limitado.

Solo en el Centro de Salud del Cantón Latacunga, en el 2010, se atendió a 24 niñas embarazadas de entre 10 y 14 años, y a 908 adolescentes cuya edad osciló entre 15 y 19 años. En total se atendió a 932 adolescentes embarazadas. En ese mismo año, del

total de mujeres que controlaron su embarazo en la referida casa de salud, el 30% correspondió a adolescentes. “A nivel nacional se señala que el 20% de adolescentes se embarazan, pero en Cotopaxi se rebaza ese indicador”, comenta Racines, coordinadora del Área 1 del Centro de Salud de Cotopaxi.

En la mayoría de los casos la madre adolescente, generalmente, abandona los estudios y no cuenta con el apoyo de su familia o pareja. A eso se suma el que, en ocasiones, es expulsada del hogar y enfrenta situaciones difíciles al no tener trabajo.

Por otro lado, el embarazo en adolescentes constituye un problema de salud pública porque la joven madre tiene mayor mortalidad y morbilidad como preeclampsia o rotura uterina. (7)

Más del 20% de muertes ocurre en madres adolescentes, según el Ministerio de Salud Pública.

Resulta alarmante lo rápido que ha ido incrementando año tras año la cantidad de adolescentes embarazadas, y además ha ido disminuyendo la edad a la que estas presentan su primer embarazo. (7)

## 2.2 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### 2.2.1 Perspectiva Mundial

El embarazo adolescente es un problema que va en aumento, es compartido por varios países, y de manera más preocupante en aquellos subdesarrollados, secundario a la presencia de mayor población adolescente.

Desde mediados de la década de los años setenta, la fecundidad global ha disminuido de manera marcada en América Latina en general, y en la Subregión Andina en particular.(8)

Esta caída se debe al influjo de factores socioeconómicos (urbanización, migración, industrialización, modernización), culturales (secularización de valores, individualización de proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en los planos de acceso a la información en general y en el anticonceptivo). (8)

En muchos países la reducción de la fecundidad se ha registrado en un marco de intervenciones estatales en pro de la planificación familiar.

En este contexto de disminución de la fecundidad general, cabía también esperar un descenso en la fecundidad de las y los adolescentes, que no se ha producido. (8)

Acudiendo a datos promedio a nivel de país, mientras que la Tasa Global de Fecundidad general en la Subregión Andina cayó más de 1/3 entre 1975 y 2005, la fecundidad adolescente se redujo solamente 6 por ciento, permaneciendo alta y presentando inclusive tendencias al alza en algunos países. (8)

Chile, en 2005, reportó 230.831 nacidos vivos, de ellos, 935 (0,41%) correspondieron a embarazos de adolescentes de 10-14 años y 35.143 (15,2%) a adolescentes de 15-19 años, 5 de estas últimas fallecieron como consecuencia del proceso reproductivo (14,2/100.000 nacidos vivos) (9).

En la siguiente Tabla, se presenta un resumen de la tendencia de la natalidad y de la tasa de fecundidad específica de las adolescentes menores y mayores, en el período

1990-2005; se aprecia que la tasa de fecundidad específica en adolescentes menores se mantiene estable y las mayores registran un importante descenso, estas cifras ubican al país en un lugar de privilegio dentro de las estadísticas latinoamericanas (3). Pese a lo anterior, el embarazo adolescente en Chile conlleva también un alto riesgo perinatal, especialmente por una mortalidad neonatal e infantil significativamente mayor (4,5), asociada especialmente a una mayor incidencia de recién nacidos menores de 2500 gramos e insuficiente red de apoyo social. (10)

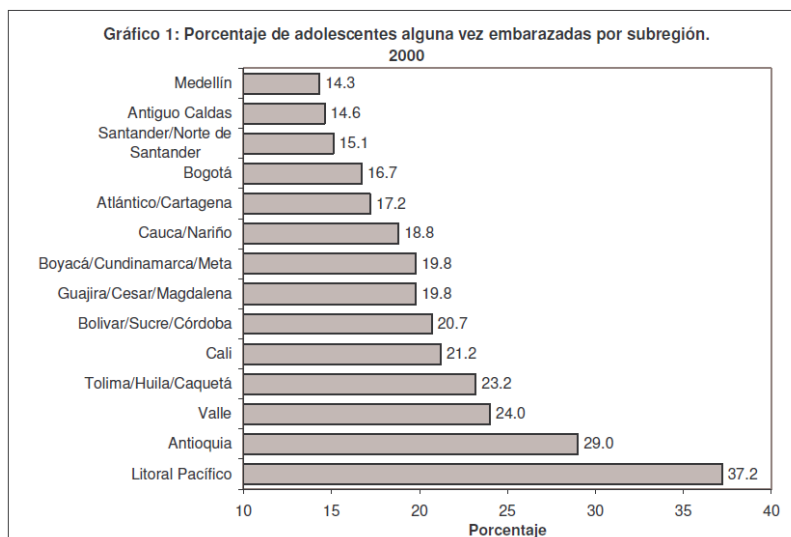
**Tabla I**  
**NATALIDAD Y TASA DE FECUNDIDAD ESPECÍFICA EN ADOLESCENTES DE 10-14 AÑOS Y 15-19 AÑOS, CHILE 1990-2005**

año	10 – 14 años			15 – 19 años		
	PE	NV	TF	PE	NV	TF
1990	589.180	742	1,26	609.389	39.543	64,9
1995	632.708	1.033	1,63	597.333	37.852	63,4
2000	700.684	1.055	1,51	629.166	39.257	62,4
2005	731.237	935	1,28	719.637	35.143	48,8

PE: población estimada. NV: nacidos vivos. TF: tasa de fecundidad (x 1000 mujeres).  
Fuente: Anuarios de Demografía y Estadísticas Vitales, INE 1990 - 2005.

El contexto Latinoamericano indica que Colombia marca un comportamiento similar al resto de países Latinoamericanos en cuanto a la sexualidad y fecundidad de las adolescentes. La incidencia de la fecundidad adolescente ha venido aumentando, acompañada de incrementos en los embarazos, nacimientos prematrimoniales y de abortos. (8)

También ha aumentado significativamente el inicio temprano de las relaciones sexuales y la longitud del período de exposición al riesgo de embarazo adolescente prematrimonial. (8)



Algunos indicadores que describen el problema:

En todo el mundo, uno de cada diez alumbramientos corresponde a una madre adolescente y las tasas de fecundidad oscilan entre 5 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas las de África y América Latina (11) en los países en desarrollo, según el Informe sobre la juventud mundial del 2005.

Uno de cada seis alumbramientos corresponde a jóvenes de 15 a 19 años de edad, una de cada tres mujeres da a luz antes de los 20 años. Los partos de mujeres menores de 20 años representan el 17%, (14 millones de partos al año en el mundo entero). Cada año, más de 4,4 millones de adolescentes se someten a un aborto; de esos abortos, un 40% se realizan en malas condiciones. (12)

La dimensión del problema es superior a la que reflejan las cifras anteriores, dado que éstas no toman en consideración los nacimientos en menores de 15 años, los cuales representan una cifra a considerar. El Centro Latinoamericano de Demografía (CELAM) estima que el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes es más bien cercano al 20 por ciento, mientras que otros organismos, como la UNICEF y el UNIFEM, lo establecen entre el 15 y el 26% (13).

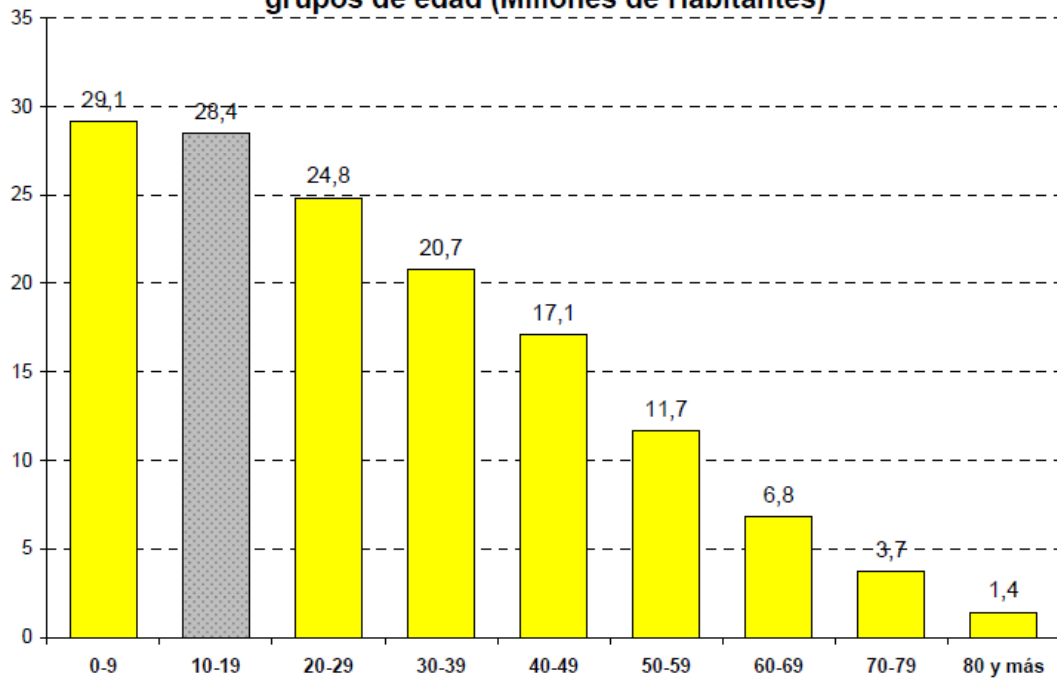
### **Situación del embarazo adolescente en el Área Andina**

Actualmente existen alrededor de 28 millones de adolescentes en la Subregión Andina, de los cuales 14.5 millones (51 por ciento) son hombres y 14 millones (49 por ciento) mujeres. (8)

Los subgrupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años, representan cada uno la mitad de la población adolescente de la región.

Como reflejo natural del hecho que la Subregión se encuentra en una fase moderada a intermedia de la transición demográfica, su población es mayoritariamente joven, con participaciones mayoritarias de los grupos de niños (20.2 por ciento) y de adolescentes (19.8 por ciento), que en conjunto representaban un 40 por ciento de la población de la Subregión a mediados de 2007. (8)

**Gráfico 1. Población de la Subregión Andina en 2007, según grupos de edad (Millones de Habitantes)**



Fuente: CELADE.

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

**Tabla 1. Población de 10 a 19 años en países de la Subregión Andina en 2007, según sexo y país de residencia**

	Mujeres	Hombres	Total	Participación de cada país
Bolivia	1,1	1,1	2,2	7,9%
Colombia	4,5	4,3	8,8	31,0%
Chile	1,4	1,5	2,9	10,3%
Ecuador	1,4	1,4	2,8	10,0%
Perú	2,9	3,0	5,9	20,9%
Venezuela	2,7	2,8	5,5	19,5%
<b>Total</b>	<b>14,0</b>	<b>14,1</b>	<b>28,5</b>	

Fuente: Elaboración propia con datos del CELADE y del DANE-Colombia.

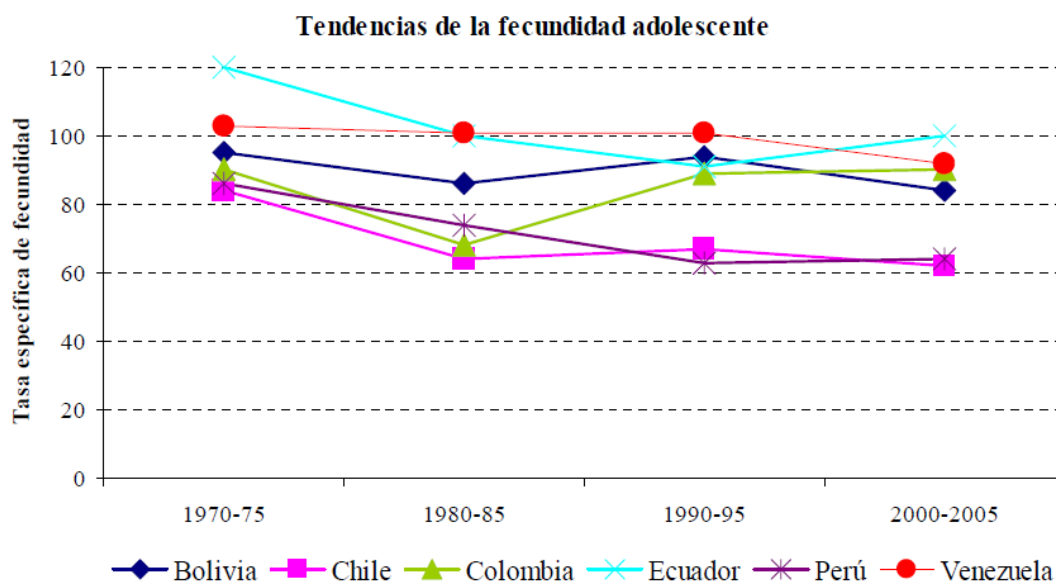
De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 y 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. (8)

En América Latina, la fecundidad adolescente no muestra una tendencia tan sistemática a la baja como en otros países del mundo. De hecho, en la región se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad, a nivel mundial esta tasa es inferior únicamente a la que se encuentra en África Sub-Sahariana.(14) Además, América Latina es la región del mundo donde la mayor fracción del total de nacimientos son los de madres adolescentes.

Así, la concentración de la reproducción en la adolescencia es una característica de la región.

Aunque también en algunos países industrializados se da esta tónica (Reino Unido, Canadá, Australia, Islandia).

En general, los países andinos no son la excepción. En la Gráfica siguiente se observa que en esta sub-región la fecundidad adolescente (15-19 años) aumentó en Colombia y Ecuador. (8)



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

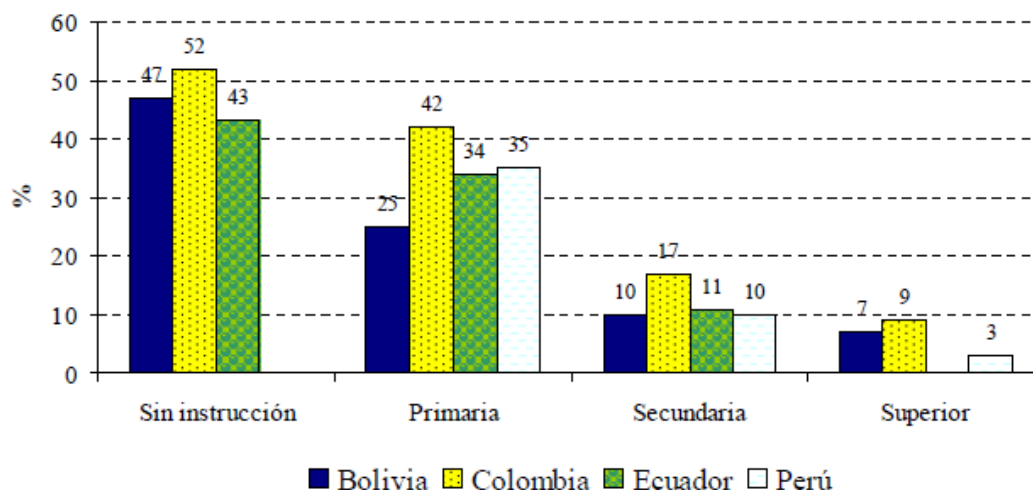
Dentro de los países de la región Chile y Perú presentan el porcentaje más bajo, seguido por Bolivia, mientras que en Colombia, Ecuador y Venezuela, más del 20% de las adolescentes son madres o están embarazadas. (16)

### Desigualdades y Exclusiones

El embarazo adolescente también expresa las enormes brechas socioeconómicas prevalecientes con relación a los niveles de ingreso y educación, así como las desigualdades entre las zonas urbanas y rurales. Los registros y aumentos de la maternidad adolescente, se presentan en grupos socio-económicos bajos, en mujeres con menor nivel educativo y que viven predominantemente en áreas rurales. (8)

Las proporciones de maternidad adolescente son hasta siete veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación, comparadas con las de niveles educativos más altos. (8)

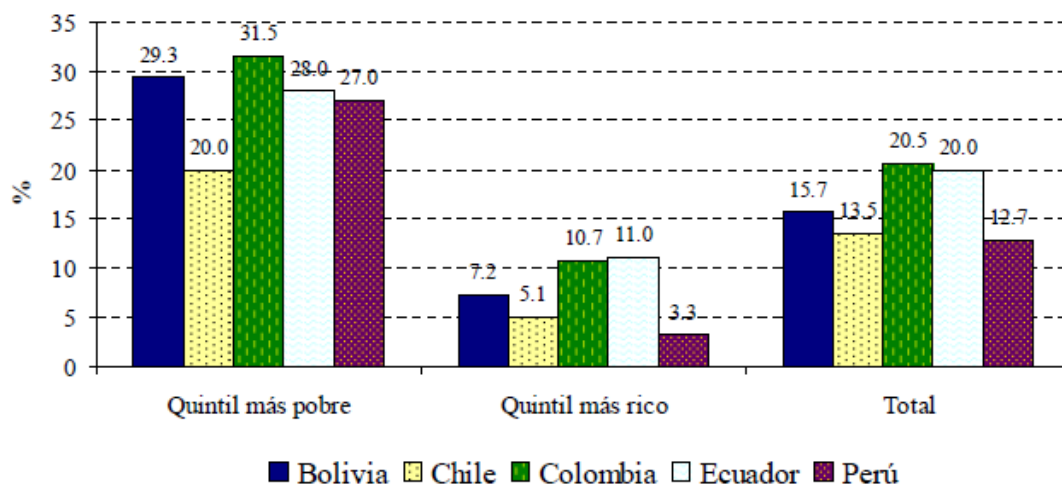
**Gráfica 2.**  
**Porcentaje de adolescentes que son madres o están embarazadas según nivel de instrucción, 2003-2005**



Las brechas por niveles de ingresos son también importantes. Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres en Bolivia y

Ecuador, mientras que son pocas las adolescentes de mayor nivel de ingresos que son madres o se embarazan.(8)

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



Sobre otras consecuencias en términos sociales, existe poca información que establezca evidencia en la región sobre el tema; sin embargo, hay algunos estudios que muestran el efecto negativo del embarazo en las adolescentes. Por ejemplo, se encontró que un nacimiento en la adolescencia rebaja la razón de ingreso/necesidades de una mujer en más del 30% según el estudio “Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México”. (8)

Respecto a la transmisión intergeneracional de la pobreza, se ha encontrado que el ser madre adolescente aumenta la probabilidad de ser pobre de 16% a 28%.(17) Asimismo, un estudio llevado a cabo en Chile indica que la maternidad temprana va acompañada de efectos económicos negativos, en términos de menores ingresos mensuales, especialmente para las madres pobres que más necesitan de esos ingresos. Los ingresos mensuales de las madres adolescentes son alrededor de un 90% menor que los de las madres adultas. (30)

Al incluir la variable educación (0-9 años) los ingresos mensuales de las madres adolescentes son alrededor del 70% inferior que los de las madres adultas. Por lo tanto, la maternidad temprana profundiza la pobreza de las mujeres. (17) En el mismo estudio sobre costos de la maternidad entre adolescentes, se demostró que 67% de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes, en comparación con el 35% en el caso de madres no adolescentes; lo cual es otro aspecto de las consecuencias de esta situación. Asimismo, en el estudio “Escaping the poverty trap in Latin America: the role of family factors” realizado en 16 países de América Latina se demuestra los impactos negativos de la maternidad adolescente sobre los logros educativos de los niños y niñas de hogares pobres. Los resultados indican que el haber nacido de madre adolescente soltera es un factor que reduce significativamente las probabilidades de estos niños y niñas de culminar la enseñanza secundaria y romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza.(25)

### **2.2.2 Perspectiva del Ecuador**

En el Ecuador, las mujeres de 15 a 24 años de edad, constituyen más de la tercera parte (38 por ciento) de la población clasificada como de edad fértil (mujeres de 15 a 49 años de edad). Ellas representan la próxima generación de madres, trabajadoras y líderes del país, que para cumplir con estos papeles de la mejor forma posible, necesitan la guía y apoyo de su familia, de su comunidad, y principalmente de la atención de un gobierno comprometido con su desarrollo. (5)

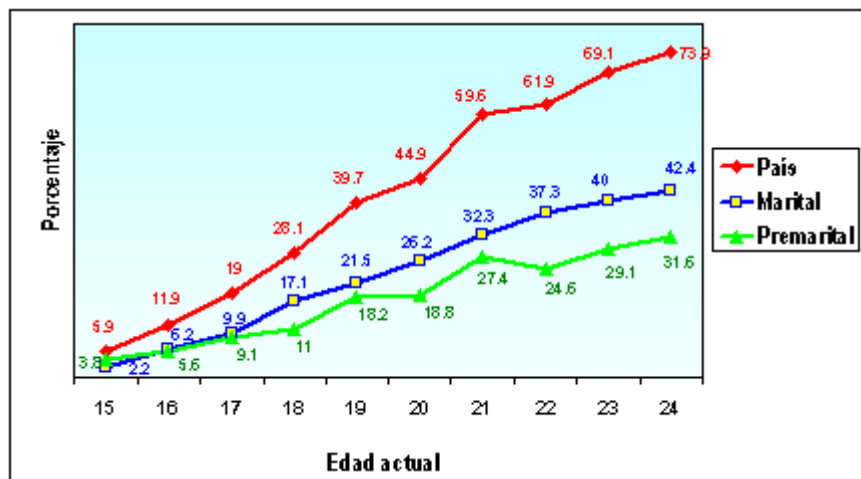
En Ecuador, 2 de cada 3 adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del Embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década, es del 74% y en mayores de 15 años es del 9%. La tendencia de fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la región andina, llegando a 100x1000 nacidos vivos. (18)

Según los datos obtenidos del ENDEMAIN el 38.9 por ciento de todas las mujeres de 15 a 24 años de edad ha tenido al menos un embarazo. De estos el 22.0 por ciento son embarazos maritales y el 16.9 por ciento como premaritales. La proporción de mujeres

alguna vez embarazada es más alta en el área rural, principalmente en la Costa llegando a un 50.2%. Los diferenciales entre las provincias varían indistintamente, en las de la Sierra se destaca Imbabura con un 46.8% y entre las de la Costa, Los Ríos con 50.8%. Según tipo de embarazo, el comportamiento no es homogéneo, pues mientras en algunas provincias prevalece el embarazo marital en otras es mayor el embarazo premarital. En la misma provincia de Los Ríos, el embarazo marital es 40.5 por ciento y el premarital 10.2 por ciento. (5)

En el siguiente cuadro, se puede observar que la proporción de mujeres de 15 a 24 años de edad con al menos un embarazo varía del 20.2 por ciento en las de 15 a 19 años al 61.5 por ciento entre las de 20 a 24 años. El comportamiento es como se espera, el valor se incrementa del 5.9 por ciento en mujeres de 15 años, al 39.7 por ciento en las de 19 años, y alcanza el 73.9 por ciento en las de 24 años de edad. La mayor parte de mujeres casadas o unidas y las mujeres alguna vez unidas ya ha experimentado un embarazo 93.0% y 91.8%, respectivamente y aún las mujeres solteras declaran haber estado alguna vez embarazada el 8.4 por ciento. (5)

**Primer embarazo, por clasificación del embarazo, según edad actual**



### **2.2.3 Riesgos de un embarazo precoz**

Los riesgos a los que una madre adolescente se ve expuesta se presentan tanto durante el embarazo como inmediatamente después del parto, e incluso años después.

Las adolescentes son más propensas a padecer anemia y a tener hijos con restricción de crecimiento, parto pre término y mayor mortalidad de los recién nacidos. Muchos de estos embarazos son imprevistos y por ello no reciben asesoramiento previo a la concepción. (19).

Al ser en varias ocasiones embarazos no deseados, suelen las madres recurrir al aborto como solución, los cuales son realizados en las condiciones más insalubres, lo que las pone en riesgo de padecer infecciones y hemorragias principalmente.

Las estadísticas de la maternidad Sotomayor lo corroboran. En 2009, los legrados uterinos por restos que se practicaron a causa de abortos espontáneos e inducidos sumaron 145 casos en mujeres menores de 15 años, y 632 en edades entre los 16 y 19 años.

Por otro lado el feto expuesto a malos hábitos alimenticios de parte de la madre y falta de controles prenatales, en muchas ocasiones presenta bajo peso al nacer, que en sí mismo representa un indicador de las malas condiciones que la madre atraviesa durante la gestación. (8)

Entre los riesgos a mediano plazo podemos citar que muchas de ellas no poseen conocimiento, ni destreza adecuada para el cuidado de un recién nacido, lo cual nos lleva a niños malnutridos, mayor predisposición a enfermedades y aumento en la morbimortalidad de los hijos de madres adolescentes.(8)

Además de poner en riesgo la salud, el embarazo adolescente puede significar un gran obstáculo en las posibilidades de construir un proyecto de vida por parte de los y especialmente las adolescentes. (8)

Ser madre antes de desarrollar los recursos y habilidades personales para una maternidad efectiva, acumular conocimientos adecuados sobre salud, comenzar a trabajar y participar en la comunidad restringe las opciones de vida de las adolescentes, pudiendo condenarlas a la pobreza, y pone en peligro a sus niños.

#### **2.2.4 Actividad sexual y salud reproductiva en mujeres Ecuatorianas de 15 a 24 años de edad (adolescentes y jóvenes)**

El 46.7 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años de edad Ecuatorianas ya han tenido experiencia sexual. Como se espera, esta proporción es mayor entre mujeres de 20 a 24 años de edad. El 34.5 por ciento de mujeres tiene al menos un hijo vivo, cifra que baja al 16.2 por ciento en las de 15 a 19 años, pero sube al 56.5 entre las de 20 a 24 años de edad.(5)

Menos de la mitad de las mujeres estudian actualmente lo que representa el 42.5% de la población estudiada. La asistencia escolar entre mujeres de 15 a 19 años es mayor que en las de 20 a 24 años 57.3% contra 24.7%, respectivamente. Se observa que el 12.9 por ciento ha alcanzado el nivel superior, y el 71.1 por ciento tiene una educación mayor que la primaria. Se observa que sólo el 1.0 por ciento reportó ninguna educación formal. (5)

El 56.7% de las mujeres ecuatorianas de 15 a 24 años, sin instrucción ha tenido relaciones sexuales premaritales, comparado con el 29.9% de las que tienen instrucción superior. Con respecto al nivel económico, las mujeres del nivel más pobre representa el 42.2%, y muestran un mayor riesgo de tener relaciones sexuales premaritales que las del nivel más alto que es de 28.6%. (5)

Lo antes planteado demuestra que a menor educación y menos situación socio económica, mayores registros de embarazo. Y es básicamente a este argumento al que le prestamos mayor atención dentro del profundo análisis del embarazo adolescente, ya que es una problemática prevenible desde muchos aspectos por lo que los esfuerzos de las entidades encargadas deben radicar principalmente en la educación en varios niveles.

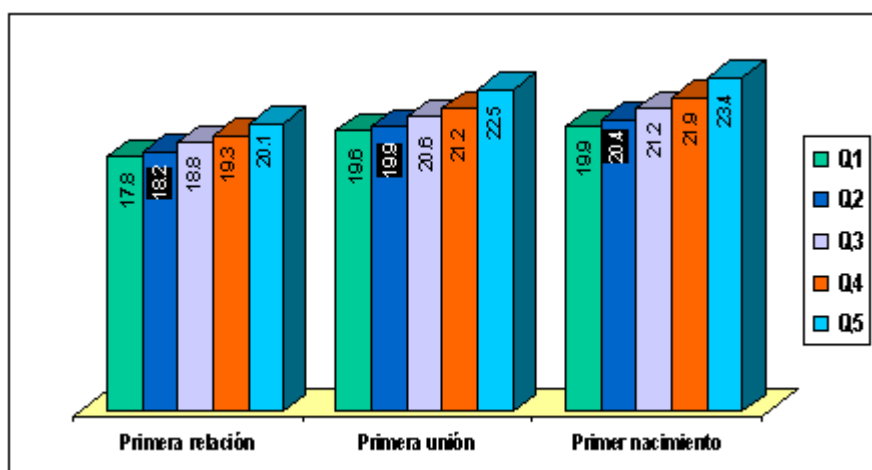
“No se puede evitar que tengan relaciones premaritales, pero si se puede prevenir embarazos no deseados.” Dra. Susana Guijarro, líder del Área de Salud de Adolescencia del Ministerio de Salud Pública.

### 2.2.5 Edad a la primera relación sexual

La edad a la primera relación sexual es un factor determinante de la fecundidad de los individuos, en el sentido que a medida en que se retrasa el inicio de las relaciones sexuales, se reduce el tiempo de vida reproductiva y el riesgo de tener un embarazo no deseado, embarazos de alto riesgo, abortos en condiciones riesgosas, hijos de madres solteras, ITS/VIH/SIDA, y aún de mortalidad materna. (5)

El 8.0% de mujeres de 15 a 24 años ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 15 años, y esta cifra se va acumulando a 30.0% antes de los 18 años y llega a 46.2% antes de cumplir 25 años. La edad a la primera relación sexual decrece a medida que aumentan los años de educación; es importante destacar que cuando es más bajo el nivel económico, las mujeres inician sus relaciones sexuales a más temprana edad. (5)

#### Edad mediana al momento de cada evento, según quintil económico



El cuadro muestra las edades medianas a la primera experiencia sexual, primera unión y primer nacimiento para los diferentes subgrupos de mujeres entrevistadas. Es

evidente que entre las mujeres con mayor educación hay más retraso en la experimentación de todos estos eventos relacionados con la fecundidad. La edad mediana de la primera relación sexual entre las que tienen educación superior es 5.7 años mayor que entre quienes no tienen educación formal, 6.2 años para la primera unión y 6.6 años para el primer nacimiento. Según quintil económico las diferencias no son tan pronunciadas si se compara con respecto al nivel de instrucción, pero también existe una brecha de 3 años entre el grupo más pobre y el más rico para cada evento. (5)

### **2.2.6 Uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual**

Frente al grupo de mujeres sexualmente activas, se encuentra un gran desafío, evitar embarazos no planificados. Una entrega oportuna de información de los distintos métodos anticonceptivos existentes, su eficacia, sus ventajas y desventajas, cómo obtenerlos y precauciones en su uso, ayudaría a evitarlos. El miedo a los efectos secundarios, o la falta de acceso a los anticonceptivos, disminuye la probabilidad de uso, además de la actividad sexual no frecuente o imprevista entre los/las jóvenes pueden representar un obstáculo para el uso constante de los anticonceptivos. Pero con un correcto asesoramiento se puede llegar a un uso adecuado, evitando así embarazos no deseados. (5)

De las mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, el 13.5 por ciento declaró haber usado un método anticonceptivo en su primera relación sexual. El uso de métodos anticonceptivos en la primera relación es menor en el área rural, en la población indígena y en mujeres con menor instrucción, pero se observa que el uso se incrementa en la medida que aumenta el nivel educativo o económico (5)

Los resultados de la encuesta indican que en el Ecuador, el 96.0 por ciento de las mujeres de 15 a 49 años de edad ha oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo y el 95.5 por ciento ha oído hablar siquiera de un método moderno.(5)

A nivel nacional, los métodos más conocidos son las pastillas, la esterilización femenina, los condones, el DIU y la inyección, con un rango de conocimiento que desciende del 89.5 por ciento para las pastillas al 82.7 por ciento para la inyección. Los métodos menos conocidos son el Norplant, el método de lactancia y amenorrea (MELA) y las pastillas anticonceptivas de emergencia (PAE). Estos resultados reflejan que, a excepción de la vasectomía y el Norplant, los métodos más conocidos son los modernos. (5)

Según los datos obtenidos se observa que la diferencia en el nivel de conocimiento de al menos un método anticonceptivo es de casi 8 puntos porcentuales entre el área urbana y la rural 99.0% y 91.4%, respectivamente. Para los cinco métodos más conocidos, la diferencia es de 15.6 a 22.6 puntos porcentuales a favor de la urbana. También se observa que el conocimiento de siquiera un método anticonceptivo es más alto en la región Insular que es de 100.0% y provincia de El Oro con un 99.6%, y más bajo en Cañar con un 84.0% y Chimborazo con un 76.6%.(5)

El conocimiento de métodos varía del 97.8 por ciento entre la población mestiza al 74.9 por ciento entre población indígena. También el conocimiento de al menos un método varía según estado civil o conyugal, desciende del 98.0 por ciento entre mujeres casadas/unidas al 91.9 por ciento entre las solteras. Las mujeres de 15 a 19 y de 45 a 49 años de edad, las que no tienen ningún hijo vivo y las que tienen 6 ó más, tienen menor probabilidad de conocer al menos un método anticonceptivo que el resto de las mujeres. También se observa que a mayor nivel de instrucción y nivel económico, es mayor la proporción que tiene conocimiento de los métodos 99.8% y 99.7%, respectivamente. (5)

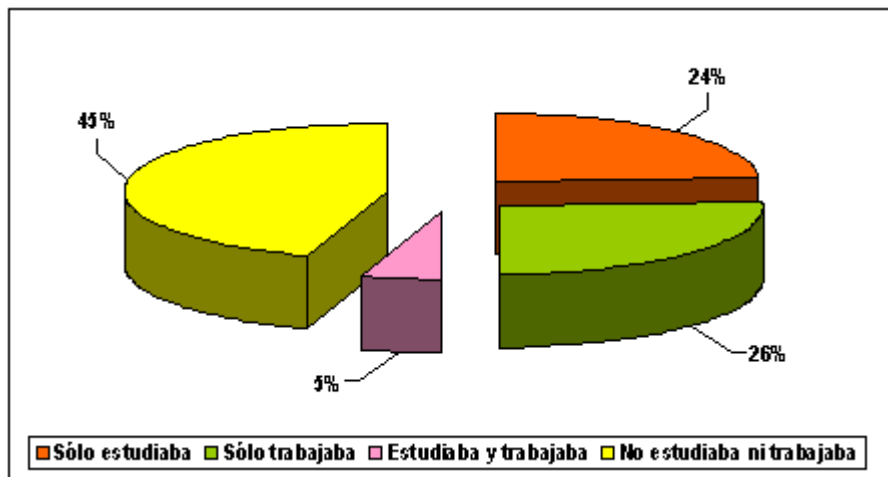
### **2.2.7 La condición de estudio y/o trabajo de la mujer cuando se quedó embarazada por primera vez.**

El matrimonio a temprana edad, y la maternidad precoz en particular, o no planeada, pueden producir un impacto profundo y prolongado en el bienestar de la mujer, en su educación y en su capacidad para contribuir a la comunidad. No obstante, son complejos los factores físicos, familiares y culturales, que determinan cuáles mujeres

se casarán y cuándo, quiénes iniciarán relaciones sexuales antes del matrimonio, quiénes comenzarán a procrear durante la adolescencia, y quiénes tendrán hijos fuera del matrimonio. En esta sección se presentan las consecuencias educativas y laborales como producto del primer embarazo en las mujeres de 15 a 24 años que han tenido al menos un embarazo. (5)

El Cuadro siguiente nos permite visualizar la condición de estudio y/o trabajo de la mujer cuando se quedó embarazada por primera vez. El 45.3 por ciento “no estudiaba, ni trabajaba”, el 23.5 por ciento “sólo estudiaba” y el 25.9 por ciento “sólo trabajaba”. Otro 5.3 por ciento “estudiaba y trabajaba”.(5)

**Condición de estudio o trabajo al tiempo de tener el primer embarazo  
(Mujeres de 15 a 24 años de edad con al menos un embarazo)**

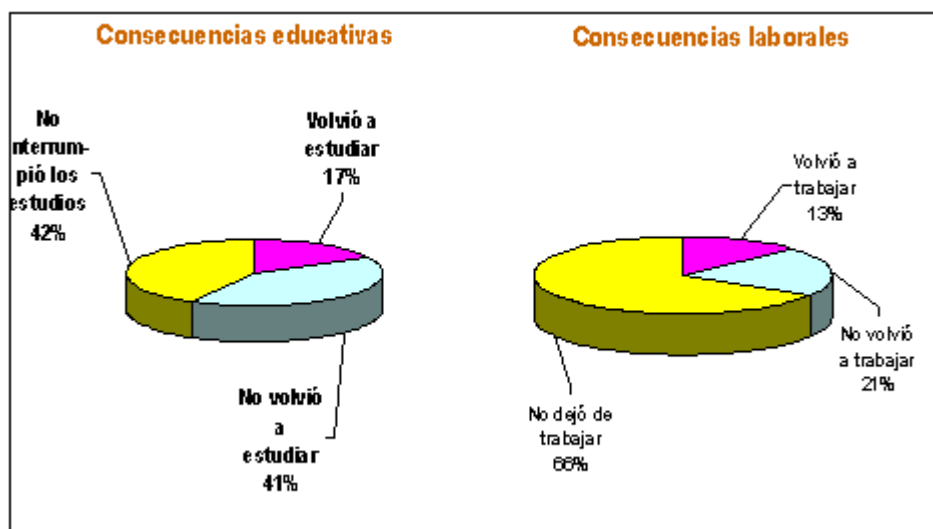


De acuerdo al nivel de estudios que la mujer tenía en su primer embarazo, en el se observa que la gran mayoría de mujeres no era estudiante en el momento de quedar embarazadas un 71.2%, cifra que aumenta a alrededor del 85 por ciento en áreas rurales de la Sierra y Costa. El 1.3 por ciento de los embarazos ocurrió en mujeres que tenían algún año aprobado en el nivel primario, el 22.1 por ciento en secundaria y el 5.4 por ciento en el nivel superior. En el nivel secundario sobresale con mayor frecuencia el área urbana con un 27.9%, las ciudades de Quito y Guayaquil 29.3% y 32.7%, respectivamente, la Amazonía 41.5%, en mujeres cuyo primer embarazo ocurrió cuando tenían entre 15 a 17 años (30.3%) y cuando el embarazo fue clasificado

como premarital (34.6%). Cuando estudiaban en el nivel superior, los porcentajes más altos son en Quito (10.7%), en otras ciudades de la Sierra (13.2%) y en las que tenían 20 a 24 años de edad (14.9%). (5)

Entre las mujeres que eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo, el 57.8 por ciento interrumpieron sus estudios. Este porcentaje está compuesto por el 16.5 por ciento que interrumpió sus estudios y volvió a estudiar, y el 41.3 por ciento que ya no volvió a estudiar después de terminado su embarazo, con una mayor proporción en el área rural que en la urbana (65.2% contra 55.4%, respectivamente). En cambio, entre las mujeres que estaban trabajando cuando supieron de su embarazo, el 33.2 por ciento dejó de trabajar, proporción que es mayor en el área urbana que en la rural (37.8% contra 28.2%). De las mujeres que dejaron de trabajar, el 12.6 por ciento volvió a trabajar y el 20.6 por ciento no regresó a trabajar cuando terminó su primer embarazo. La probabilidad de no volver a estudiar o de no volver a trabajar es mayor cuando el embarazo es marital. La razón más frecuente tanto para las mujeres que no volvieron a estudiar, cuanto para las que no volvieron a trabajar fue que “no tenía con quién dejar al niño” (55.0% y 75.0%, respectivamente). Otras razones mencionadas fueron “no le quedaba tiempo” y “oposición del esposo”, en alrededor del 9 por ciento. (5)

**Consecuencias educativas y laborales a causa del primer embarazo**



El nivel de instrucción en la mujer en el desarrollo de un embarazo es trascendental pues como lo demuestran las estadísticas, son significativamente menores los embarazos en mujeres de instrucción superior. Como también podemos observar un embarazo precoz en la mayoría de mujeres, es un freno para continuar con sus estudios o su trabajo. Lo que conlleva otra vez al círculo de pobreza y desprotección.

### **2.2.8 Riesgo de Bajo Peso al Nacer**

El bajo peso al nacimiento es un problema de salud pública mundial, que impacta en gran medida sobre la mortalidad neonatal e infantil en menores de un año, particularmente en el período neonatal. (20) Cerca de 90% de los nacimientos de productos con bajo peso ocurren en países en vías de desarrollo para una prevalencia global de 19%. En los países del sur asiático, el Bajo Peso al Nacer alcanza hasta 50%, en comparación con América Latina donde ocurre en aproximadamente 11%, mientras que para los países desarrollados se ha considerado por debajo de 6%.(23)

Entre los múltiples factores asociados al Bajo Peso al Nacer se han señalado las características antropométricas, nutricionales, socioculturales y demográficas de la madre; los antecedentes obstétricos y condiciones patológicas que afectan la funcionalidad y suficiencia placentaria, así como las alteraciones propiamente fetales. (20) Debido a esta etiología multifactorial, las diversas investigaciones no han permitido dar un peso específico, ya sea asociativo o predictivo, para una u otra característica estudiada. (21)

Las repercusiones del Bajo Peso al Nacer no se confinan sólo al período neonatal inmediato o al mediano plazo. El retardo en el crecimiento y desarrollo puede continuar hasta la edad adulta, e incluso manifestarse sobre la descendencia del afectado, de modo que la mortalidad por infecciones de adultos jóvenes que tuvieron Bajo Peso al Nacer, puede llegar a ser hasta diez veces mayor, comparada con la de quienes tuvieron peso adecuado al nacimiento.(23) Existe desde luego mayor riesgo de padecer episodios de enfermedad infecciosa aguda durante la infancia, lo que a su vez

conlleva a desnutrición y consecuentemente al círculo vicioso infección/desnutrición/infección y a un incremento en la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas durante la edad adulta. (22)

### **Problemas asociados con bajo peso al nacer**

Los niños con Bajo Peso al Nacer presentan como morbilidad neonatal inmediata: asfixia perinatal, aspiración de meconio, hipotermia, hipoglucemia, hipocalcemia y policitemia, además de las enfermedades asociadas a inmadurez y a los efectos de los factores etiológicos que produjeron el bajo peso. (20) Estos productos son más susceptibles de hospitalización y eventos infecciosos más prolongados y severos. Aquellos con bajo peso relacionado a malnutrición materna tienen hasta tres o cuatro veces más riesgo de morir que los nacidos eutróficos, especialmente por episodios de diarrea, infección respiratoria aguda o sarampión si no están inmunizados. La susceptibilidad de morir por infección se mantiene aún en los adultos jóvenes que tuvieron bajo peso al nacer, con riesgo hasta diez veces más alto que los eutróficos al nacimiento. (23)

El rezago en el ritmo de crecimiento parece continuar aún después del nacimiento, sobre todo en los niños con (RCIU I) o armónico, en los que los factores para la desnutrición in útero ocurren por disminución del potencial de crecimiento, a diferencia de los que tienen (RCIU II) o disarmónico, secundario a malnutrición fetal que mantienen una rápida velocidad de crecimiento, bajo las mismas condiciones de nutrición postnatal.(20) Los recién nacidos con bajo peso al nacer tienen mayor probabilidad de desnutrición postnatal y es probable que su talla final sea menor a la esperada.(20) La ventana de oportunidad para que un producto de bajo peso recupere su crecimiento es muy corta. Si no ocurre en los primeros meses, la capacidad de recuperación hacia la normalidad será menor; más aún cuando la mayoría de estos pacientes ameritan ser hospitalizados durante la etapa neonatal, 27% de ellos no alcanzará los estándares de peso y talla para la edad al egreso.(22)

Otro gran problema que parece tener los productos con bajo peso al nacer las alteraciones del desarrollo mental, problemas de aprendizaje y del lenguaje; secuelas motoras y auditivas y alteraciones de conducta. (20)

El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador del estado de salud y la nutrición de la madre, sino también de las probabilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido.

## **CAPITULO 3.**

### **3.1 Materiales y Métodos**

#### **Problema de investigación**

- ¿Qué proporción representa los partos de madres adolescente en relación con la totalidad de partos atendidos en el Centro de Salud del Cantón La Maná?
- ¿Qué relación existe entre el peso de los recién nacidos y edad gestacional en madres adolescentes y no adolescentes?

#### **Objetivos Generales**

- Establecer la proporción de partos adolescentes y no adolescentes en el centro de Salud del Cantón La Maná.

#### **Objetivos específicos**

- Determinar la proporción de partos de madres adolescentes en el centro de salud del cantón La Maná
- Determinar el peso de los recién nacidos de madres adolescentes y no adolescentes
- Determinar la relación que existe entre la edad de la madre y el peso de los recién nacidos.
- Determinar la relación que existe entre el embarazo adolescente y edad gestacional al momento del parto.
- Determinar si existe relación entre nivel de instrucción, estado civil, toxicomanías e inicio de vida sexual en el desarrollo de un embarazo precoz.

#### **Hipótesis**

- Por el tipo de estudio no amerita el planteamiento de hipótesis

#### **Metodología**

Operacionalización de variables anexo 1

## **Muestra**

Debido a que el universo es pequeño se decidió trabajar con el total de casos y no con una muestra, los cuales representan 301 casos.

## **Criterios de inclusión**

1. Pacientes cuyos partos hayan sido atendidos en el Centro de Salud del Cantón La Mana en la Provincia de Cotopaxi en el periodo Junio 2010 – Junio 2011

## **Criterios de exclusión**

- 1.- Paciente cuyos partos hayan sido atendidos antes o después del periodo determinado para el estudio.

## **Tipo de Estudio**

Descriptivo Transversal

## **Método de Recolección de Información**

Se procedió a la revisión de historias clínicas en el archivo de pacientes cuyo parto haya sido atendido en el Centro de Salud del Cantón La Mana de la Provincia de Cotopaxi desde Junio del 2010 a Junio del 2011, en las que se buscó aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión para poder analizar posteriormente los datos.

Además se utilizó para cada historia clínica una matriz que contiene las distintas variables que se realizó.

Matriz anexa al final de protocolo.

## **Plan de Análisis de Datos**

El procesamiento estadístico de los datos recolectado se realizó a través del programa SPSS 20, las variables cualitativas serán descritas mediante proporciones y las cuantitativas a través de medidas de tendencia central y dispersión, la comparación entre grupos se realizara mediante diferencia de proporción y diferencia de promedio.

### **Aspectos Bioéticos**

- Solicitud de autorización al Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Solicitud de autorización del Director de Salud del Centro de Salud del Cantón La Mana de la provincia de Cotopaxi.
- Garantía de total anonimato, y garantía de confidencialidad sobre la información recolectada de las historias clínicas.

## CAPITULO 4

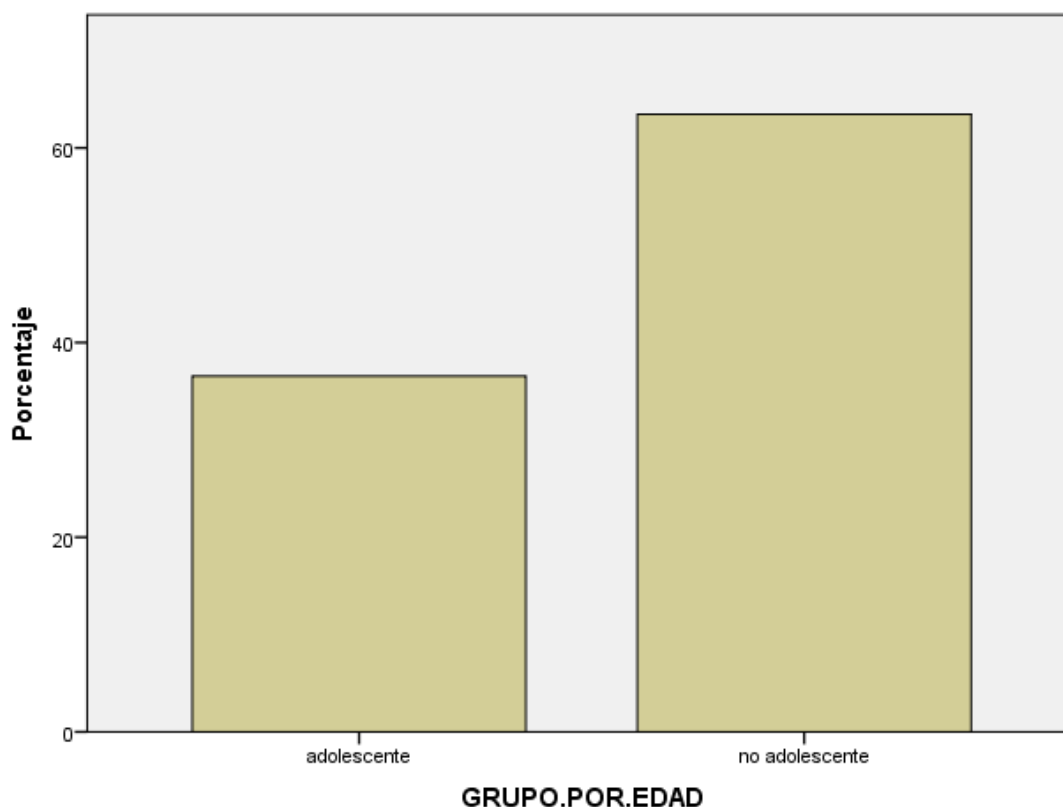
### 4.1 Resultados

#### Análisis Univariado

Luego de realizar el análisis de las 301 historias clínicas que reposan en el departamento de estadística del Centro de Salud del Cantón La Maná de la provincia de Cotopaxi correspondientes a las pacientes que fueron atendidas entre el mes de Junio 2010 a Junio del 2011 se pueden desprender los siguientes resultados.

Del grupo analizado podemos mencionar que 110 casos (36,5%) de mujeres corresponden al grupo de Madres Adolescentes (MA) cuya edad fluctúa entre 13 años a 19 años y el 63,5% corresponde al grupo de Madres No Adolescentes (MNA) cuya edad fluctúa entre los 20 años a 41 años. Gráfico 1.

**Gráfico1. Distribución porcentual de edad materna por grupo de edad al momento del parto de las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



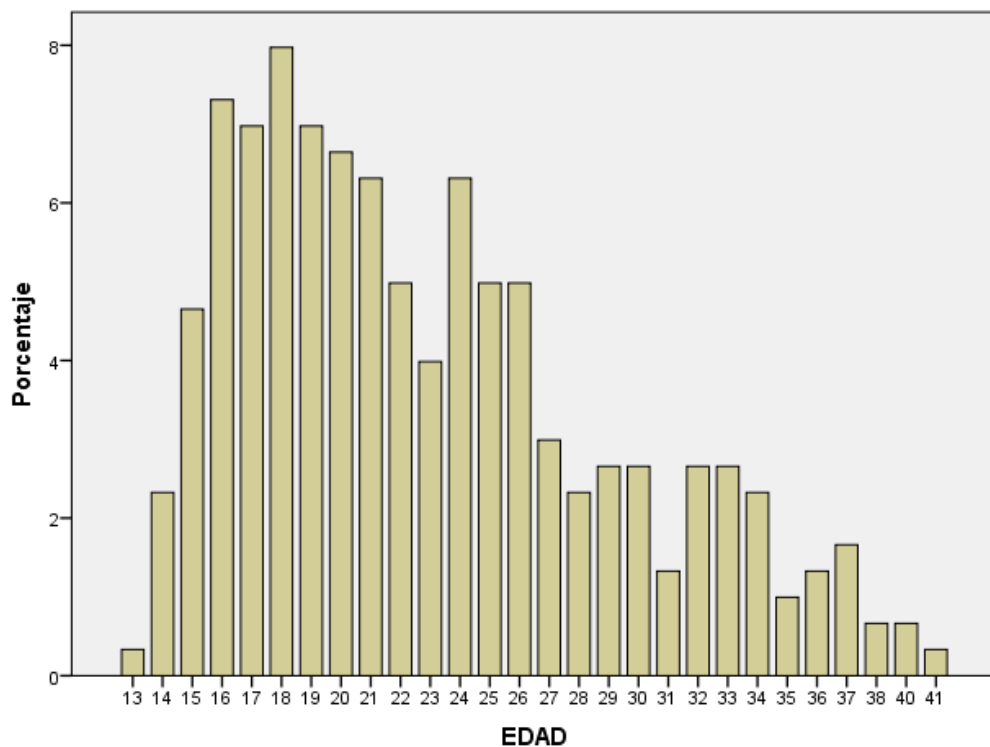
(AUTORES: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)

Con respecto a ciertas características demográficas como la edad se puede observar que en el grupo de MA la edad que se encontró con mayor frecuencia es de 18 años lo cual representa el 8% del total de la muestra correspondiente a 24 casos, mientras que en el grupo de MNA la edad que se presenta con mayor frecuencia es 20 años que representa el 6,6% del total de la muestra correspondiente a 20 casos.

Los segundos grupos de edad que aparece con mayor frecuencia en la muestra que se a estudiado dentro del grupo de MA es el de 16 años que representa el 7,3% con 22 casos, mientras que en el grupo de MNA es tanto el grupo de 21 años como el de 24 años con 19 casos cada uno representando el 6,3%.

Entre los extremos tanto del grupo de MA como el grupo de MNA está representado con un caso en cada uno, una paciente de 13 años que representa 0,3% del total de la muestra en el grupo de MA y una paciente de 41 años en el grupo de MNA. Gráfico 2.

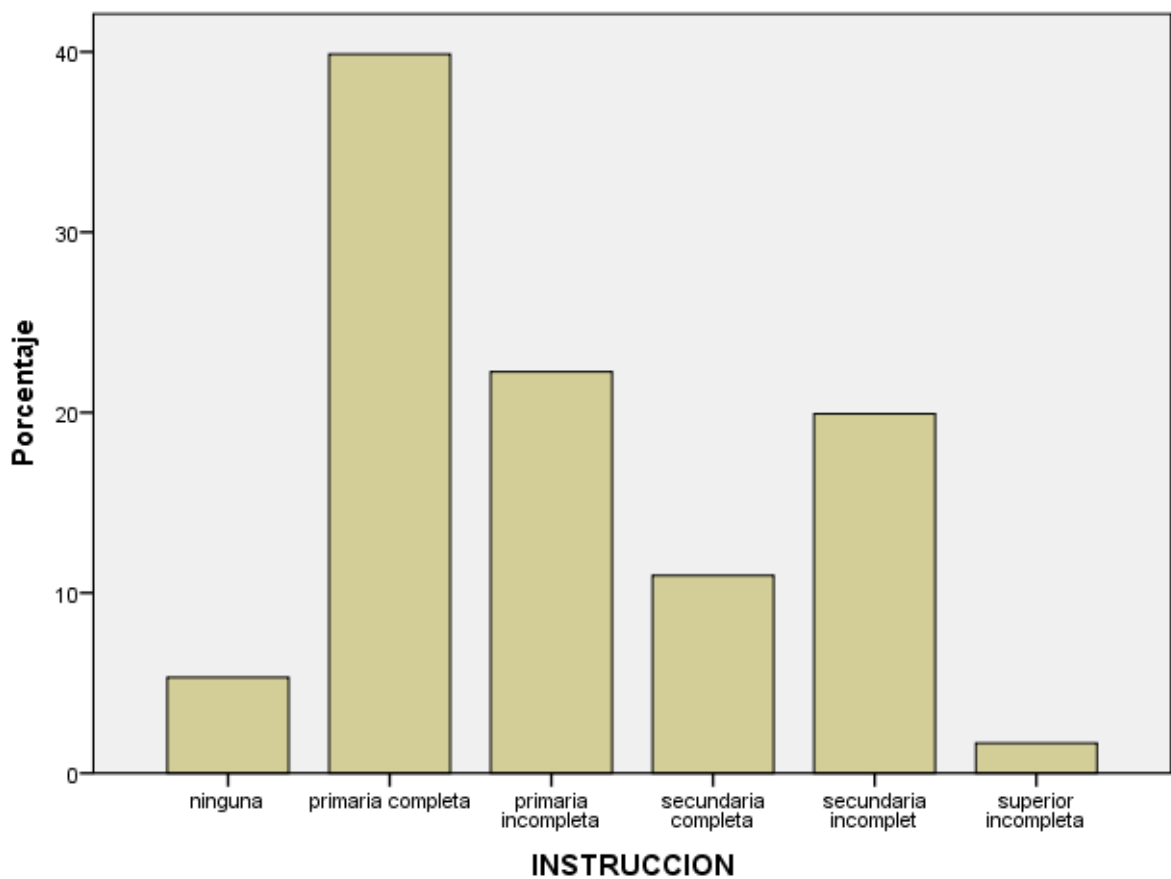
**Gráfico 2. Distribución porcentual de edad materna al momento del parto de las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



**(AUTORES: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)**

En el gráfico 3 se puede observar la distribución de la instrucción en los grupos de MA y MNA, la instrucción primaria completa se mostró con mayor frecuencia representando el 39,9% con 120 casos, la instrucción superior incompleta es la que tuvo menor frecuencia con 5 casos (1,7%).

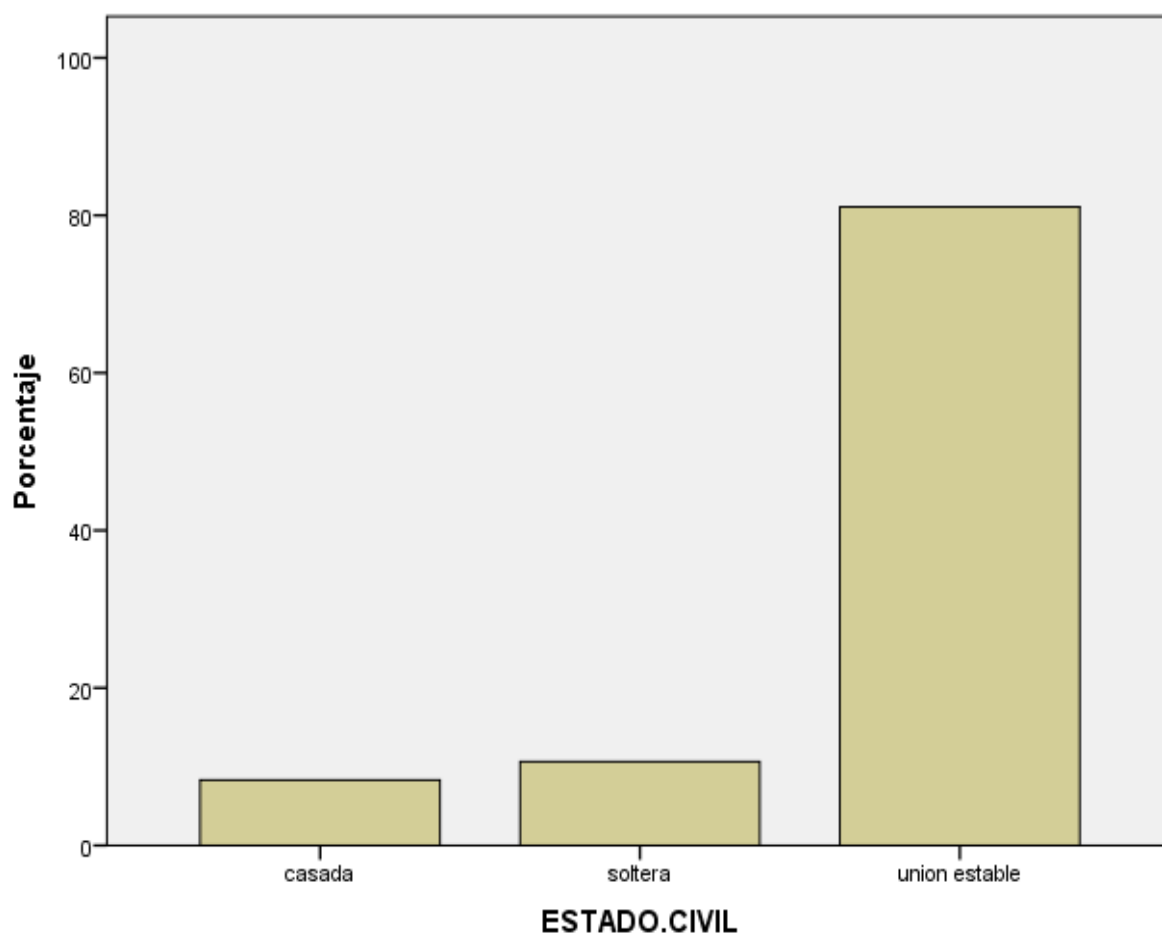
**Gráfico 3. Distribución porcentual del nivel de instrucción en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



**(AUTORES: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)**

Otra de las características demográficas analizada fue el estado civil cuya distribución se centró en su mayoría en el grupo de Unión Estable representando el 81,1% es decir 244 casos, 10,6% fueron pacientes Solteras es decir 32 pacientes y 25 casos casadas lo cual representa el 8,3% como se puede observar en el Gráfico 4.

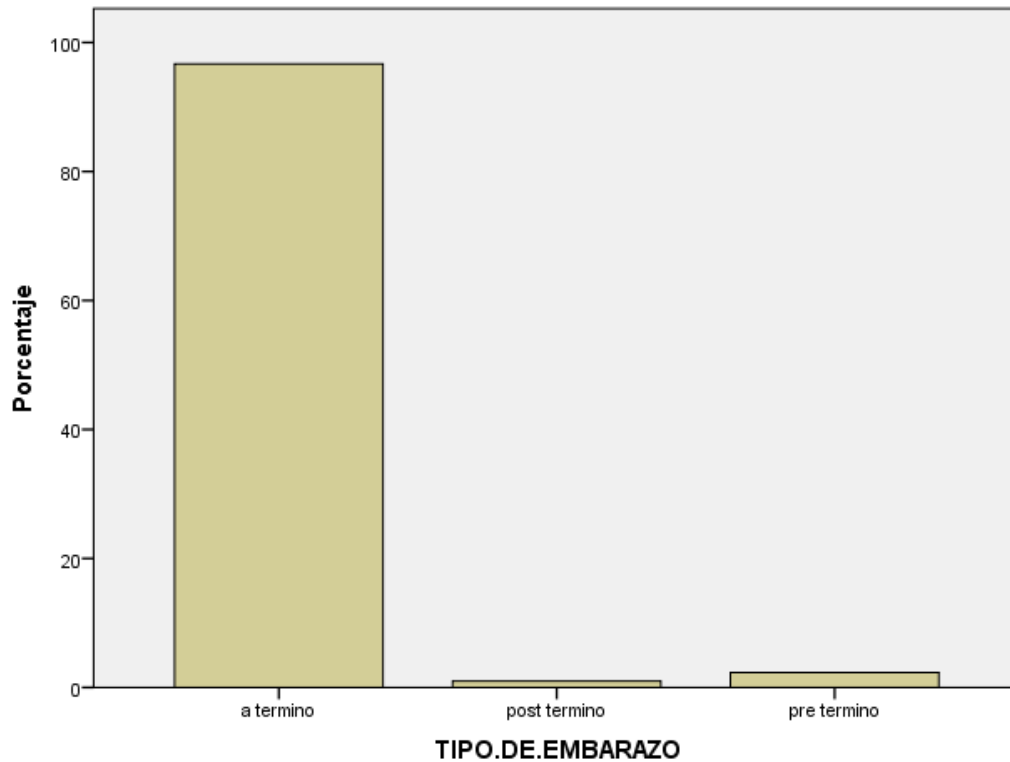
**Gráfico 4. Distribución porcentual del estado civil en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



**(AUTORES: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)**

La Edad Gestacional de los recién nacidos en relación al tipo de embarazo, en su mayoría fue a término lo cual representó el 96,7% siendo 291 casos, la excepción fueron 10 recién nacidos de los cuales 3 fueron post término de 42 semanas representando el 1%, y 7 casos de recién nacidos pre-término representando el 2,3% de los cuales 3 casos es decir el 1% fueron de 36 semanas y un caso de 32, 33, 34 y 35 semanas respectivamente representando 0,3% en cada caso como podemos apreciar en el Gráfico 5.

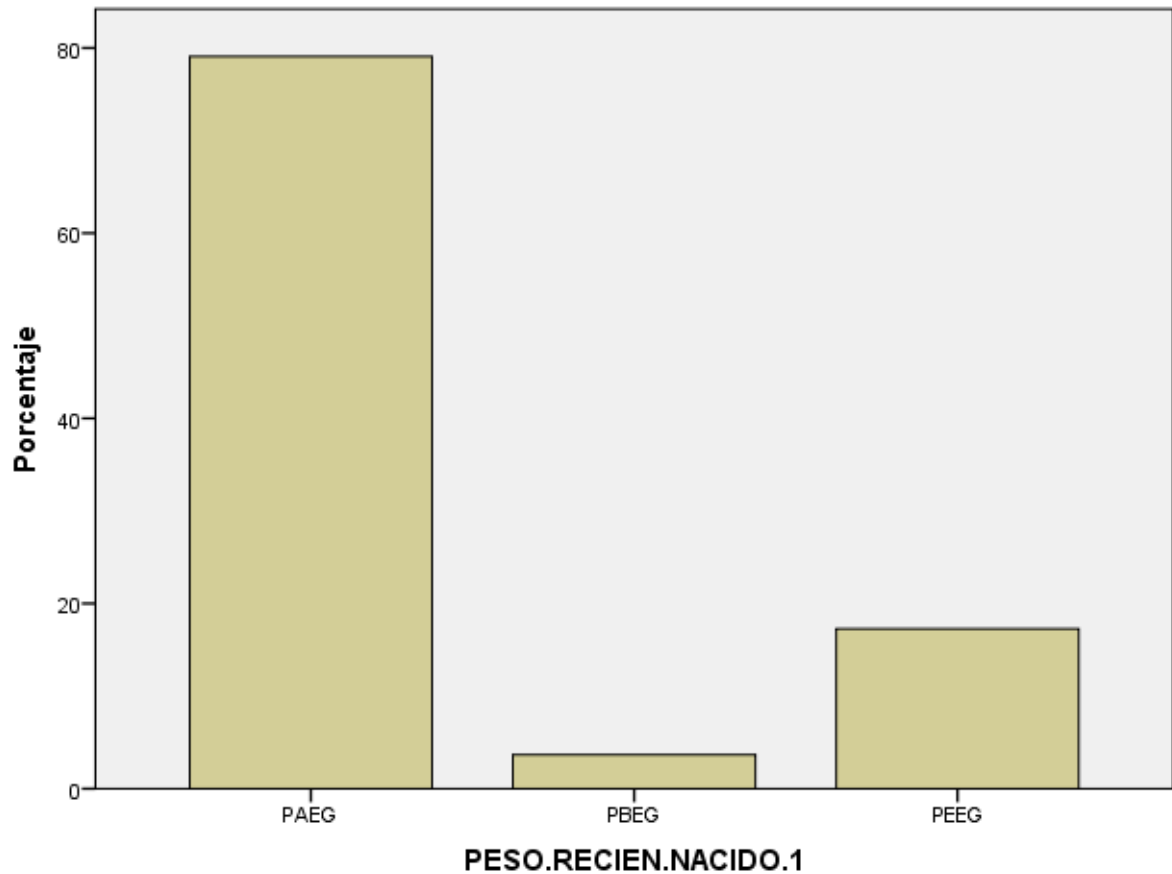
**Gráfico 5. Distribución porcentual del tipo de embarazo en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



**(AUTORES: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)**

La relación del peso con la edad gestacional fue dividida en tres grupos, el grupo de peso adecuado para edad gestacional represento el 79,1% con 238 casos, peso bajo para edad gestacional el 3,7% con 11 casos y peso elevado para edad gestacional 17,3% con 52 casos. Gráfico 6.

**Gráfico 6. Distribución porcentual del peso del RN en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**

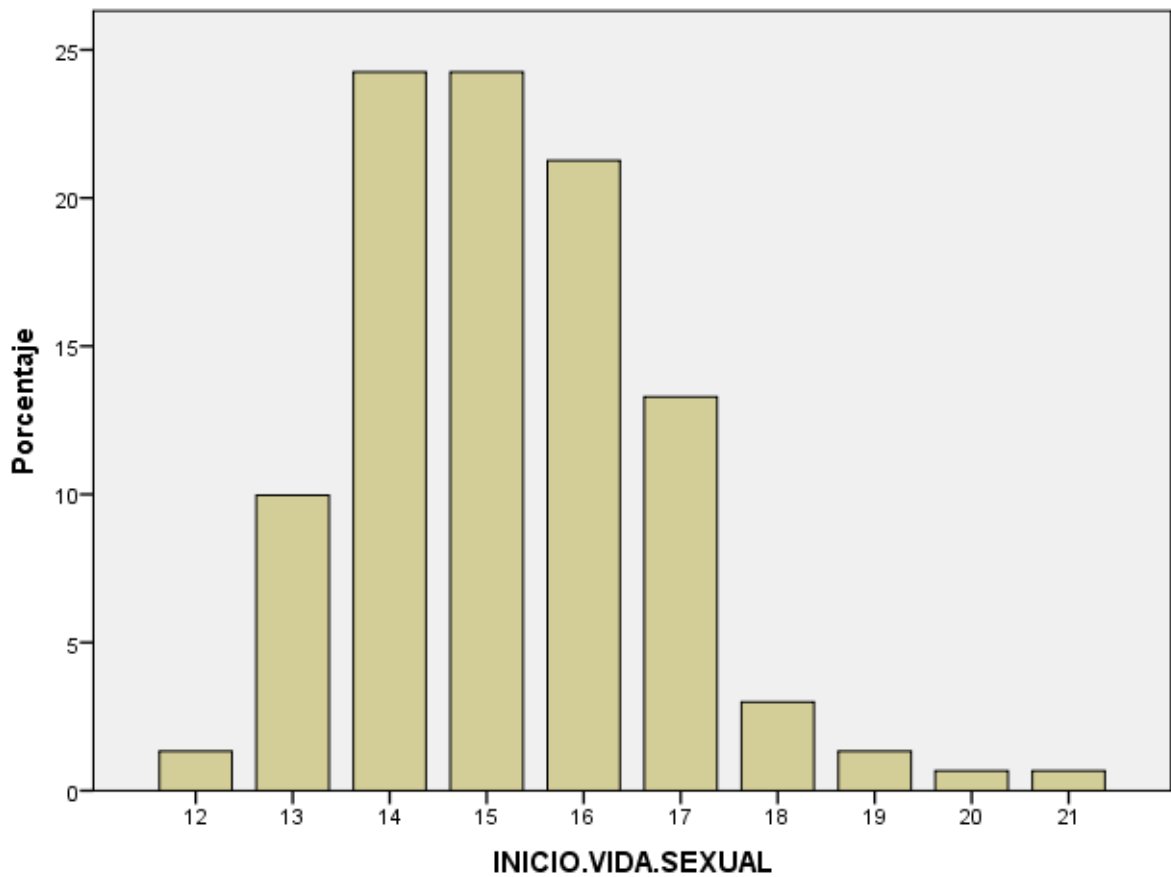


**(AUTORES: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)**

El inicio de vida sexual en su mayoría se centró en los grupos de 14 años a 16 años lo cual represento 69,9% reflejando 210 casos, los cuales se encuentran distribuidos de la siguiente manera, pacientes de 14 y 15 años 73 casos para cada grupo representando el 24,3% y 64 casos en el grupo de 16 años el cual representa el 21,3%. Los extremos se encuentran ocupados por 6 casos, 4 casos de pacientes de 12 años 1,3% y 2 pacientes de 21 años siendo el 0,7%.

Es importante mencionar que otro de los grupos de edad donde se concentraron casos con gran frecuencia fue en el grupo de 13 años con 30 casos, que representaron el 10%. Gráfico 7

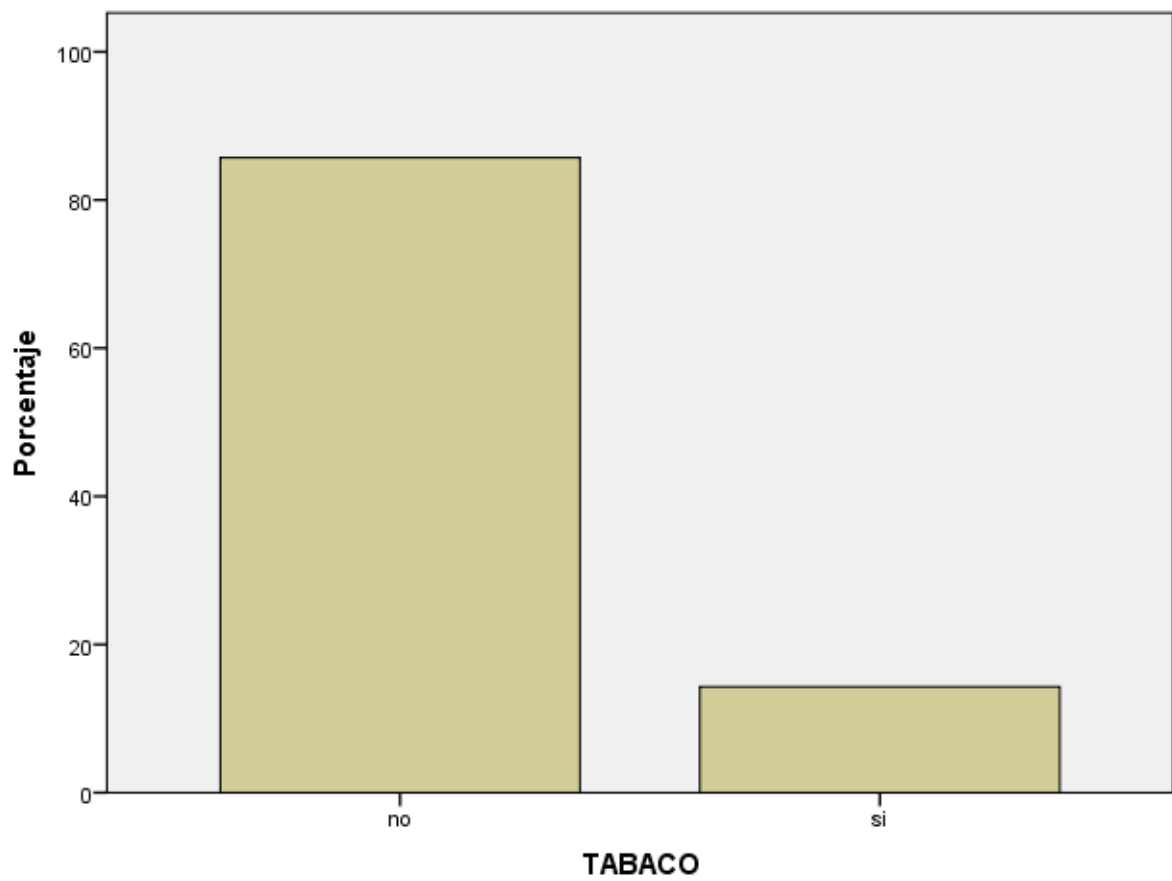
**Gráfico 7. Distribución porcentual de la edad de inicio de relación sexual de las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



**(AUTORES: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)**

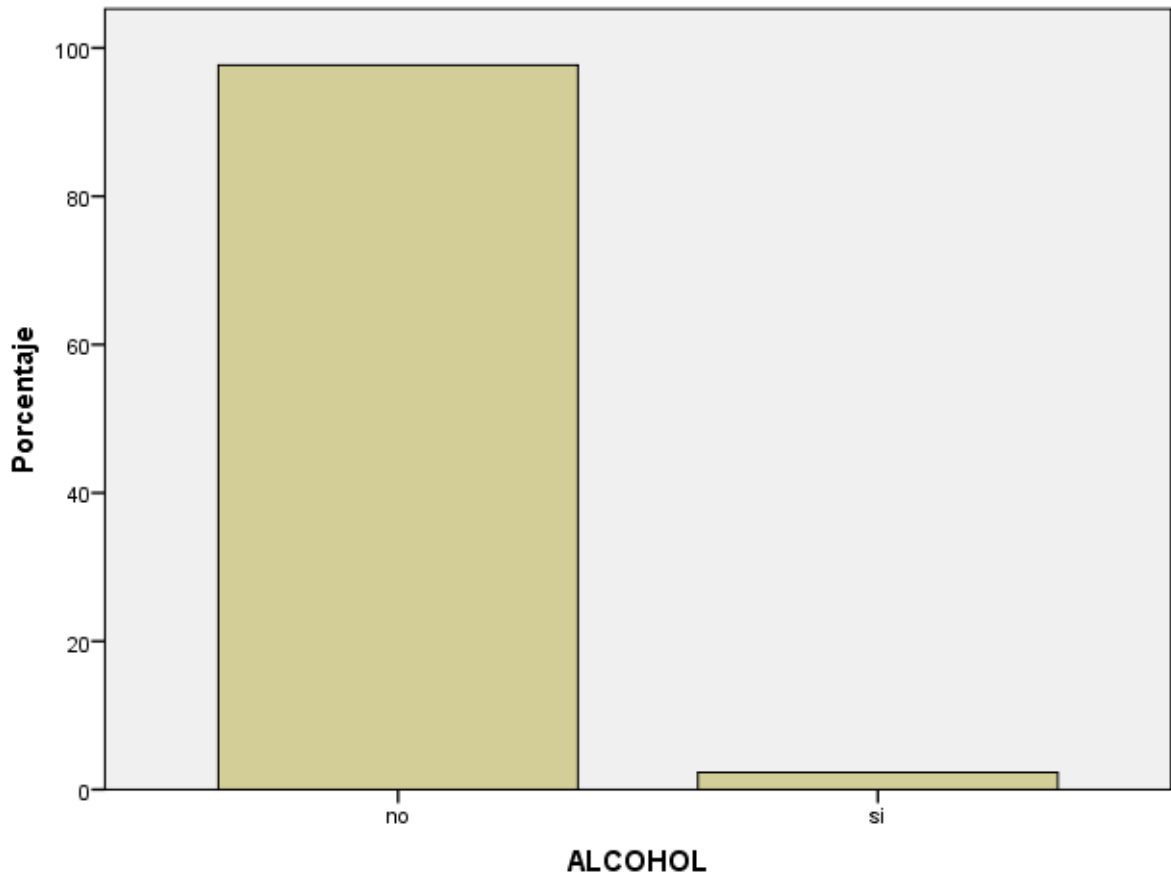
En cuanto a las toxicomanías la distribución porcentual con respecto al alcohol fue de 294 casos (97,7%) que mencionaron no haber consumido el mismo y 7 casos (2,3%) que mencionaron haberlo hecho, 258 casos (85,7%) no refirieron tener habito tabáquico y 43 casos (14,3%) lo afirmaron, con respecto al uso de otro tipo de drogas, el total de la muestra es decir 301 casos negaron haberlas usado. Gráfico 8,9 y 10.

**Gráfico 8. Distribución porcentual del consumo de tabaco en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



**(AUTORES: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)**

**Gráfico 9. Distribución porcentual del consumo de alcohol en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



**(AUTORES: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)**

### **Resultados y Análisis Bivariado**

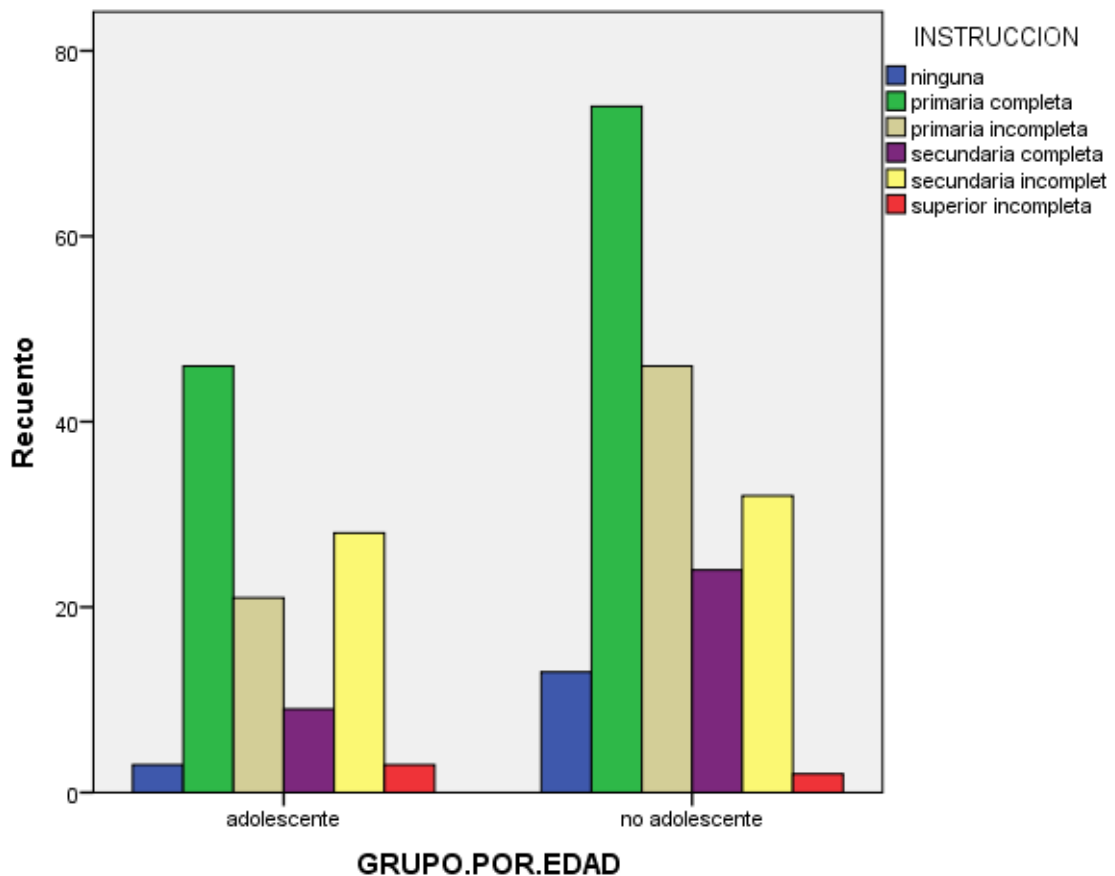
Con la intención de cumplir el cometido con el que se inició la realización de este proyecto de tesis y cumplir con los objetivos propuestos se plantearon diversas relaciones de variables usando como principal medida estadística el CHI cuadrado.

Los resultados más importantes procederemos a exponerlos en este apartado.

Se inició relacionando los grupos de MA y MNA con el nivel de instrucción de las diferentes casos inmiscuidos en el estudio, observándose que la mayor parte de estos se encontraron concentrados en el grupo de instrucción primaria completa, seguida en frecuencia por la instrucción primaria incompleta, dejando pocos casos en el grupo de instrucción superior incompleta.

No se observó ningún caso de instrucción superior completa como se puede observar en el gráfico 10.

**Gráfico 10. Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el nivel de instrucción al momento del parto en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



**(Autores: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)**

Luego de haber relacionado el grupo de MA y el de MNA con el nivel de instrucción y someter los resultados a la medida estadística CHI2 se obtuvo un valor de 8,19 con un valor de p de 0,146 lo cual representa que los datos obtenidos son producto del azar. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en ningún grupo.

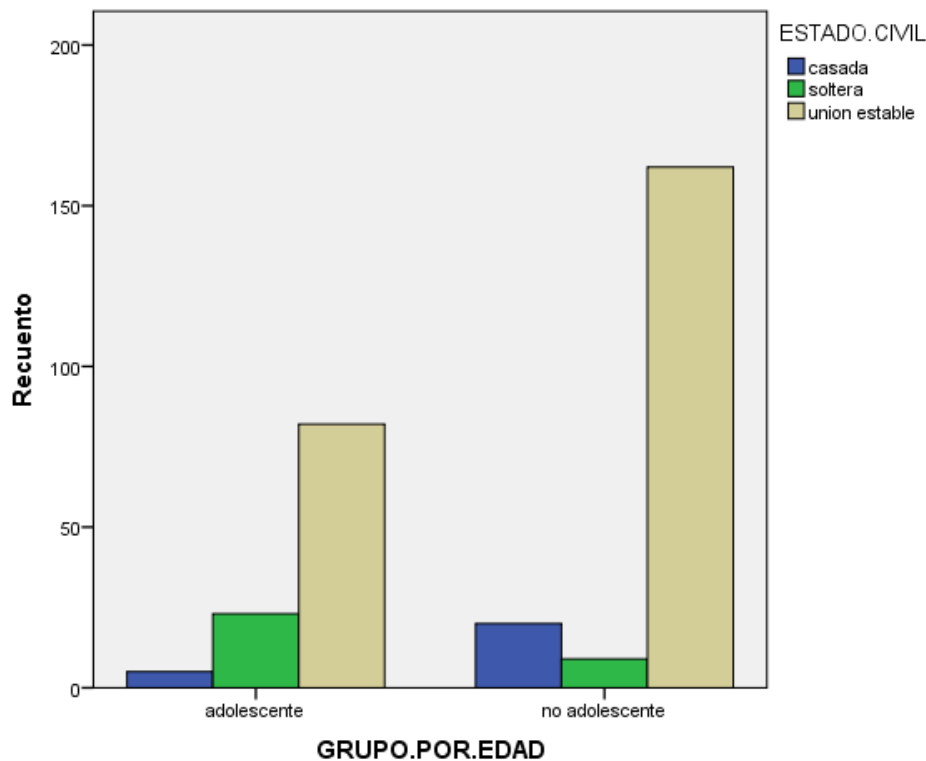
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,192 <sup>a</sup>	5	,146
Razón de verosimilitudes	8,365	5	,137
N de casos válidos	301		

a. 2 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,83.

En el gráfico 11 podemos ver la distribución del estado civil en los dos grupos estudiados, como se puede apreciar el estado civil más frecuente observado es el de unión libre tanto en el grupo de MA como de MNA, el grupo soltera se encuentra ocupado en su mayoría por MA, contrario con lo que sucede con el grupo casadas, ocupada en su mayoría por MNA.

**Gráfico 11. Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el estado civil al momento del parto en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



**(Autores: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)**

En el análisis del grupo de MA y MNA con el estado civil se encontró relación estadísticamente significativa con un CHI2 de 21,084 y un valor de p 0.000.

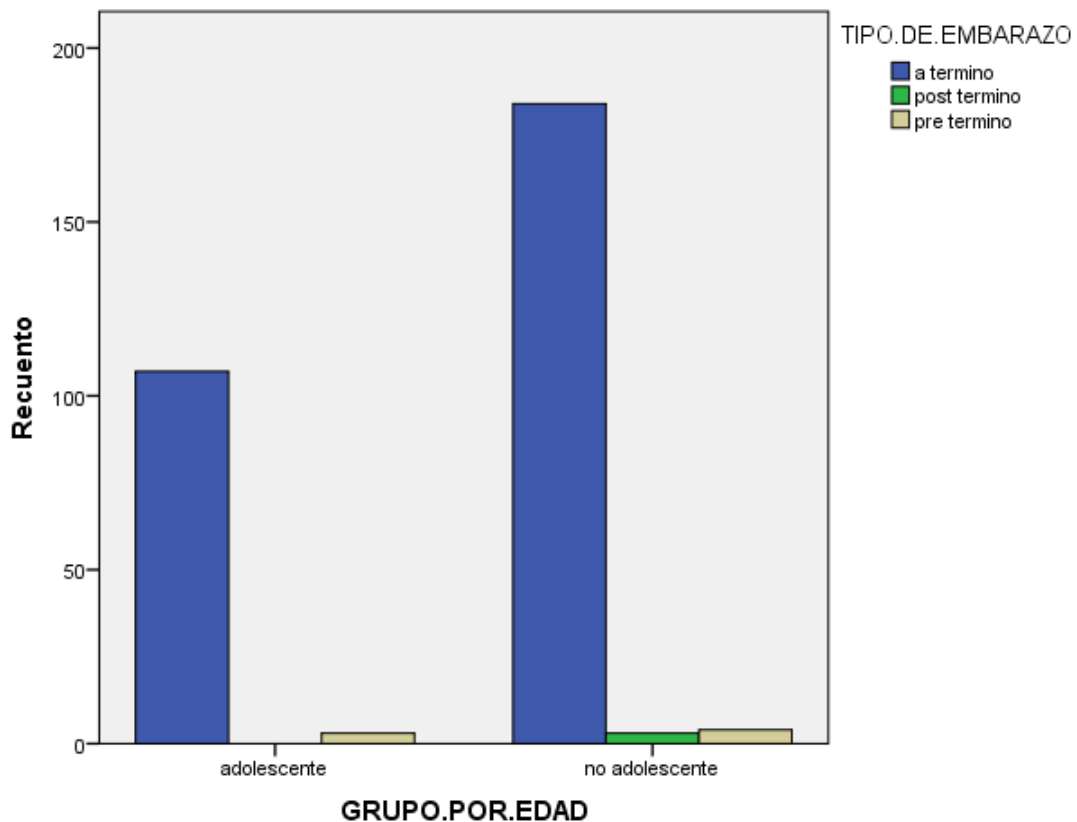
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,084 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitudes	20,627	2	,000
N de casos válidos	301		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,14.

La distribución del tipo de embarazo en los dos grupos estudiado reveló que el más frecuente para los dos fue el parto a término como se observa en el gráfico 12.

**Gráfico 12. Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el tipo de embarazo al momento del parto en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



**(Autores: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)**

Con respecto al tipo de embarazo relacionado con el grupo de MA y MNA se obtuvo un CHI2 de 1,854 y p de 0,396 lo cual descarta una relación estadísticamente significativa.

### Pruebas de chi-cuadrado

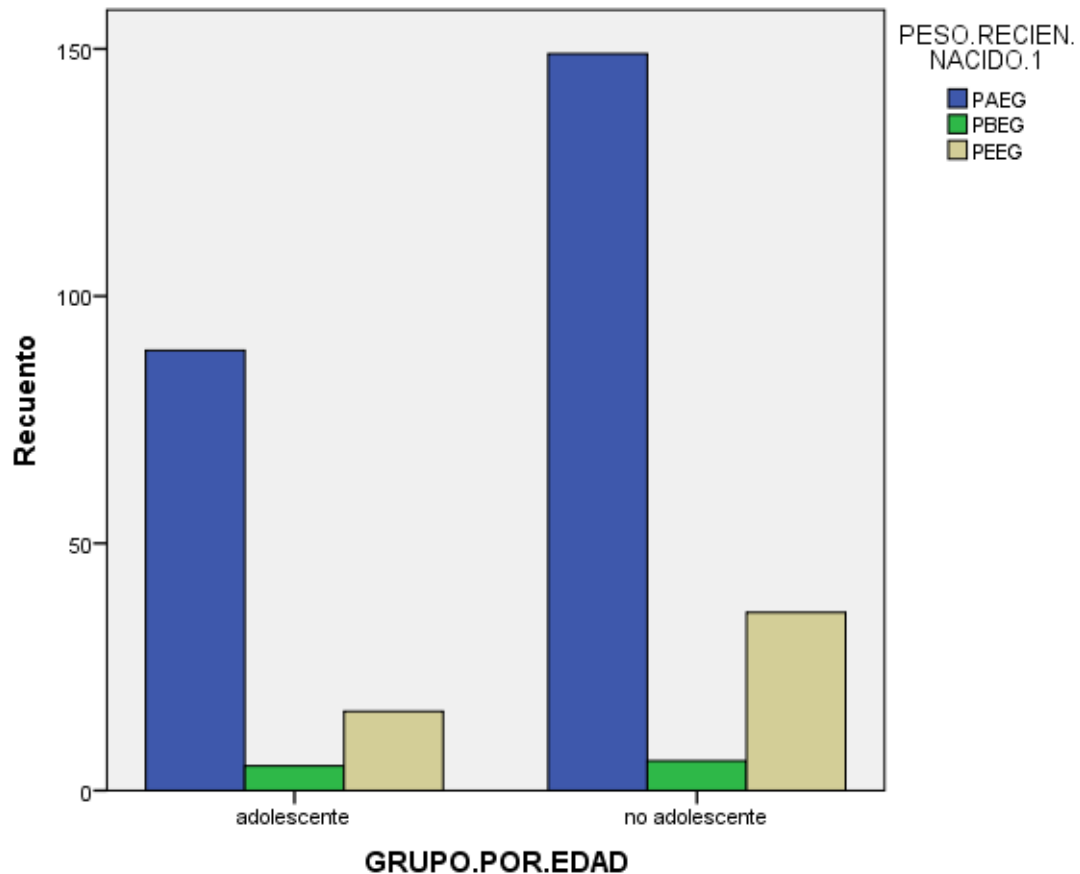
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,854 <sup>a</sup>	2	,396
Razón de verosimilitudes	2,853	2	,240
N de casos válidos	301		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,10.

El gráfico 13 muestra la distribución del peso de los recién nacidos en relación a los grupos de edad estudiados. En este podemos observar que para los dos grupos la mayoría de los recién nacidos fue de peso adecuado para la edad gestacional.

Una diferencia entre los dos grupos es la mayor frecuencia de casos de recién nacidos con peso elevado para la edad gestacional observado en el grupo de MNA.

**Gráfico 13. Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el peso del recién nacido en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



(Autores: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)

No se encontró ningún tipo de relación estadística entre el peso de los recién nacidos y el grupo de MA y MNA obteniendo un CHI2 de 1,199 y una p de 0,549.

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,199 <sup>a</sup>	2	,549
Razón de verosimilitudes	1,207	2	,547
N de casos válidos	301		

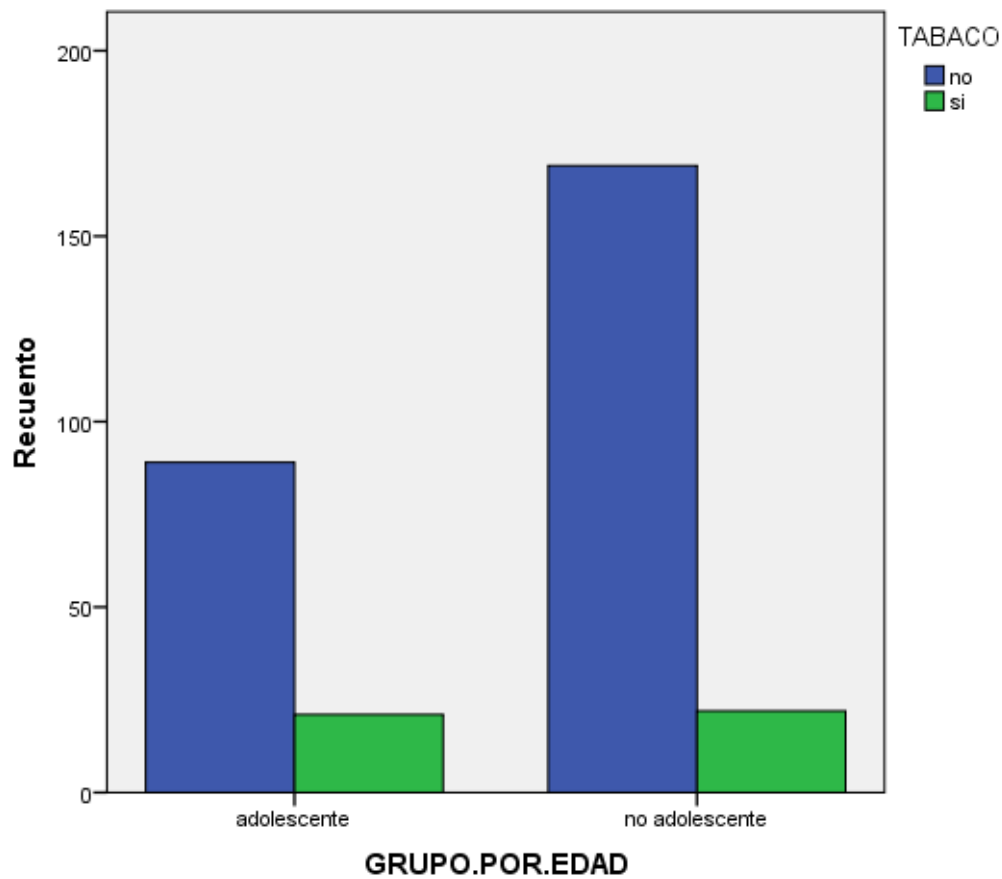
a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,02.

En los gráficos 14 y 15 podemos observar la distribución del consumo de tabaco y de alcohol en los grupos de MA y MNA. En los dos grupos la mayoría de casos afirmaron no consumir tabaco ni alcohol.

A pesar de que no existió relación estadísticamente significativa entre el hábito tabáquico y el grupo de MA y MNA analizado a través del CHI2 cuyo resultado fue 3,269 con una p de 0,052 podemos mencionar que está cerca de la significancia estadística.

No se utilizó ningún gráfico con respecto a la variable otras drogas estudiadas puesto que no se encontró ningún caso que lo utilizara.

**Gráfico 14. Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el uso de tabaco en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



(Autores: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)

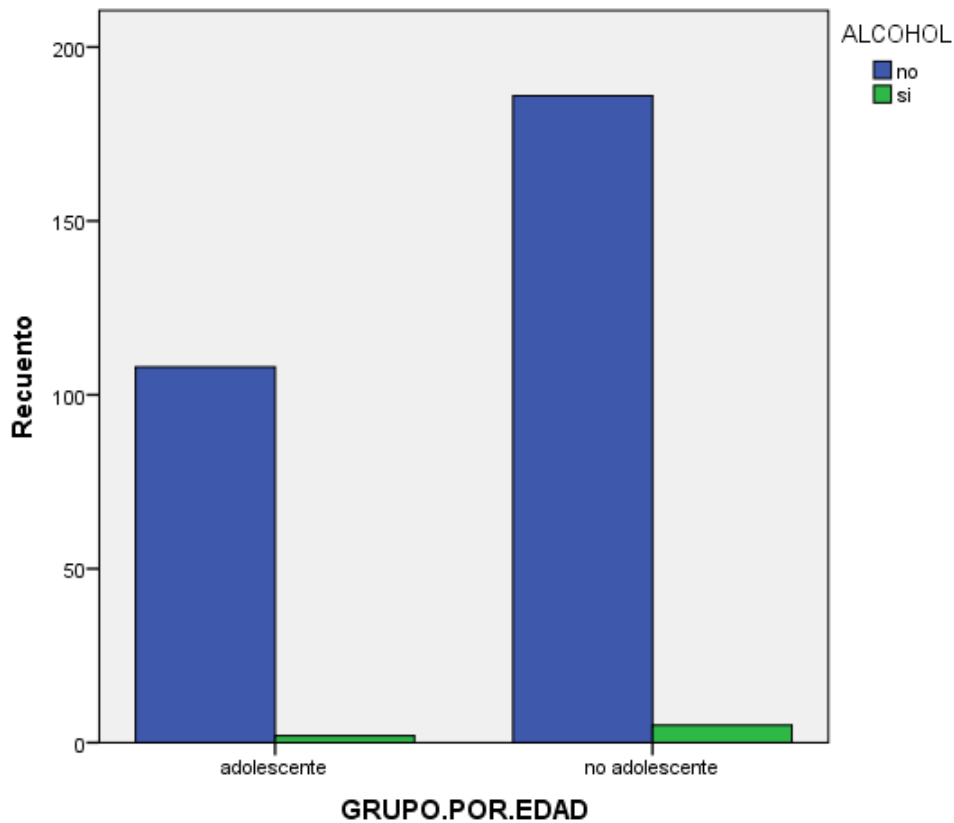
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,269 <sup>a</sup>	1	,071		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	2,680	1	,102		
Razón de verosimilitudes	3,175	1	,075		
Estadístico exacto de Fisher				,087	,052
N de casos válidos	301				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,71.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Gráfico 15. Relación del grupo de madres adolescentes y no adolescentes y el uso de alcohol en las pacientes atendidas en el Centro de Salud del Cantón La Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**



(Autores: Daniela Camacho y Bosco Moscoso)

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,196 <sup>a</sup>	1	,658		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	,002	1	,963		
Razón de verosimilitudes	,204	1	,652		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,496
N de casos válidos	301				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,56.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Para diferenciar las variables cuantitativas tanto en el grupo de MA como en el grupo de MNA se realizó un estudio de medias de cada una de ellas.

La media en el caso de la edad gestacional en el grupo de MA fue de 38,83, mientras que en el caso de las MNA fue de 39,26. Según los datos recolectados los 3 casos de embarazos post término fueron de MNA.

La media en el caso del peso del recién nacido en el grupo de MA fue de 3102,46 gramos mientras que en el grupo de MNA fue de 3289,45 gramos.

La media en el caso de inicio de vida sexual en el grupo de MA fue de 14,47 años, mientras que el grupo de MNA fue de 15,61 años. Tabla 1.

**Tabla 1. Diferencia de Medias entre Edad de inicio de relaciones sexuales, edad gestacional al momento del parto y peso del recién nacido entre madres adolescentes y no adolescentes atendidas en el Centro de Salud del Cantón la Maná de Junio del 2010 a Junio del 2011**

		Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)	
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior				Superior
Par 1	EDAD.GESTACIONAL.EN. ADOLESCENTES - EDAD.GESTACIONAL.EN. NO.ADOLESCENTES	-,436	1,951	,186	-,805	-,068	-2,345	109	,021
Par 2	PESO.DEL.RN.EN. MADRES. ADOLESCENTES - PESO.RN.EN.MADRES. NO.ADOLESCENTES	-186,991	642,990	61,307	-308,499	-65,483	-3,050	109	,003
Par 3	INICION.DE.VIDA. SEXUAL.EN. ADOLESCENTES - INICIO.DE.VIDA.SEXUAL. EN.NO.ADOLESCENTES	-1,136	1,869	,178	-1,490	-,783	-6,375	109	,000

## **CAPITULO 5**

### **5.1 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

En el presente estudio de tipo descriptivo transversal en el que se propuso tomar como muestra el total de partos atendidos en el Centro de Salud del Cantón La Maná, Provincia de Cotopaxi, de Junio del 2010 a Junio del 2011 que representaron 412 casos, se pudo realizar el análisis de 301 casos puesto que, las historias correspondientes a 38 casos no fueron encontradas en el servicio de estadística y 73 estuvieron incompletas.

Se observó que el 36,5% de los casos pertenecieron a Madres Adolescentes y el 65,5% a Madres No Adolescentes, datos que son similares a los expuestos por Gloria Racines, coordinadora del Área 1 del Centro de Salud de Cotopaxi quien menciona que más del 30% de los partos atendidos en la provincia de Latacunga capital de la Provincia de Cotopaxi durante el 2010 pertenecen a madres adolescentes, valores que se encuentran alarmantemente por encima de valores de países latinoamericanos por ejemplo Chile que según el Instituto Nacional de Estadísticas demostró que del total de madres el porcentaje de madres adolescentes es del 15,62% y aún más lejos de los porcentajes estimados por la Organización Mundial de la Salud en el que se menciona que del total de nacimientos en el mundo el 10% pertenecen a adolescentes, mientras que el Centro Latinoamericano de Demografía menciona más bien que está cerca del 20% y la UNICEF y UNIFEM menciona que esta entre el 20 y 26%.

En el presente estudio se obtuvo un total de 110 casos de madres adolescentes de las cuales la mayor parte se concentraron en el grupo de 18 años, con 24 casos representando el 8%, cifra seguida por 22 casos de madres de 16 años de edad que representan el 7,3% y un caso de 13 años de edad representando el 0,3%.

Al separar los adolescentes en 2 subgrupos de edad, entre 15 y 19 años y menores de 15 años podemos reconocer que la mayor parte de madres adolescentes se encuentra en el primer grupo mencionado con 102 casos representando el 34% del total de la

muestra y el 92,7% del total de madres adolescentes, en tanto que se encuentran 8 casos de madres adolescentes cuya edad fue menor a 15 años, 7 casos de madres de 14 años y 1 caso de 13 años lo cual representa el 2,5% del total de la muestra y el 7,2% del total de madres adolescentes, datos similares también a los expuestos en la provincia de Latacunga donde se estudiaron un total de 932 madres adolescentes que dieron a luz durante el 2010 de las cuales 908 casos pertenecieron a madres entre 15 a 19 años y 24 casos menores de 15 años. Dadas estas cifras se puede reconocer la magnitud del problema en éste cantón que empeora al saber que en los últimos años la prevalencia de embarazos adolescentes se ha mantenido mas no ha descendido.

Por otro lado, con respecto al grupo de madres no adolescentes la mayor parte de estas se encuentran concentradas en 2 grupos de edad, 21 y 24 años con 19 casos, (6,3%) del total de la muestra, luego se observa una disminución de 1,3% hacia el siguiente grupo de edad concentrándose con 15 casos, (5%) cada grupo, en madres de 25 y 26 años, posteriormente la frecuencia de casos se reduce algo más de la mitad con 8 casos por cada grupo de edad en madres de 29, 30, 32 y 33 años para finalmente disminuir en la frecuencia de casos paulatinamente hasta terminar en 1 caso en el grupo de madres de 41 años de edad.

Se puede apreciar del total de la muestra estudiada con respecto a la distribución porcentual de la edad materna que, la mayoría de las madres se concentran entre los 15 a 26 años, representando 217 casos es decir el 72% de la muestra.

De acuerdo a información obtenida en el INEC con respecto al nivel de instrucción el 51,1% de las madres en el país, tienen educación básica, el 23,1% educación media y el 17% educación superior (24).

Los datos anteriormente citados fueron confirmados en este estudio, lo que lleva a vislumbrar las deficiencias en los sistemas de educación. Esto, como se puede observar en las estadísticas nacionales repercute en un aumento del promedio de hijos por madre, produciendo mayor inestabilidad económica y social.

Al realizar el análisis a través del método estadístico CHI2 se determinó que no existe ningún tipo de relación entre ser MA o MNA y el nivel de instrucción.

Esto probablemente se vea ligado de manera estrecha al hecho de que gran parte de las madres que pertenecen al grupo de no adolescentes incluidas en este estudio, también tienen importantes deficiencias en su formación académica, pertenecen en su mayoría al grupo de instrucción primaria completa, habiendo en este sentido una diferencia porcentual entre madres adolescentes y madres no adolescentes de tan solo 3,1%.

Este fenómeno se podría explicar si se toma en cuenta que gran cantidad de los casos estudiados en el grupo de madres no adolescentes en años previos pertenecieron probablemente al grupo de madres adolescentes lo cual aclara la razón por la que ambos grupos comparten esta característica.

En el presente estudio el 39,9 % de los casos consta de instrucción primaria completa y el 22,2 % primaria incompleta, juntando estos grupos se obtiene un valor del 62,1 % de educación básica lo que se acerca a los valores nacionales.

La estadística nacional señala que las madres que no poseen ningún nivel de instrucción tienen un promedio de 6 hijos, mientras que las de Educación media promedian 2,4 hijos (24), estadística cuya importancia radica en el hecho de que al no tener instrucción y tener mayor cantidad de hijos, la pobreza aumenta proporcionalmente en estas familias y las posibilidades de surgir económicamente disminuyen.

El estado civil fue otra de las variables analizadas, en la que existe una relación estadísticamente significativa, es decir que el tipo de estado civil con el que cuente una mujer en la población estudiada esta en directa relación con el hecho de ser o no madre adolescente, dicho esto se observó que el ser madre no adolescente está relacionado con el matrimonio, pues se encontró que el 10,4% de madres no adolescentes estaban casadas en comparación con un 4% en madres adolescentes, en el caso de ser soltera existió mayor relación con el hecho de ser madre adolescente, pues el 20,9% de madres adolescentes son solteras en comparación con 16,7% de

madres no adolescentes y finalmente la unión estable demostró estar en mayor relación con madres no adolescentes 84,9% que con madres adolescentes 74,5%.

Estos resultados se explican con lo manifestado previamente, es decir, que gran parte de los embarazos de madres adolescentes son embarazos no deseados, producto de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos en medio de una relación inestable en el que la pareja de la adolescente es una persona que no asume su responsabilidad y la abandona.

A nivel nacional según su estado conyugal, el 71% de las madres tiene pareja (casada o unida), mientras que el 29% no tiene pareja, de éstas, el 9% están solteras. (24) En los datos nacionales no hay registro por separado de MA y MNA, así como tampoco de matrimonio y unión libre. Comparando estos resultados con los obtenidos en este estudio, el 89,4% tiene pareja y el 10,6% no la tienen, el mismo que se refiere solo a madres solteras, ya que no se encontraron madres divorciadas, ni viudas.

No se evidenció ningún tipo de relación entre madres adolescentes o no adolescentes con respecto a tener recién nacidos a término, pre termino o post termino, o recién nacidos de bajo, adecuado o alto peso para edad gestacional, resultado que no es análogo a lo observado en otros estudios, que mencionan la relación de la maternidad precoz con los recién nacidos pre termino o de bajo peso, esto podría explicarse al tomar en cuenta que en el Centro de Salud secundario a su limitada capacidad resolutive se procura en la medida de lo posible atender aquellos partos que no se encuentren relacionados con posibles complicaciones materno fetales, es decir partos de embarazos a término por ejemplo. Los casos de partos de productos prematuros o pos término que en algunas ocasiones necesitan ser resueltos por vía quirúrgica tanto como de bajo peso o macrosomia fetal son remitidos a otras casas de salud.

Con respecto a las toxicomanías analizadas en ninguno de los casos se encontró relación estadísticamente significativa, sin embargo es importante mencionar que el valor obtenido del CHI2 en el caso del hábito tabáquico estuvo cerca de la significancia estadística, el 80% de madres adolescentes negó el consumo de tabaco mientras que

el 19,8% lo afirmo, en tanto que en el grupo de madres no adolescentes el 88% negó el consumo de tabaco mientras que el 11% lo confirmo.

Esta relación a pesar de no ser estadísticamente significativa tiene importancia, debido a que las madres adolescentes por su condición limitan sus oportunidades siendo por esta razón víctimas de abusos y de abandono afectivo, económico y social, formando por estas características un grupo muy susceptible al consumo de alcohol tabaco y drogas.

A pesar de no haber sido demostrado, probablemente por características ajenas a este estudio, es sabido que las madres adolescentes se encuentran en mayor relación con abuso de tabaco alcohol y otro tipo de drogas.

En este estudio no se realizó análisis de uso de otras drogas que no sean tabaco y alcohol puesto que en todos los casos fue negado.

## 5.2 RECOMENDACIONES

Luego de realizado el análisis de las variables comprometidas en el presente estudio se puede mencionar varias recomendaciones con respecto a la problemática de los adolescentes.

La relación de la maternidad precoz con el nivel de instrucción pese a no ser demostrada en el presente estudio es cierta, ha sido observada en varios estudios realizados entre estos siendo el más importante a nivel país el ENDEMAIN, por esta razón la recomendación más sustancial que se puede desprender de la realización de este proyecto de tesis es la imperiosa necesidad de intervenciones agresivas en la población femenina a edades tempranas con la principal intención de otorgar la formación académica que por derecho le pertenece a cada individuo de este país.

El pilar fundamental para el desarrollo de cualquier ser humano es la educación, por ende esta es el arma más valiosa con la que se cuenta para disminuir los embarazos en madres adolescentes.

Si se toma en cuenta las características demográficas del Cantón La Mana, cuya población está alrededor de los 32.115 habitantes, de acuerdo a cifras proporcionadas por el último Censo de Población y Vivienda, con 53,79% de la población en el área urbana y 46,21% en el área rural, siendo población femenina un 48,8% y masculina un 51,2%, podemos reconocer que cerca de la mitad de la población habita en regiones rurales, y este grupo tiene como común denominador la carencia de instituciones académicas o de salud e incluso de servicios básicos, la actividad laboral más importante es la agricultura, razón por lo que la población rural opta por permanecer en esta zona realizando las labores que proporcionan el sustento económico de la mayor parte de hogares antes que dirigirse hacia la zona urbana en busca de formación académica, esto hace a este cantón propenso a este tipo de problemática. Si a esto se le añade que el analfabetismo en mujeres se presenta en 13,2%, mientras que en varones: 10,8% explicado por la misma situación se puede entender con claridad y sin mayor asombro los resultados expuestos en este estudio.

Con respecto a este tema se puede citar por ejemplo dentro de las propuestas para solucionar esta problemática un proyecto que se ha puesto en marcha desde hace un año atrás a manos de los ministerios de Salud, de Educación, de Inclusión Económica y Social y la Secretaría del Migrante, el cual tiene como blanco principal las provincias donde es más crítica la realidad de la maternidad precoz, provincias entre las cuales se encuentra la de Cotopaxi además de las provincias de Carchi, Orellana, Pastaza, Napo, Sucumbíos, Morona Santiago, Zamora Chinchipe, Guayas, Santa Elena y Pichincha, el cual consiste en capacitar a los maestros para que puedan abordar en el aula el tema de salud sexual, embarazos en la adolescencia y derechos reproductivos. Para ello, se está trabajando en coordinación con el programa Siprofe (Sistema Integral de Desarrollo Profesional Educativo), que se encargará de la continuidad del proceso a través de la certificación de los maestros que se encuentren capacitados en este sentido, además se ha propuesto el aumento de los espacios dedicados a adolescentes en los centros de salud del país que actualmente cuenta con alrededor de 100 centros de acogida de este tipo y una línea gratuita de consejería para los adolescentes que ya está en prueba.

Otro proyecto también a manos de entidades gubernamentales tiene como intención poner a disponibilidad gratuita todo tipo de métodos anticonceptivos, desde métodos de barrera como el preservativo hasta métodos como la píldora anticonceptiva de emergencia, medidas desesperadas que ponen de manifiesto la necesidad imperiosa de revertir el efecto que está teniendo este fenómeno a nivel social, lo cual fue definido como urgente desde el 2007 y llevo a la elaboración de un Plan Andino para la Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Todos estos esfuerzos deben ser encaminados a la población que es más susceptible, siendo esta aquella que se encuentra ocupando los sectores rurales.

Es sabido desde hace mucho que la adolescente que ya es madre requiere de una intervención multidisciplinaria que se encuentre en manos de profesionales capacitados, en centros especializados en los que se pueda encontrar desde individuos que puedan tratar el tema medico psicológico hasta personal que sea capaz de brindar

una salida en el ámbito social y económico, que pueda reinsertar a la adolescente a las actividades que realmente le competen entre estas principalmente su formación académica, por esta razón en el Ecuador en varias provincias existe una gran necesidad de instituciones con estas características, se espera con profunda convicción que los proyectos gubernamentales citados previamente puedan llegar en corto tiempo a proporcionar estas características a sus centros de acogida.

La cuna de este problema como los de muchos otros, por ejemplo la drogadicción, el alcoholismo, el maltrato tanto físico como psicológico, abusos, etc., son las familias disfuncionales, es también importante mencionar la necesidad de creación de una entidad cuya principal y único objetivo sea el velar por el bienestar del núcleo familiar, ejemplo de eso son el “Instituto Colombiano de Bienestar Familiar” y el Programa Nacional para el bienestar Familiar, puestos en marcha por el gobierno Peruano y el Chileno.

Se necesita que los proyectos no queden en papeles, que se tomen cartas en el asunto, ya que existen muchos proyectos para disminuir los embarazos adolescentes que han sido poco efectivos sin evidenciarse disminución de los mismos, fracasos que radican muy probablemente en el hecho de que los intentos por solucionar esta problemática han dejado en segundo plano la población rural.

En el cantón La Maná todavía la sexualidad es un tabú, ¿Cómo se espera obtener información adecuada si cada vez que se menciona el tema las personas lo evaden?, siendo esto una característica que ha sido compartida por muchas generaciones en ciertos grupos sociales, como el estudiado.

Es responsabilidad del personal médico, tanto como la de todos aquellos que se encuentren en relación con mujeres con las características antes citadas, el usar correctamente los instrumentos que se tienen a la mano con la intención de detectar características que estén relacionadas a esta problemática, puesto que es seguro que estamos observado aún la punta del iceberg de éste problema más no todo lo que se encuentra por debajo.

La historia clínica es realmente valiosa, es la oportunidad durante la entrevista, en ocasiones la única oportunidad que hay para desenmascarar inconvenientes sumamente importantes, que a veces no son percibidos por el paciente, razón por la que no son mencionados, o inclusive podría resultar vergonzoso para el entrevistado mencionarlos por lo que, como médicos y como integrantes de esta sociedad tenemos la obligación de indagar en todos aquellos datos que nos hagan sospechar algún indicio de estar en riesgo o padecer alguno de los problemas citados en este estudio.

Cada individuo nace dentro de una sociedad, crece y se desarrolla en todos sus aspectos a través de lo poco o mucho que ésta puede brindarle, ésta sociedad se nutre de las buenas cosas que se pueden hacer por ella y se desmorona cuando sus integrantes se vuelven sordos y ciegos ante lo nocivo, aquello que lo corroe con el tiempo, mientras quienes pueden o podemos actuar para evitarlo le damos la espalda, desentendiéndonos completamente de nuestro rol, sin tener el menor sentido de responsabilidad ante las problemáticas que en mayor o en menor medida nos perjudican a todos, pese a que aquejan directamente a muy pocos. Por ende es menester de todos y cada uno de los individuos que forman parte de ésta, nuestra sociedad tomar protagonismo en la resolución de este tipo de problema.

Por último se recomienda la realización de otro estudio en el que se tome en cuenta la edad del primer embarazo tanto como el número de gestas de las madres tanto en los grupos de adolescentes como de no adolescentes pues este cambio en la estructura del estudio podría revelar aún más el problema de partos de madres adolescentes.

## Bibliografía

1. Lucas Abad, María Luisa. Pediatra. Centro de Salud de Jávea. Alicanten ¿Cómo cambiará su cuerpo con la pubertad?
2. Alma Virginia Camacho Hubner, MD, MPH, Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1998-2008
3. Sanidad lanza una campaña para evitar los embarazos en adolescentes, Rtve, 9/12/2008
4. Present problems and controversies concerning pregnant adolescents. Open Access Journal of Contraception 2011;2:85-94.
5. Endemain 2004
6. AFPA, Análisis de Situación del embarazo adolescente en lo Países del Área Andina EAT, junio 2007
7. Las tasas de fecundidad se obtuvieron de las siguientes fuentes: CELADE (2004). Boletín Demográfico 68. América Latina y Caribe: Fecundidad 1950- 2050. Santiago de Chile; Encuestas DHS; Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México; Guzmán, J.M. et al. (2006). “La démographie de l’Amérique latine et de la Caraïbe depuis 1950”. Population. Vol. 61. Núm. 5-6. France. INED.
8. Plan andino de prevención del embarazo en la adolescencia línea estratégica 1: diagnóstico e información el embarazo en adolescentes en la subregión andina marzo 2008.
9. M. Rodríguez Rigual, Mesa redonda: Adolescencia - Necesidad de creación de unidades de adolescencia, An Pediatr 2003; 58: 104 - 106. Último acceso 30 de noviembre de 2009
10. Instituto Nacional de Estadísticas. Estadísticas Vitales de Chile, 2005.
11. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo, OMS
12. Gabriel Galdó Muñoz, Atención al adolescente, Universidad de Cantabria, ISBN 978-84-8102-476-0, pag. 339
13. Juan R. Issler, Embarazo en la adolescencia Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23
14. UNFPA (2005). State of World Population 2005. New York
15. CELADE (2004). Boletín Demográfico 73. América Latina y Caribe
16. Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050. Santiago de Chile.
17. Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. México.
18. CELADE (2007). Boletín Demográfico 73. América Latina y Caribe

19. f. Gardy CunninghamM; Kenneth J. Leveno; Steven L. Bloom; John C. Gilstrap; Katharine D. Wenstrom. OBSTETRICIA DE WILLIAMS. Vigésimo segunda edición. USA 2005
20. a b Locoh, Therese. (2000). "Early Marriage And Motherhood In Sub-Saharan Africa." WIN News.'.' Retrieved July 7, 2006.
21. Zubirán S, Arroyo P, Avila H. La nutrición y la salud de las madres y los niños mexicanos. Tomo II. Pediatría. México: Fondo de Cultura Económica; 1990. p. 61.
22. De Curtis M, Pieltan C, Rigo J. Nutrición en los lactantes de pretérmino al momento del alta. En: Rähä N, Rubaltelli FF, editores. Las fórmulas infantiles: más cerca del patrón de referencia. Nestlé Nutrition Workshop Series 47 ° Pediatric Program Supplement; 2000. p. 37-9
23. Tontisirin K, Bhattacharjee L. Lastre global de la desnutrición y las infecciones en la infancia. En: Nutrición, inmunidad e infección en la infancia. Resumen del 45° Seminario de Nestlé Nutrition; 1999. p. 1-3.
24. INEC ECUADOR
25. Guzmán, J.M. et al. (2001). Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductivade Adolescentes en América Latina y el Caribe. México.

## ANEXOS.

### Operacionalización de las variables

#### Anexo 1

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INTERVALOS	INDICADOR
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona.	Número de años cumplidos al momento de revisar la historia clínica	Cuantitativa de intervalos	10-14 15-19 20-34 35-45	Proporción
Peso Rn al momento del nacimiento	Peso en gramos del Recién Nacido	Peso en gramos del nacido	Cualitativa ordinal	Peso bajo para edad gestacional < 2500 Peso adecuado para edad gestacional 2500-3500 Peso elevado para edad gestacional > 3500	Proporción
Nivel de escolaridad	Es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema Educativo formal.	Nivel de estudio aprobado antes del embarazo	Cualitativa ordinal	Analfabeta Primaria incompleta Primaria Secundaria incompleta Secundaria	Proporción

				Superior	
Edad gestacional	Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación	Numero de semanas de gestación al momento del parto.	Cuantitativa intervalo	<37 37-41 >41	Proporción
Toxicomanías	Consumo habitual de drogas y dependencia patológica de las mismas:	Hábitos tóxicos maternos previos o durante el embarazo	Cualitativa nominal	Tabaco s/n Alcohol s/n Drogas s/n	Proporción
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Estado civil de la adolescente al momento del parto	Cualitativa Nominal	Soltera Casada Unión estable Divorciada Viuda	Proporción
Inicio de vida sexual	Edad a la que se inicio la	Edad en años a los que se	Cuantitativa discreta	Edad en años.	Diferencia de medias

	vida sexual.	inició la vida sexual activa.			
--	--------------	-------------------------------	--	--	--

**MATRIZ DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**ANEXO 2**

<b>EDAD</b>	<b>PESO RN AL NACIMIENTO</b>	<b>EDAD GESTACIONAL</b>	<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>NIVEL DE INSTRUCCION</b>	<b>TOXICOMANIAS</b>	<b>EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL</b>

