

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **ANNYE AGUSTINA CABEZAS CAICEDO** con C.C. 1714218623, autora del trabajo de graduación denominado: **“CAUSAS DE REINCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR EN EDADES DE 13-19 AÑOS DESDE MARZO 2016 A JUNIO DE 2016”**, previa a la obtención del título profesional de **Especialista en Medicina Ginecología y Obstetricia** en la Facultad de **Medicina**:

- 1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la **SENESCYT** en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
- 2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, 27 de abril de 2017



ANNYE AGUSTINA CABEZAS CAICEDO
C.C. Nro. 1714218623



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**CAUSAS DE REINCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS EN
ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DE EDAD, ATENDIDAS EN LA
UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR DE MARZO 2016 A JUNIO
DE 2016**

Autora:

ANNYE AGUSTINA CABEZAS CAICEDO.

DIRECTOR DE TESIS.

DR. FRANCISCO TORRES MANZANO.

DIRECTOR METODOLOGICO.

DR. HUGO PEREIRA OLMOS

QUITO, 2016

Título de la investigación

Caracterizar factores sociodemográficos, biomédicos y conductuales en relación con la reincidencia de embarazos no planificados en adolescentes de 13 a 19 años de edad, atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de marzo a junio de 2016

Lugar de la investigación

Unidad Metropolitana de Salud Sur, en la ciudad de Quito, Provincia de Pichincha, Ecuador.

Autora

Annye Agustina Cabezas Caicedo

Línea de investigación

Sociedad, medio ambiente, comunidad y familia

AGRADECIMIENTO

Gracias de corazón a mis tutores, los doctores Hugo Pereira O. y Francisco Torres M. Gracias por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento han hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

Gracias a todas las personas de la universidad católica del Ecuador por sus atención y amabilidad en todo lo referente a mi vida como alumno del postgrado.

Gracias a las adolescentes que desinteresadamente se ofrecieron a ser entrevistadas, sin ellas esta investigación no hubiera sido posible.

Y por encima de todo y con todo mi amor, gracias a los míos por estar incondicionalmente conmigo durante estos años, siempre gracias Abel cruz, papá+, mamá, tíos Pedro, Félix, Herlinda+, Roberto; Edith; René, Alberto, Dilan; Robertito.

Gracias por todo los quiero con todo mi corazón.

Annye Cabezas

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi amigo y compañero de vida, Roberto Espinoza por su sacrificio y esfuerzo por ayudarme en mi carrera para nuestro futuro y por creer en mi capacidad, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre ha estado brindándome su comprensión, cariño y amor.

A mi hijo Robertito por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder seguir cada día más y así luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mi amada madre, hermanos y tíos quienes con sus palabras de aliento no me dejaron decaer para que siga adelante y siempre sea persistente y cumpla con mis ideales.

INDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
CAPITULO I	25
1.INTRODUCCIÓN	25
1.1 PROBLEMA.....	28
1.1.1 Identificación, Valoración y Planteamiento.....	28
1.2 FORMULACIÓN	30
1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	31
1.3.1 General.....	31
1.3.2 Específicos.....	31
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION	31
CAPITULO II.....	35
2.REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	35
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	35

2.2	ADOLESCENCIA.....	38
2.2.1	Concepto de adolescencia.....	38
2.2.2	Cambios biológicos.....	40
2.2.3	Cambios psicológicos.....	40
2.2.4	Cambios sociales.....	42
2.2.5	Contextos de desarrollo del adolescente.....	43
2.2.6	Despertar de la sexualidad.....	45
2.2.7	Embarazo.....	47
2.2.8	Embarazo adolescente.....	48
2.2.9	Riesgos médicos y sociales en madres adolescentes.....	50
2.2.10	Causas del embarazo en la adolescencia.....	55
2.2.11	Factor de riesgo.....	57
2.2.12	Factores de riesgo para embarazo adolescente.....	58
2.2.13	Factores de riesgo para la reincidencia del embarazo no planificado en adolescentes.....	60
2.2.14	Consecuencias del embarazo adolescente.....	61

2.2.15	Planificación familiar y actitud responsable frente a la sexualidad	61
2.2.16	Anticoncepción y actitud responsable	62
2.2.17	Problemática del embarazo precoz en Ecuador	65
2.2.18	Fecundidad y Embarazo en la adolescencia en Ecuador	67
2.2.19	Bases legales.....	68
CAPITULO III		71
3.METODOS.....		71
3.1	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	71
3.2	CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	71
3.2.1	Universo de estudio.....	71
3.2.2	Muestra	72
3.2.3	Criterios de inclusión	72
3.2.4	Criterios de exclusión	72
3.2	ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN	73
3.2.1	Acceso al Campo	73

3.2.2	Recogida Productiva de Datos	73
3.2.3	Procedimiento de recolección de la información	73
3.2.4	Variables de estudio y sus dimensiones.	75
3.	Definiciones conceptuales.....	78
3.2.5	Plan de análisis de datos	79
3.2.6	Aspectos Bioéticos	79
CAPITULO IV.....		80
4 RESULTADOS.....		80
4.1	DESCRIBIR LOS FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA POR REINCIDENCIA	80
4.2	IDENTIFICAR LOS ASPECTOS CONDUCTUALES INFLUYENTES PARA LA REINCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS EN LAS ADOLESCENTES.....	86
4.2.1	Dimensión Conductual	86
4.2.2	Consecuencias del embarazo: vida social, escolar, familiar y económica.....	89
4.2.3	Identificar el uso de anticonceptivos, periodo intergenésico, paridad y acceso a la planificación familiar como método preventivo ...	90

CAPITULO V.....	93
5. DISCUSIÓN	93
6. CONCLUSIONES	106
RECOMENDACIONES.....	107
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
8. ANEXOS	125

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Métodos anticonceptivos utilizados.....	66
Tabla 2. Número de casos registrados de VIH en el Ecuador - 2010	67
Tabla 3. Operacionalización de las variables sociodemográfica en estudio	75
Tabla 4.Operacionalización de las variables biomédicas en estudio	76
Tabla 5. Descriptivos según Edad. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	81
Tabla 6. Descriptivos según Escolaridad. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	82
Tabla 7. Descriptivos según Relación de pareja. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	83
Tabla 8.Descriptivos según Situación económica. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	84
Tabla 9. Descriptivos según Uso de anticonceptivos luego del embarazo anterior. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	85
Tabla 10. Descriptivos según Sexarquía. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	86

Tabla 11. Descriptivos según Menarquía precoz. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	86
Tabla 12. Descriptivos según Creencias en cuanto al embarazo en la adolescencia. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017	87
Tabla 13. Descriptivos según Número de parejas sexuales. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	88
Tabla 14. Descriptivos según Adicciones. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	89
Tabla 15. Descriptivos según Paridad. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	90
Tabla 16. Descriptivos según Información por parte de familiares, escuela, amigos o especialistas de la salud. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	91
Tabla 17. Descriptivos de riesgo según periodo intergenésico. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	91

Tabla 18. Descriptivos de acceso a la planificación familiar. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017.....	92
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Factores distales asociados a la fecundidad en adolescentes ... 59

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Autorización oficial de las autoridades del centro de salud.....	125
Anexo 2 .Consentimiento informado	126
Anexo 3. Ficha de recolección de datos	130

RESUMEN

Esta investigación cualitativa, con un diseño de caso múltiples se propuso como objetivo caracterizar factores sociodemográficos, biomédicos y conductuales en relación con la reincidencia de embarazos no planificados en adolescentes de 13 a 19 años de edad, atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de marzo a junio de 2016, la muestra se determinó por saturación, un total de 13 adolescentes, la recolección de la información se utilizó , la entrevista semiestructurada, se concluyó que la edad de las primeras relaciones sexuales es inferior a 15 años, así como el primer embarazo, mal uso de los anticonceptivos, baja adherencia por miedo, irresponsabilidad y solicitud de la pareja y número superior a dos parejas sexuales. La pobreza, el nivel educativo por debajo de la edad cronológica, la ingenuidad e irreflexibilidad propia de la edad, el no reconocer las consecuencias del embarazo en la adolescencia también estuvo entre las causas de reincidencia, complacer a su pareja y la falsa esperanza de resolver sus problemas económicos dependiendo de la pareja, estuvo también evidenciado. Entre los aspectos conductuales influyentes fue identificado el consumo de sustancias psicoactivas y las falsas creencias sobre el embarazo, mantienen un periodo intergenésico de mediano riesgo y en su mayoría cursan el segundo embarazo pero algunas superan esta cifra. Declararon bajo acceso a la planificación familiar como método preventivo y una poca información sobre el tema por parte de sus familiares y los profesionales de la salud, sin embargo reconocen el papel de la escuela en este sentido.

Palabras clave: Embarazo adolescente, reincidencia de embarazo adolescente, planificación familiar, prevención del embarazo adolescente, factores de riesgo del embarazo adolescente.

ABSTRACT

This qualitative research, with a multiple case design, aimed to characterize sociodemographic, biomedical and behavioral factors in relation to the recidivism of unplanned pregnancies in adolescents 13 to 19 years of age attended at the Metropolitan Health Unit South of March To June 2016, the sample was determined by saturation, a total of 13 adolescents, information collection was used, semi-structured interview, it was concluded that the age of first intercourse is less than 15 years, as well as the first Pregnancy, misuse of contraceptives, low adherence due to fear, irresponsibility and request of the couple and more than two sexual partners. Poverty, the educational level below the chronological age, the naivety and irreflexibility proper to the age, not to recognize the consequences of the pregnancy in the adolescence also was between the causes of recidivism, to please his partner and the false hope to solve Their economic problems depending on the couple, was also evidenced. Among the influential behavioral aspects was identified the use of psychoactive substances and false beliefs about pregnancy, they maintain an intergeneric period of medium risk and most of them are in the second pregnancy, but some of them exceed this figure. They declared under family planning access as a preventive method and little information on the subject by their relatives and health professionals, but they recognize the role of the school in this regard.

Keywords: Adolescent pregnancy, recidivism of adolescent pregnancy, family planning, adolescent pregnancy prevention, adolescent pregnancy risk factor

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a escala mundial, estimándose una incidencia de 16 millones de madres de 15 a 19 años de edad, cifras que van en aumento en países con bajos ingresos económicos y en vías de desarrollo (Donis, 2013). En este sentido Latinoamérica lidera las estadísticas de embarazos adolescentes seguida por países africanos en los cuales la tasa media de fecundidad de 49 por 1000 mujeres entre 15 y 19 años (OMS, 2014).

En Ecuador, en el año 2010 se reportó que el 17% de los adolescentes del país, eran madres, evidenciando mayor fecundidad en las poblaciones más pobres, con menor nivel de instrucción y en áreas indígenas (Organización Mundial de la Salud, 2012). De igual manera el Instituto Nacional de Estadísticas del Ecuador señala que de las adolescentes afrodescendientes del país el 5.2% son madres, seguidas por las de etnia indígena con un 4.3%, principalmente ubicadas en las Provincias de Carchi y los Ríos.

Esta incidencia creciente de embarazos no planificados en la población adolescente ha generado políticas dirigidas a dirimir este hecho considerando la magnitud de las consecuencias que representan en las esferas sociales, psicológicas, económicas y educativas de cada nación. La cultura y creencias religiosas también forman parte del contexto de factores considerados de riesgo para la ocurrencia de embarazo adolescente, así como la violencia y abuso sexual del cual pueden ser objetos un gran número de las madres adolescentes (Instituto Nacional de Estadísticas del Ecuador, 2010).

Entre las consecuencias derivadas del embarazo adolescente, se cita el cambio en la estructura familiar, considerando que este hecho supone la filiación de ese nuevo núcleo a la familia de la madre o bien la constitución de

uno nuevo en el caso que exista apoyo de la pareja (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2011). Esto a su vez conlleva a la deserción escolar, cambios drásticos en los proyectos de vida y de forma implícita a deterioro de la calidad de vida de la madre adolescente y de su hijo.

En el mismo orden de ideas, surge la planificación familiar como un camino alternativo, eficaz, sencillo y universal para la prevención de reincidencia del embarazo en adolescentes, que sólo exacerba el problema descrito y que sin duda alguna representa grandes riesgos para la salud materna e infantil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve su uso desde el año 2007 con el fin del control de la natalidad (Observatorio de Salud de la Infancia y Adolescencia, 2011), haciendo énfasis en los adolescentes por ser el grupo etario más vulnerable a la recidiva de embarazos no planificados.

El incremento de las tasas de fecundidad y natalidad va de la mano con los índices de aborto y pobreza, es así como en el estudio de (Sedgh, Finer, Bankole, Eilers, & Singh, 2015) realizado en veintiún países reportan que la mayoría de los embarazos adolescentes ocurren entre los 15 y 19 años de edad, siendo mayor la cifra en Estados Unidos que en Europa, con predominio en Hungría de embarazos adolescentes de 10 a 14 años de edad. Además, señalan que la incidencia de embarazos adolescentes es directamente proporcional a la población de ese grupo etario en la sociedad.

Es una problemática que compromete la sociedad misma, al respecto, **Archanjo et al. (2013)**, realizaron un estudio en un grupo de mujeres que fueron madres antes de los veinte años, por ende se consideraron como madres adolescentes y le hicieron el seguimiento a su grupo de hijos valorando la incidencia de embarazo adolescente en su descendencia, reportando que el 26,7% de esta primera generación presentó embarazo en su adolescencia, con la acotación que ese riesgo aumentaba en la segunda generación en un 35%.

En relación a esta situación, se considera con mayor agravante la reincidencia en el embarazo adolescente, sobre ello en Perú se investigaron los factores condicionantes de la reincidencia de embarazo adolescente (Yauri, 2015), estableciendo que el estado civil de soltería es uno de ellos, así como también el consumo de tabaco, la menarquia y sexarquia antes de los 15 años, el número de parejas sexuales superior a tres, las conductas sexuales de riesgo, el parto por cesárea y la violencia psicológica, entre los más significativos estadísticamente.

Sobre la planificación familiar, existen reportes bibliográficos acerca de su utilidad y aplicación para la reducción efectiva del embarazo adolescente y de manera consecuente de la morbi-mortalidad materna que se asocia al mismo. En una investigación realizada en un grupo de adolescentes sobre su nivel de conocimiento en base a la planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos (Parra, Domínguez, Maturana, Pérez, & Carrasco, 2013), se evidenció que las mujeres poseían mejor nivel de instrucción en el tema que los varones, no obstante ambos grupos tenían concepciones erradas de la anticoncepción y no hacía uso de ella.

Al tomar en cuenta los antecedentes investigativos sobre el embarazo adolescente, se hace evidente la relevancia del tema en todos los ámbitos, fundamentalmente por su repercusión en el desarrollo de este grupo poblacional y la afectación directa a su entorno social, de salud, económico y familiar.

Esta es una realidad que es palpable en Ecuador, y por ende amerita de la atención sanitaria prioritaria con el objetivo de identificar y controlar en lo posible, los factores considerados de riesgo para su prevalencia, así como abogar por el fortalecimiento de aquellos que puedan fungir como protectores.

Uno de los propósitos fundamentales que se plantea investigar, son los factores asociados a la reincidencia del embarazo en adolescentes, atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur en Quito, de marzo a junio de 2016.

1.1 PROBLEMA

1.1.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

En Latinoamérica se reporta un incremento significativo de casos de embarazo adolescente de forma anual, siendo superada sólo por el continente africano cuyas tasas de fecundidad en edades tempranas ha sido alta históricamente (OMS, 2014). Entre los elementos influyentes en las adolescentes latinas para condicionar un embarazo no planificado se describen el nivel socioeconómico, la pobreza, falta de acceso a servicios y atención en salud, desigualdad de género y la idiosincrasia social con respecto a las etapas de niñez y adolescencia.

El abordaje del embarazo no planificado se ha orientado a la creación de normativas, guías educativas así como campañas de difusión sobre la educación sexual y planificación familiar tanto en centros escolares como medios audiovisuales (Montes, Barbena & Arguello, 2011).

Estas acciones se fundamentan en la importante influencia social que existe sobre la sexualidad, más aún en los adolescentes considerados como población vulnerable y cambiante en sus comportamientos, predisponiendo la incidencia de embarazos no deseados.

En estos últimos años se evidenció el incremento de embarazo, consumo de alcohol, drogas, intento de suicidio y suicidio en los adolescentes; estos eventos se encuentran relacionados con las esferas familiares, escolares y de relaciones sociales donde se desenvuelve este grupo poblacional influenciados por otras personas de las mismas edades (Gómez, Castillo, & Cogollo, 2013).

Ningún adolescente se encuentra exento de estos eventos, ya que es, en esta edad, donde ellos son más vulnerables en la toma de decisiones y enfrentarlos se vuelve difícil por la presión de ellos mismos, de sus compañeros, amigos e

incluso familiares.

La preocupación creciente en el cuidado materno fetal y la disminución de las cifras de morbi-mortalidad materna han direccionado los estudios sobre embarazos no planificados en los grupos de adolescentes. La OMS cataloga que el embarazo adolescente representa riesgos considerables en la salud del binomio madre-hijo (Villalobos, Campero, Suárez, Atienzo, & De la Vara, 2015), con secuelas que pueden ser temporales o permanentes, representando así serios problemas para enfrentar la adultez y lograr el desarrollo social adecuado de esa madre adolescente.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011), ha hecho énfasis en la creación de consensos internacionales sobre la prevención del embarazo adolescente, el cual constituye un problema de salud pública y prevalencia de la pobreza inter-generacional. En este orden de ideas, también se contempla la relación de la violencia sexual con los embarazos no deseados y la inadecuada respuesta de este problema a las políticas actualmente existentes en toda Latinoamérica.

Referente a las alternativas creadas para mediar la problemática de embarazos no deseados en adolescentes, el gobierno ecuatoriano ha designado a la planificación familiar como una medida estratégica, piedra angular y sustento de una salud sexual y reproductiva plena (Calvopiña, 2012). Es por esta razón que día a día se profundiza la formación e integración de la planificación familiar como elemento puntual en la atención de las adolescentes, integrando la decisión de la adolescente y la orientación técnica sobre el tema.

En conclusión, el embarazo adolescente es un tema relevante en todas las aristas, ya sea social, psicológica, económica e incluso política con connotaciones en la calidad de vida, que merecen ser estudiadas con detalle, con el objeto de permitir el surgimiento de nuevos planes que permitan su solución. Además, existen pocos referentes teóricos sobre la reincidencia del

embarazo en madres adolescentes, siendo este estudio uno de los primeros en esta línea de investigación.

Cuidar de la salud sexual y reproductiva implica realizar actividades de promoción y prevención para la reducción del número de abortos y embarazos no deseados en los distintos grupos de edad y en particular en adolescentes.

Por lo tanto, lo antes expresado nos demuestra la necesidad urgente de brindarles educación y consejería durante el control prenatal y en el postparto inmediato para disipar temores y promover el uso de metodología anticonceptiva segura.

En concordancia a la problemática descrita se plantean las siguientes interrogantes de investigación:

¿Cuáles son los factores que se asocian a la reincidencia del embarazo no planificado en las adolescentes de 13 a 19 años de edad atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur en Quito, de marzo a junio de 2016?

¿Cuáles son los factores de riesgo que intervienen en la reincidencia del embarazo no planificado en las adolescentes de 13 a 19 años de edad?

¿La planificación familiar es una herramienta útil para la prevención de reincidencia de embarazo en madres adolescentes?

1.2 FORMULACIÓN

¿Cuáles serán factores sociodemográficos, familiares y médicos relacionados con la reincidencia de embarazos no planificados en adolescentes de 13 a 19 años de edad, atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de marzo a junio de 2016?

1.3 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.3.1 General

Caracterizar factores sociodemográficos, biomédicos y conductuales en relación con la reincidencia de embarazos no planificados en adolescentes de 13 a 19 años de edad, atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de marzo a junio de 2016.

1.3.2 Específicos

1. Describir los factores de riesgo y consecuencias del embarazo en la adolescencia por reincidencia.
2. Identificar los aspectos conductuales influyentes para la reincidencia de embarazos no planificados en las adolescentes de la Unidad Metropolitana de Salud Sur, con edades comprendidas de 13 a 19 años durante el período de marzo a junio de 2016.
3. Identificar el uso de anticonceptivos, periodo intergenésico, paridad y acceso a la planificación familiar como método preventivo.

Objeto de investigación: factores de riesgo de embarazo adolescente.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACION

En algunos países de América Latina y el Caribe se carece de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, y no se valoran los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes, apostando a mantener el silencio sobre un tema que lejos de ser ignorado, debe ser enfrentado en las escuelas y ceno familiar sin secretismo (OMS, 2014).

Es importante valorar que en el ámbito de esa población adolescente tienen mucho mayor impacto la presión de grupo, la curiosidad, el abuso sexual, la prostitución adolescente, y la falta de orientación de los padres, que la

capacidad y madurez personal de tomar decisiones apropiadas y responsables (Gamboa, 2013).

Si bien la cifra de embarazos en las edades que comprende la adolescencia continua situando este como un problema urgente de salud, pues no muestra una tendencia definitiva a disminuir, es aún más preocupante el reembarazo en el mismo periodo etario, como es de suponer este evento constituye una sobrecarga para la joven madre que debe enfrentar conjuntamente la nueva gestación y la abrumadora realidad económica y de roles domésticos y familiares, además de la sobrecarga para su salud (Calderón Montoya, 2013).

La mayoría de adolescentes al finalizar su primer embarazo deciden usar un método anticonceptivo, muchas veces, este método no es usado adecuadamente y se produce nuevamente una gestación, por ello es importante conocer los factores que en el orden social, familiar, personal y económico se asocian a esta problemática que resulta tan común en las adolescentes ecuatorianas (OMS & ONU, 2013).

No existen en nuestro contexto investigaciones o informes previos que describan o analicen la realidad de las adolescentes que se encuentran en esta problemática, se hace imprescindible profundizar en la investigación de este tema, lo cual permita explicar por qué las adolescentes no usan métodos anticonceptivos luego de un primer embarazo, y si los usan, cual es el motivo de abandono del método, así como su realidad en cuanto a la salud propia, del producto de la concepción y la dinámica familiar que genera la reincidencia en el embarazo a edades tempranas.

Podría considerarse que una de las causas más importantes es la falta de información adecuada sobre la sexualidad y la dificultad en el acceso de métodos de prevención, ya que muchos adolescentes tienen poco o ningún acceso a la educación sexual y a la información, conocimiento y reflexión sobre la diversidad de métodos anticonceptivos, sin embargo esta es una

afirmación que aún carece de la validación científica necesaria que permita y de paso a una intervención basada en evidencias (DNEM, 2015).

El Ministerio de salud implementó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) para priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas y a ese propósito contribuye la presente investigación, con cuyos resultados, una vez generalizados, se acometerán estos objetivos con una adecuada proyección en las necesidades de las adolescentes.

En los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador, se observa un descenso de los embarazos en adolescentes del 10,2% para el grupo de 10 a 14 años y del 12,9% en el de 15 a 19 años respectivamente (El Comercio, 2015). Esta disminución se atribuye a las políticas nacionales implementadas por el gobierno ecuatoriano dirigidas a la planificación familiar y la optimización de la atención en salud a toda la población, fomentando el uso de métodos anticonceptivos y facilitándolos en sus diferentes centros asistenciales.

A pesar de existir reportes bibliográficos sobre el embarazo adolescente, sus consecuencias y las medidas tomadas para el control de la situación, hay escasos estudios sobre la reincidencia del embarazo no planificado en madres adolescentes, siendo esta una consecuencia más derivada del problema, que supone gravedad y que contribuye a los círculos de conflictos sociales de pobreza, deserción escolar y enfermedad.

En base a lo descrito previamente, se propone la identificación de las causas y factores de riesgo para la reincidencia de embarazos adolescentes, con el fin de establecer los puntos blancos de intervención, empleando como medio a la planificación familiar y la educación sexual. En este sentido, se creará una nueva línea de investigación que dará origen a estudios ulteriores destinados a delimitar aún más la problemática y tomar medidas que le den solución en

el contexto de garantizar el bienestar y la calidad de vida de la población ecuatoriana.

CAPITULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Independientemente de las razones que llevan a las niñas a quedarse embarazada, lo cierto es que ante esta situación necesitan adaptarse a una serie de transformaciones y responsabilidades, que resultan difíciles incluso en una mujer adulta. Por lo tanto, el apoyo de profesionales de la salud, la familia, la escuela y el grupo de referencia, es crucial en la creación de las condiciones para que este proceso no dé lugar a problemas físicos y psicosociales y sobre todo no conduzca a la multiparidad, ya que su ocurrencia aumenta el impacto negativo responsabilidad maternidad temprana en la vida de estas mujeres.

Al respecto varios investigadores han dirigido sus esfuerzos a desentrañar el problema de la reincidencia del embarazo precoz y los factores que lo precipitan con el fin de instrumentar acciones capaces de detener la severidad de la problemática.

Ejemplo de ello lo tenemos en el estudio de (Hipwell & et all, 2013), en EEUU titulado: "Developmentally Specific Predictors of Repeat Pregnancies in Adolescent Girls", dirigido a los predictores de desarrollo específicos para la reincidencia de embarazos en adolescentes, donde la muestra fue 2 451 adolescentes con seguimiento anual durante 13 años desde mediados de la niñez. Se encontró que a las edades de 16 a 19, 411 adolescentes (16,8%) ya habían informado de uno o más embarazos. Entre este grupo el 25,1% informó de dos o más embarazos, que el 30-50% de las madres adolescentes experimentan un embarazo repetido en los 24 meses del primer parto.

Reconociendo las conclusiones de estos autores, muchos de los efectos negativos de los adolescentes durante el primer parto (por ejemplo, bajo

rendimiento académico, los efectos de la mala salud de la madre y el niño, las dificultades económicas) se ven agravados por un segundo embarazo, especialmente entre los adolescentes de las minorías raciales.

Los investigadores encontraron que una serie de factores (por ejemplo, edad, la raza, el uso de anticonceptivos, orientación hacia el futuro) se asocian con repetición rápida de un embarazo, pero no hay consenso en cuanto qué factores de riesgo son los más importantes. El apego más débil a la madre en el momento del primer embarazo predijo significativamente menos tiempo para el segundo embarazo (OR=0,94) (Hipwell & et all, 2013).

Calderón Montolla, en 2013, realizó un estudio para conocer la percepción de las madres adolescentes con embarazo reincidente sobre el uso de métodos anticonceptivos, atendidas en el Hospital de Ate Vitarte, de Perú, con un de tipo Cualitativo, se contó con la participación de 11 madres adolescentes, con embarazo reincidente, cuya edad promedio fue de 18 ± 1.18 , el 64% urbana, el 45.5% tuvo estudios secundarios completos y el 82% eran solteras. El primer embarazo en el 37% fue a los 15 años, el 27% a los 16 años y el 18% a los 14 años. El 64% de las adolescentes tienen como antecedente un aborto y el 9% dos abortos; en su mayoría no tienen hijos vivos (55%). Las percepciones más mencionadas por las madres adolescentes en cuanto al uso de métodos anticonceptivos, basada en la actitud familiar fue de ignorancia y temor. Basada en la actitud de la pareja fue: la mayoría de entrevistadas respondió que nunca se había tocado el tema con sus parejas, por tanto no sabían que pensaban ellos.

Basada en la información del Establecimiento de Salud, ellas opinaron que muchas veces no han acudido por vergüenza o el temor al ser juzgadas mal, pese a que las madres adolescentes tienen planificado el uso de algún método anticonceptivo no han decidido cual.

La autora concluye que las percepciones más frecuentes de las madres adolescentes con respecto al uso de métodos anticonceptivos fue poca o nula

comunicación con sus familiares quienes evadieron el tema de planificación familiar y embarazo, la mayoría de las parejas no habían tocado el tema sin embargo se evidenció preocupación de alguno de ellos y con respecto a la información brindada en el consultorio de planificación familiar, las entrevistadas coinciden que la atención en el consultorio de planificación familiar no es fluida, además sugieren que la persona que atienda en el consultorio debe ser mujer, joven, amable, con un trato cordial y que inspire confianza (Calderón Montoya, 2013).

Otro estudio fue conducido por Silveira S. y Cols. en 2011, quienes desarrollaron un estudio en Brasil, con el título: “Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro: uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos” con el objetivo de estimar la magnitud y las características asociadas a la reincidencia de embarazo para lo cual identificaron 12.168 adolescentes para su investigación. Se encontró como grado de escolaridad menor de 8 años a un 62,2%, así como un número de consultas prenatales totales en la primera gestación de más de 7 a un 41,5%. Fueron identificados como principales factores asociados: edad entre 15 a 19 años del (OR=5,42); ningún control prenatal consulta (OR=2,36); años de educación < 4años (OR=1,48) y trabajo de ama de casa 9 (OR=1,8). Finalmente se encontraron como características asociadas a la reincidencia de embarazo: edad entre 15 a 19 años, ningún control prenatal, educación < 4 años y trabajo de ama de casa (Silveira, 2011).

Baratieri T. y Cols. en 2011, publicaron en Brasil un estudio, titulado: “La visión de la adolescente con reincidencia del embarazo sobre la familia” con la finalidad de conocer la concepción de las adolescentes con recurrencia gestacional sobre familia. Participaron de la investigación 16 adolescentes embarazadas, el estudio se dio por medio de entrevista semiestructurada grabada. La edad de los adolescentes del estudio varió del 15 a 18 años, en cuanto a los antecedentes obstétricos, el 75% de adolescentes no habían

tenido aborto, en el momento del estudio un 68.75% eran según digestas y el 31.5% tercigestas.

Además entre las características de la familia, se observó que el 56.25% de ellas eran de tipo nuclear. Además en el grupo de estudio se hizo evidente el no uso o mal uso de los métodos anticonceptivos (Baratieri, Vieira, & Marcon, 2011).

2.2 ADOLESCENCIA

2.2.1 Concepto de adolescencia

La definición de adolescencia es controversial, ya que se refiere a una apreciación subjetiva de un período de la vida en el cual incurre un sinnúmero de cambios. La UNICEF categoriza esta etapa en dos (BBC Mundo, 2013) la adolescencia temprana y tardía, siendo la primera correspondiente al lapso de 10 a 14 años y la tardía de 15 a 19 años respectivamente. La adolescencia temprana es inherente al desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el crecimiento y la pubertad en plenitud, mientras que la tardía corresponde más a cambios conductuales y psíquicos en el contexto del desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 a 19 años de edad (Fondo de las Naciones Unidas para los Niños para la Adolescencia, 2011; Observatorio de Salud de la Infancia y Adolescencia, 2011), el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera al adolescente como el individuo que oscila entre las edades de 12 y 18 años; de manera similar el Ministerio de Salud Pública (MSP) por las diversidades de territorio, género, cultura y en concordancia con las recomendaciones emitidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) asume el concepto de la OMS (OMS, 2014).

La adolescencia se caracteriza por todos los cambios puberales, biológicos, psicológicos y/o sociales, varios de estos cambios suelen ser generadores de

crisis, conflictos y contradicciones. Cabe indicar que no solamente es una etapa de adaptación a los cambios corporales, sino también una fase de grandes decisiones hacia una mayor independencia psicológica y social (Sánchez, Gutiérrez , Herrera , & Ballesteros, 2011); razones por las cuales, esta etapa de la vida es sensible y puede ser de equivocaciones o aciertos en la toma de decisiones para el bienestar humano.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) , estima que el 16% de la población mundial es adolescente, en América Latina, según, la OPS las/los adolescentes representan el 30% de la población, (Blanco, Jordán, & Pachón, 2011). En Ecuador se estima que el 21,3% de la población es adolescente; según el censo poblacional realizado en el año 2010 (último censo efectuado hasta la fecha) (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2010).

En la actualidad la adolescencia es un período más prolongado por diversas razones: Por una parte, las personas maduran hoy más temprano que hace un siglo, es decir que existe una tendencia secular en el crecimiento y la maduración, en la que ha influido un nivel de vida más alto, sin embargo, en tiempos de crisis económica a menudo se invierte la tendencia secular, otra razón es sociológica, la sociedad es cada vez más compleja, demanda de mayor calificación, de una preparación especializada para asimilar la introducción de los avances de la ciencia y la técnica en todos los sectores, eso trae aparejado una dependencia económica más prolongada de los padres (Cromer, 2012).

Desde el enfoque biopsicosocial se identifica a la adolescencia por la aparición de la menarquía en el sexo femenino y la primera eyaculación en el sexo masculino, así también, por el inicio de la toma de decisiones (autonomía) y por la búsqueda de pareja (aceptación de pares) (González & Hoz, 2011).

2.2.2 Cambios biológicos

La adolescencia está marcada en los aspectos biológicos de la pubertad, que son una serie de cambios que van a modificar físicamente al niño en adulto. Entre estas diferencias se resalta, la secreción de hormonas sexuales puesto que en esta etapa es la responsable del aumento del crecimiento y donde se presenta el clásico estirón puberal, por lo que los cambios en ambos sexos son importantes (Kliegman, Stanton, Schor, Geme, & Behrman , 2013).

Entre los cambios que más llaman la atención de cada individuo, está la aparición del vello púbico que es fino e hipopigmentado, el botón mamario con ampliación de la areola que sobresale, la menarquia (primera menstruación) en las mujeres, esta fase de la adolescencia culmina físicamente con el vello rizado que es abundante y que ocupa una superficie en forma de triángulo sobre el monte de Venus, labios mayores y zona interna de los muslos, cambios como la mama madura con areola formando parte de su contorno sin sobresalir, misma que es bien pigmentada y con el pezón sobresaliente (Kliegman, Stanton, Schor, Geme, & Behrman , 2013).

En opinión de la autora la adolescencia es una etapa muy compleja por los cambios que se presentan de manera muy acelerada en el crecimiento y desarrollo, pero los cambios no solo son biológicos, también se dan en los ámbitos psicológicos y sociales, determinando importantes cambios del adolescente ante el mundo y su cosmovisión.

2.2.3 Cambios psicológicos

Para Erikson 1968/1980 el periodo de la adolescencia se centra en la búsqueda de la identidad (Muuss, 1996). La identidad hace que sea diferente tanto de su familia, grupos de relación, compañeros escolares y del resto de las personas. El logro de una identidad personal envuelve varios aspectos: la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad.

Este autoconocimiento es producto de un proceso activo de búsqueda, los jóvenes pueden experimentar con diferentes conductas, estilos y grupos de pares como una forma de buscar su identidad, paso que también involucra algún grado de rebeldía respecto de la imagen familiar, los adolescentes que logran una identidad, sienten un ambiente de armonía, aceptan sus capacidades y también sus limitaciones (Gaete, 2015).

Otra particularidad de la adolescencia es el logro de la autonomía, para lograrlo, el adolescente deberá separarse de su familia de origen tanto emocional como económico, lo que generalmente lleva a un grado de conflicto e incluso de rebeldía con sus padres, otras características son las competencias sentimentales que se relacionan con la capacidad de manejar o autorregular las emociones y también, las competencias sociales, que son las habilidades que tienen los individuos para relacionarse efectivamente con otros seres humanos (Gaete, 2015).

En la adolescencia ocurren cambios en la esfera de la salud mental, la autoestima es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos. Está considerada, en particular, como un periodo relevante para la formación de la autoestima, en la cual las personas se muestran vulnerables a experimentar una disminución en la misma. Esta época se caracteriza por la experiencia de sucesos novedosos y a veces estresantes que suponen un desafío para la visión que los adolescentes tienen de sí mismos y su estabilidad (Rodríguez & Caño, 2012).

Así, los jóvenes de estas edades manifiestan, con frecuencia, no sólo una disminución sino también fuertes fluctuaciones en sus niveles de autoestima, las cuáles tienden a disminuir conforme avanza la adolescencia y se alcanza la edad adulta, una autoestima alta en adolescentes se asocia con una percepción menos negativa del estrés cotidiano y son a su vez más eficaces en el afrontamiento de experiencias negativas, generando respuestas más

adaptativas tras el fracaso, una autoestima baja experimenta fracaso en áreas que son relevantes para su autoestima, llevan a cabo un afrontamiento menos eficaz. Así, tienden a sobregeneralizar los fracasos y dirigen sus conductas a evitar las emociones negativas que éstos les producen (Rodríguez & Caño, 2012).

El proceso por el que pasan los adolescentes para definirse a sí mismos, está relacionado con el intento de integrar su personalidad y construir su identidad, considerando sus propias emociones, pensamientos y conductas (Benítez, Sánchez , & Serrano, 2015). En opinión del autor el acompañamiento de los padres durante el proceso de cambios psicológicos en los adolescentes es importante para construir su identidad, de esta relación dimanan ejemplos de conductas, actitudes y valores que serán incorporados a la futura conducta del adolescente y permitirán una mejor adaptación al entorno social.

2.2.4 Cambios sociales

La adolescencia es una etapa de transformación del individuo y está definida principalmente por los factores que se encuentran en las esferas sociales (familiar, escolar y grupos de relación) (Lozano, 2014).

Las relaciones sociales entre adolescentes generan cierta intranquilidad, puede considerarse como normal o incluso favorable, ya que constituye una conducta adaptada que permite al individuo comportarse apropiadamente frente a las relaciones interpersonales nuevas y trascendentales (Valles, 2014).

Durante la adolescencia se constituye una serie de identificaciones nuevas, los nuevos modelos pueden ser los adultos ajenos a la familia, entre ellos se encuentran los compañeros del colegio, los amigos y la pareja, quienes permiten comparar y validar sus pensamientos y emociones para lograr aceptación y aprobación de sus comportamientos característicos de esta etapa (Rodríguez & Caño, 2012).

2.2.5 Contextos de desarrollo del adolescente

En la esfera familiar el funcionamiento, es decir, las relaciones que se establecen entre los miembros, a partir de la comunicación y expresión emocional, así como de la solución de sus problemas y conflictos, es un factor que va cambiando según las circunstancias a lo largo del ciclo vital de cada familia y de sus miembros, así como de circunstancias socioculturales y económicas por lo que las madres han tenido que incorporarse al mercado laboral por lo que tienen menos tiempo para dedicarse a los hijos (Barcelata, Granados, & Ramírez, 2013).

En la familia se presentan sentimientos afectivos positivos que contribuyen a una buena autoestima, una apropiada comunicación familiar y flexibilidad en las reglas (Carvajal , López, Nel , & Soto , 2013).

En la esfera escolar los adolescentes viven en las escuelas secundarias parte de los cambios que están experimentando, en ella es posible mostrar la autonomía que van adquiriendo a la vez que construyendo, como parte de los procesos de emancipación en los que se ven envueltos y que los distancia de los valores y objetivos que se construyen en las instituciones de las que forman parte. Las diversas conductas de los adolescentes muestran una forma particular de relacionarse con las instituciones educativas, que de igual manera se ven redefinidas (como con las otras instituciones de las que forman parte) en esta coincidencia temporal del inicio de la adolescencia con el paso de los individuos por este nivel educativo (Reyes, 2009).

Los alumnos de las escuelas secundarias despliegan entre sus muros una serie de conocimientos, valores, actitudes y habilidades, que contribuirán a constituirlos como adolescentes, pero por las características personales de cada uno de ellos y las experiencias escolares y extraescolares variadas, construirán o reconstruirán formas distintas de correspondencia con las instituciones educativas, la familia, los adultos, autoridades, adolescentes del

sexo contrario, amigos y compañeros, además de su propia identidad (Reyes, 2009).

En la esfera de grupos de relación, el conjunto de pares adquiere mayor importancia y el adolescente se hace más dependiente de las amistades como fuente de bienestar. La participación con los grupos de pares se determina por el contacto, especialmente con aquellos del mismo sexo, y, la presentación de la necesidad de compañeros exclusivos, mejores amigos con quienes recrearse, divertirse, y compartir secretos (Gaete, 2015).

La influencia de los grupos de pares puede intervenir en forma favorable permitiendo que los adolescentes se destaquen en actividades esenciales como los deportes, los estudios e incluso a desarrollar una conducta prosocial, retrasando de esta manera el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad; de manera similar se puede indicar que la intervención de forma desfavorable permite que los adolescentes se envuelvan en conductas de riesgo (Gaete, 2015).

Existen otros cambios importantes que se dan en esta etapa, por describirlo de alguna manera que se da entre los compañeros y amigos, que pasan de una simple amistad y terminan comúnmente creándose relaciones de pareja. Las parejas desempeñan un papel protagónico mayor a medida que progresa la adolescencia, a pesar de ello, las relaciones de amistad siguen siendo considerablemente importantes, brindando compañía, un espacio para el dialogo íntimo, confidencial y otras necesidades de los adolescentes (González & Hoz, 2011).

En esta etapa también ocurre la consolidación de la identidad personal y la formación de los pilares para una eventual relación de pareja sólida, metas para las cuales las relaciones sociales (familia, escuela, grupo de relación) son vitales y representan un apoyo constante (San Martín & Barra, 2013).

La familia, la escuela y los grupos de relación son ámbitos que se encuentran estrechamente relacionados con el desarrollo psicosocial del adolescente. Ambos contextos contribuyen a la adquisición de aprendizajes, valores y comportamientos que fundamentan el proceso de socialización e influyen en el bienestar y en el ajuste del adolescente (San Martín & Barra, 2013).

Para el autor el comportamiento de los adolescentes con la sociedad, depende mucho del desarrollo social del individuo y de las características de las esferas familiares, escolares y de grupos de relación, por lo que, de desarrollarse de manera armónica estas relaciones influirá positivamente en el comportamiento los estudiantes.

2.2.6 Despertar de la sexualidad

El adolescente transita por una nueva situación social del desarrollo (Barcelata, Granados, & Ramírez, 2013). Las demandas ya no son las mismas, se le exigirá mayor autonomía en el trabajo escolar y en la familia mayor responsabilidad. Este período de cierta ambigüedad, poca definición de lo que se espera en diferentes situaciones puede estar asociada a dificultades psicológicas (Calvopiña, 2012). La influencia del grupo de coetáneos puede ser muy grande y no siempre beneficiosa, pero al adolescente le resulta difícil sustraerse a ella pues necesita encontrar apoyo en alguna parte. El adolescente comienza a llevar una vida grupal multifacética, incorporándose a las más diversas actividades grupales (Carvajal, López, Nel, & Soto, 2013).

El adolescente aumenta su vida afectiva fuera de la familia; comienzan los enamoramientos, las nuevas amistades. El grupo de iguales tiene gran importancia para él, la comunicación con sus coetáneos pasa a un primer plano por la función valorativa de la misma (Flórez & Soto, 2013).

Unido a estos cambios en lo social se producen otras transformaciones trascendentales, que denotan la entrada a la pubertad, como son los físicos y

fisiológicos de una profundidad y rapidez muy superiores a las de la etapa anterior y que sólo tienen comparación con las que habían tenido lugar durante la etapa fetal y en los primeros meses de la vida (Fondo de las Naciones Unidas para los Niños para la Adolescencia, 2011).

Los cambios físicos más evidentes se refieren al tamaño y la forma del cuerpo y también al desarrollo de los órganos reproductivos, todo lo cual está determinado por las hormonas, algunas de las cuales aparecen por primera vez y otras se producen en cantidades mayores (Kliegman, Stanton, Schor, Geme, & Behrman, 2013).

Las hormonas producidas por la intensificación de la actividad de la hipófisis estimulan el crecimiento de los tejidos y el funcionamiento de otras glándulas, tales como las sexuales, tiroideas y suprarrenales entre otras, todo lo cual origina múltiples cambios en el organismo, siendo los más evidentes el llamado "salto en el crecimiento o estirón" y la maduración sexual. La maduración sexual y el crecimiento físico traen aparejados el despertar del amor que en esta etapa adquiere suma importancia para el adolescente (Cromer, 2012).

Por ello resulta indispensable ampliar y consolidar la educación sexual en esta etapa tanto en la escuela como en el seno familiar. Pueden tener una influencia negativa la lectura de libros no adecuados a la edad, así como las películas destinadas a edades superiores.

Relativo a la intimidad sexual premarital, hoy presenciamos una mutación en los valores de los adultos respecto a la intimidad sexual premarital de sus hijos en contraste con generaciones anteriores, aunque no lo acepten totalmente (MPPS & UNFPA, 2010).

Actualmente la severidad del castigo para la hija embarazada ha disminuido considerablemente es más común que la ayuden. Se admite la posibilidad que la pareja pase un fin de semana en la casa de alguno de los padres, cuestión

que no hubiera sido permitida unas décadas atrás, ni la adolescente se hubiera dado licencia de solicitarlo por temor a ser rechazada (Gamboa, 2013).

No obstante, como etapa transicional todavía la comunicación entre padres e hijos acerca del sexo sigue siendo un problema. En estudios realizados, se encontró que los padres evaden el tema "esperando el momento oportuno" o "para no interesarlos en algo para lo cual aún no están preparados" y cuando se deciden a establecer un diálogo el discurso es en forma general sobre el sexo, sin relacionarlo con el propio adolescente (Flórez & Soto, 2013).

Estudios recientes demuestran que los más jóvenes refieren deseos de abrirse, sentirse cómodos al hablar de sexo con sus progenitores pero, esta no es la generalidad entre los padres, quienes prefieren evadir el tema, consideramos estas posiciones divergentes; se mantienen por temor a ser desaprobados; por no ofenderlos o por su propio deseo de intimidad, agravado por la ambivalencia del adolescente (Gómez, Fonseca, da Silva, & Furtado, 2014).

2.2.7 Embarazo

Comprende desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta la separación del producto de la gestación del vientre materno, conocido como parto (Mollborn, Domingue, & Boardman, 2013). En una definición más subjetiva, el embarazo se refiere a cambios hormonales, psicológicos y biológicos como mecanismo de adaptación del organismo materno a la creación de una nueva vida (UNICEF, 2011). Este período de tiempo también hace referencia a la vulnerabilidad que supone a las madres gestantes, en cuanto a infecciones y cambios que al ser tan radicales generan patologías metabólicas, cardiovasculares entre otras que ponen en riesgo su salud.

La OMS define el embarazo medicamente como el proceso que inicia después de la implantación, al quinto o sexto día de la fecundación, seguido de los

cambios en el endometrio y estroma, dando paso a la nidación e inicio de la etapa llamada embarazo (OMS , 2011). De manera histórica se concibe al embarazo como el conjunto de procesos y transformaciones a las cuales se somete una mujer para crear vida en su útero.

2.2.8 Embarazo adolescente

Se define como la gestación en mujeres en etapa de adolescencia, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años (Ramos, 2011); correspondería al inicio de la pubertad y/o etapa fértil y la culminación de la infancia. Para algunos autores el embarazo adolescente representa grandes riesgos para la madre, el feto y el entorno que les rodea, afectando todos los ámbitos del medio donde se desenvuelve la gestante (UNICEF, 2014).

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes que están en situación de dependencia de la familia de origen (Barcelata, Granados, & Ramírez, 2013).

En el mundo, unos 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 (OMS, 2014).

Según esta organización mundial, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de muchachas de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Es conocido que los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años.

En Latinoamérica, esta es una realidad que no puede ser soslayada, en la región, la mortalidad materna se ubica entre las tres primeras causas de muerte entre 15 y 19 años, los abortos inseguros se acercan a los 670 mil por

año y las tasas de embarazo adolescente (16,5%) son superiores a las de África, en donde es del 14,1% (Royo, 2016).

Los reportes sobre el tema detallan que en la región una de cada tres jóvenes es madre antes de cumplir 20 años y que los países con mayores tasas de embarazo adolescente son Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%) y Bolivia y Colombia (20%) (Skoog, 2016).

El estudio se enfocó a su vez en las principales causas de la gestación precoz: la violencia estructural vinculada con la pobreza, la violencia ideológica o machista y la violencia sexual. Esta situación se presenta con mayor frecuencia en los sectores socioeconómicos más bajos y trae como consecuencia el abandono del sistema escolar, la imposibilidad de tener una carrera y un proyecto de vida y la transmisión intergeneracional de la pobreza (Skoog, 2016).

Por otra parte, esta realidad aumenta el riesgo de muerte materna, muerte infantil y abortos, razón por la cual se hace necesario el abordaje del problema en conjunto, así como el diseño y puesta en marcha de programas que ayuden a reducir las cifras de embarazo adolescente en el país (Blanco, Jordán, & Pachón, 2011).

Para atender los problemas de salud que se derivan de esta problemática implica, involucrar a todas aquellas instancias del Estado que tienen que ver con la salud e involucra también, una articulación entre todos los aspectos que están vinculados en la salud, es decir, para combatir, para vencer definitivamente en Venezuela el concepto hospitalario, curativo y restrictivo (Ministerio de Salud Pública, 2013).

En consideración con representantes del Fondo de Población de Naciones Unidas, el embarazo adolescente debe ser considerado como un problema social prioritario, “dadas sus consecuencias sociales, económicas,

psicológicas, para la madre, los hijos e hijas, la familia, la comunidad y el país”. Este problema de salud es una de las mayores prioridades del Plan Andino de Prevención del Embarazo Adolescente del Ministerio de Salud, iniciativa regional que busca aportar soluciones al problema e incidir en la reducción de los 7 millones de adolescentes mujeres (entre 15 y 19 años) que ya son madres o están embarazadas (UNFPA, 2016).

Si bien la función reproductiva es una de las funciones básicas de la familia, este puede llegar a constituirse en un serio problema de salud cuando encontramos por ejemplo: Embarazo no deseado, concepción producto de una violación, bajo peso materno, complicaciones durante el embarazo, como hipertensión arterial, anemia, desconocimiento de los factores relacionados con la fecundación, la maternidad y los cuidados pre, peri y post natales (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2011).

Cuando una adolescente queda embarazada o tiene un hijo, su salud, educación, potencial de obtener ingresos y todo su futuro pueden estar en peligro, y puede quedar atrapada en una vida sumida en la pobreza, la exclusión y la impotencia (UNICEF, 2014).

Los y las adolescentes están configurando el presente y el futuro de la humanidad. Según las oportunidades y las opciones que tienen durante este periodo de la vida, pueden ingresar a la vida adulta como ciudadanos empoderados y activos o por el contrario, estar desvalorizados, sin poder de opinión e inmersos en la pobreza (UNFPA, 2016).

2.2.9 Riesgos médicos y sociales en madres adolescentes

El embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública en países industrializados y no industrializados. En Estados Unidos de Norte América se estima que cada año se embarazan entre medio y un millón de adolescentes (OMS & ONU, 2013). En países de Latino América se estima

que los embarazos en adolescentes representan cerca del 20 % de todos los embarazos (UNFPA, 2016).

Los principales cuestionamientos de los embarazos en adolescentes se basan en aspectos sociodemográficos entre ellos a la inmadurez de esta madre para la educación de su hijo, en la probable interrupción de su educación, en el aumento de los costos económicos en su núcleo familiar y que todo esto repercute negativamente en el bienestar de su hijo ^{22,23}. Por otro lado existe el cuestionamiento sobre si el organismo de la adolescente está preparado en forma fisiológica y anatómica para aceptar un embarazo y mantenerlo hasta el término (Gamboa, 2013).

Los resultados de los embarazos en adolescentes han sido motivo de múltiples investigaciones, sin embargo, existen controversias entre estas investigaciones (Blázquez, 2012). Algunos estudios demuestran más resultados adversos en estos embarazos al compararlos con embarazos de mujeres con mayor edad (Eure, Lindsay, & Graves, 2012), sin embargo, existen investigaciones que demuestran que no existe mayor riesgo en madres adolescentes (Da Silva , Simões, & Barbieri , 2003).

En la actualidad, se cuestiona si es el embarazo en adolescentes de alto riesgo por las complicaciones propias del embarazo o por los aspectos sociales, familiares, éticos, culturales o porque simplemente no podemos aceptar estos embarazos (Da Silva , Simões, & Barbieri , 2003; Eure, Lindsay, & Graves, 2012). La real respuesta a esta interrogante no existe y la prueba son la gran divergencia de resultados y comentarios que se obtienen al investigar estos embarazos (Blázquez, 2012).

Frecuentemente se señala un aumento en los embarazos en adolescentes, quizás más relacionado con el acceso a los servicios médicos que con una real elevación de la media histórica de estas cifras, pues los avances en

cobertura de salud y por ende en los controles de embarazo pueden darnos una falsa idea de aumento en estos embarazos (Calvopiña, 2012).

Estudios de población rural, señalan que en las poblaciones rurales y urbanas marginales el embarazo en la adolescente es más frecuente y una probable explicación es que la unión a un cónyuge y la maternidad se convierten en los objetivos de la joven mujer, pues otras alternativas son realmente difíciles y además es probable que la unión a un cónyuge representa una mejor condición individual y para los padres un compromiso menos (Velásquez, 2017).

Al no existir otras oportunidades en estas poblaciones se hace muy difícil postergar la maternidad en dicha población y probablemente los resultados maternos y perinatales son producto de esta condición y no de su edad (Menendez, Navas, Hidalgo, & Espert, 2012). La gran mayoría de los estudios no logran analizar la influencia de cada uno de estos factores y tal vez por eso la gran divergencia de opinión y recomendaciones (Eure, Lindsay, & Graves, 2012; Velásquez, 2017). No existe la menor duda que con todas estas interrogantes lo ideal es que todo embarazo en adolescente sea considerado de alto riesgo (Ministerio de Salud Pública, 2013).

En consideración con reportes de la OMS, algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros y son fruto de la violencia sexual. En cambio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y, una vez casadas, para tener hijos. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

Un aspecto donde todos podemos estar de acuerdo es que la adolescencia es un factor de riesgo para los trastornos hipertensivos del embarazo (THE), en un estudio el grupo de edad de adolescentes jóvenes se asoció significativamente más con preeclampsia- eclampsia y comprobó que el porcentaje de THE disminuye al avanzar la edad, estos hallazgos han sido descritos previamente por otros investigadores (Blázquez, 2012; Eure, Lindsay, & Graves, 2012).

Al igual que se desconoce la causa de la preeclampsia-eclampsia no existe una explicación satisfactoria de la relación entre preeclampsia-eclampsia y adolescentes. Actualmente se reconocen factores de riesgo para desarrollar preeclampsia-eclampsia y lastimosamente el embarazo en la adolescente se constituye por sí solo en uno de esos factores de riesgo para el desarrollo de esta patología (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2011).

Otras afecciones relacionadas con la madre están en relación con que estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. Otra de las aristas de este problema tiene que ver con la baja adherencia a las indicaciones médicas en estas edades (Blanco, Jordán, & Pachón, 2011).

Además de las complicaciones ya mencionadas anteriormente, es importante hacer notar que muchos de los embarazos en las adolescentes pueden llevar a la joven a practicarse un aborto y los riesgos que implica éste para las chicas pueden ser considerables, principalmente cuando se realiza en forma ilegal y en condiciones médicas inadecuadas, situación que es muy frecuente. Las complicaciones generalmente incluyen: hemorragias, septicemia, anemia,

laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras. (OMS-UNFPA, 2012)

En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros (Blázquez, 2012).

El bajo peso al nacer es uno de los hallazgos más frecuentes en neonatos de madres adolescentes. Se plantea que existe una relación directa entre menor edad y menor peso del neonato. Probablemente este resultado perinatal adverso sea asociado a la inmadurez biológica (Velásquez, 2017).

La OMS ha reconocido que la procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo (OMS, 2014).

En otro orden de cosas, tenemos las consecuencias sociales de los embarazos en la adolescencia, el embarazo adolescente en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades y espacios culturales (UNICEF, 2014).

Aparte de las consecuencias biológicas existen otros elementos que se ven afectados en un embarazo en adolescente, como por ejemplo, los aspectos emocionales, sociales y económicos. La noticia del embarazo tiene impacto en la joven, en el padre del bebé, quién generalmente también es adolescente,

en la familia de ambos y en la comunidad en donde se encuentran inmersos. La actitud de las adolescentes generalmente depende de la etapa de la adolescencia que estén atravesando, del significado que ese/a hijo/a tenga para ella, del origen del embarazo y de cuál era su proyecto de vida antes de embarazarse (Blanco, Jordán, & Pachón, 2011; Blázquez, 2012).

En países considerados en desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras (Velásquez, 2017).

Otras de las repercusiones sociales del embarazo en la adolescencia pueden ser de tipo económicas, con consecuencias negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela por consiguiente provocar la interrupción de sus estudios, lo que obedece a diferentes razones como: la falta de respaldo de sus padres, la discriminación por parte de autoridades escolares, la falta de aceptación por parte de sus compañeras y compañeros, o bien, presentar un embarazo de alto riesgo (Barcelata, Granados, & Ramírez, 2013).

Una adolescente con escasa o ninguna educación tiene menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz (OMS, 2014).

2.2.10 Causas del embarazo en la adolescencia

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de

fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades (Gamboa, 2013).

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que estos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados (Romo, 2012).

Según algunos autores, tener prácticas sexuales a los 20 años se considera un hábito normal en todo el mundo. En los países con bajos niveles de embarazo en la adolescencia no se considera adecuada la maternidad prematura pero sí las relaciones sexuales entre los adolescentes por lo que en estas sociedades se proporciona información completa y equilibrada sobre la sexualidad y se facilita la accesibilidad a los métodos anticonceptivos (Calvopiña, 2012).

Además de la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos también existen comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes que pueden contribuir a incrementar los embarazos no deseados. Así, un estudio en adolescentes de EE.UU. concluyó que los adolescentes se sintieron presionados a tener relaciones sexuales, y creían que mantenían una relación en las que "las cosas se movían demasiado rápido en el aspecto sexual (Sedgh, Finer, Bankole, Eilers, & Singh, 2015).

Varias encuestas han indicado que la presión de los compañeros es un factor que alienta, tanto a las adolescentes como a los adolescentes, a tener relaciones sexuales (Eure, Lindsay, & Graves, 2012; Romo, 2012).

Asimismo el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una reducción en la inhibición que también puede estimular la actividad sexual no deseada. No existe consenso en cuanto a si las drogas mismas influyen directamente en los adolescentes en comportamientos sexuales más arriesgados, o si los adolescentes que habitualmente consumen drogas son más propensos a tener relaciones sexuales. Debe advertirse que la correlación no implica causalidad (Romo, 2012).

El consumo de drogas y medicamentos que han mostrado evidencias en su vinculación con el embarazo de adolescentes son: alcohol, y anfetaminas, (incluyendo MDMA- éxtasis). Otras drogas y medicamentos que no tienen correlación -o es muy escasa- son los opiáceos, como heroína, morfina, y oxicodona, de los que es conocido el efecto directo en la reducción significativa de la libido. Los países con las tasas más altas de prescripción de las anfetaminas a los adolescentes también tienen las tasas más altas de embarazo en la adolescencia (Reboledo, 2016).

La pobreza es uno de los factores que influye en el embarazo adolescente y que también hace más drásticas las consecuencias que se presenten. Como mencionamos anteriormente, la pobreza afecta en la continuación de los estudios debido a que las jóvenes necesitan apoyar a su familia. También tienen menos acceso a métodos anticonceptivos ya que sólo podrían obtener los gratuitos y sujetarse a su disponibilidad en los centros de salud. Asimismo son más susceptibles de sufrir desnutrición poniendo en riesgo su salud, sobre todo en caso de embarazo. La edad temprana y la pobreza extrema aumentan de manera preocupante el riesgo de mortalidad materna (muerte por embarazo, parto o aborto) (Mollborn, Domingue, & Boardman, 2013).

2.2.11 Factor de riesgo

La OMS señala que un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica, o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una

enfermedad o lesión”. (Congreso Nacional de la República del Ecuador, 2012)
Los factores de riesgo responden a diferentes naturalezas aunque suelen organizarse según categorías sociales, biológicas, psicológicas y económicas, ajustándose a la realidad de cada fenómeno en estudio.

2.2.12 Factores de riesgo para embarazo adolescente

En el área del embarazo en la adolescencia, se han estudiado una gran cantidad de elementos considerados como riesgosos para su ocurrencia, con énfasis en los elementos psico-sociales que representan su mayor influencia y expresión en la etapa de la adolescencia. Algunos autores clasifican los factores de riesgo para embarazo adolescente en tres grupos (UNICEF, 2014):

- a) Relacionados con la exposición de riesgo al embarazo (relaciones sexuales dentro o fuera de una relación sentimental estable).
- b) Relacionados con la concepción (uso de métodos anticonceptivos).
- c) Relacionados con la gestación en sí (culminación exitosa o aborto).

Entre los determinantes distales considerados por (Flórez & Soto, 2013), están los factores intrapersonales como las características demográficas, psicológicas y de carácter socioeconómico. También se incluyen los rasgos relacionados al entorno familiar, red de apoyo social, institucional y política, así como la escolaridad, actitudes, creencias, religión, amistades y grupos de pares. Estos factores se representan gráficamente en la siguiente ilustración (ver figura 1).

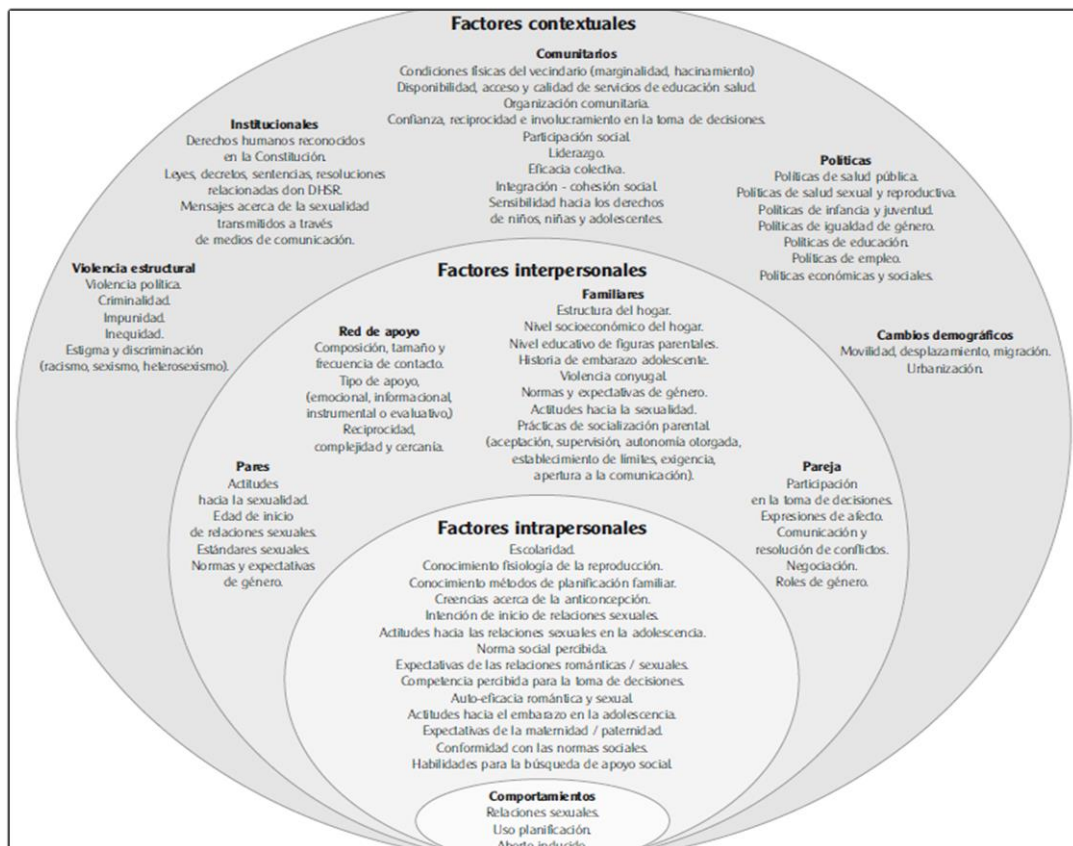


Figura 1. Factores distales asociados a la fecundidad en adolescentes

Fuente. Florez et al. (Flórez & Soto, 2013)

La personalidad también se ha catalogado como un factor de riesgo para el embarazo no planificado en la adolescencia (UNICEF, 2011), evidenciando en un estudio que las adolescentes con alto nivel de imaginación e inteligencia tenían menos probabilidades de quedar embarazadas a diferencia de las que tenían personalidades extrovertidas, neuróticas y escrupulosas, hecho al cual se asoció menor peso fetal al nacer.

El uso y abuso de drogas, alcohol, tabaquismo también son factores de riesgo para el embarazo adolescente, al igual que los trastornos depresivos (UNICEF, 2014). En un estudio realizado en Honduras (Ávila, Barbena & Arguello, 2011), reportaron asociación entre el tabaquismo y la incidencia de embarazos en adolescente, el nivel de instrucción de primaria y el

antecedente de familias disfuncionales, actuando como protector para este hecho la educación sexual impartida por la familia.

2.2.13 Factores de riesgo para la reincidencia del embarazo no planificado en adolescentes

Las madres adolescentes son un grupo susceptible de reincidencia en embarazos no planificados, ya que tienen en contra los factores que propiciaron ese primer embarazo no deseado (Gobierno de México, 2011). Además, es muy frecuente que las causas de esa situación precedente, se mantengan en el tiempo, principalmente las referentes al uso de anticonceptivos y a la importancia de ser parte de un programa de planificación familiar, conociendo el conjunto de beneficios para su salud y bienestar que comprende prevenir un nuevo embarazo en la adolescencia.

Yauri (2015), llevo a cabo un estudio en Perú sobre la reincidencia de embarazos en madres adolescentes, reportando que existen factores de riesgo que actúan como determinantes en su presentación, de carácter demográfico, social, conductual y biológico. Evidenció correlación entre la soltería, menarquia precoz, sexarquia antes de los 15 años, conductas sexuales de riesgo, más de 3 parejas sexuales, la violencia psicológica, el abuso del tabaco y el parto por cesárea con la recidiva de embarazo no planificado en las adolescentes.

En una investigación de Brasil por Gómez y colaboradores en el (2014), también reportaron la correlación de baja escolaridad, inicio temprano de la vida sexual, núcleo familiar desintegrado con padres separados, relaciones amorosas de larga duración en la adolescencia e inadecuado acceso al sistema de salud con la reincidencia de embarazos en madres adolescentes.

2.2.14 Consecuencias del embarazo adolescente

Las consecuencias del embarazo no planificado se extienden desde la afección individual de la madre adolescente, hasta el entorno familiar y social donde esta se desenvuelve. En el ámbito clínico, el embarazo adolescente favorece la patogenia de enfermedades graves durante y posterior a la gestación (Fleming, O'Driscoll, Becker, & Spitzer, 2015), tales como: preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, aborto, parto prematuro, entre otras. Sin dejar a un lado las complicaciones propias de no tener la maduración sexual necesaria para un embarazo, como desproporción céfalo-pélvica, distocias fetales, prolongación del período expulsivo y mortalidad fetal.

Otra consecuencia del embarazo no planificado en las adolescentes es la deserción escolar (Menendez, Navas, Hidalgo, & Espert, 2012), la cual es mayor sí coexiste con elementos como bajo nivel socioeconómico, ausencia de apoyo familiar y/o de la pareja, desempleo, pobreza que sólo contribuye al círculo de la pobreza y al bajo nivel instructivo, con repercusiones a corto, mediano y largo plazo para la adolescente y su hijo (a), representando el abandono de proyectos de vida y disminuyendo el bienestar y calidad de vida de los mismos.

2.2.15 Planificación familiar y actitud responsable frente a la sexualidad

La planificación familiar constituye una herramienta para el control de la natalidad, mantenimiento de la salud y para garantizar la plenitud de una vida sexual y reproductiva sana (OMS , 2011) y UNICEF han considerado la han considerado como el mejor método de prevención del embarazo en adolescentes, puesto que comprende la educación, capacitación y uso de todos los métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, desde el punto de vista de la importancia de planificar un embarazo, en pro del bienestar materno y fetal, sin omitir el empoderamiento de la mujer en su decisión de ser o no madre.

2.2.16 Anticoncepción y actitud responsable

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país, por lo que se ha tornado imperativo abordar las consecuencias sociales y sobre la salud de los altos niveles de maternidad adolescente (Velásquez, 2017).

La prevención del embarazo temprano es prioridad para el sistema de salud pública de cualquier país, debido a las consecuencias para las y los jóvenes, por lo que se desarrollan diferentes acciones orientadas a la prevención del embarazo precoz dentro de estas se encuentran: a) limitar el matrimonio antes de los 18 años, b) crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años, c) aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes y d) reducir las relaciones sexuales en las adolescentes.

También se establecen acciones que buscan prevenir los resultados adversos de un embarazo precoz, dentro de esta se encuentra; reducir el aborto inseguro en las adolescentes y aumentar el uso de la atención calificada prenatal, parto y postparto (Blázquez, 2012).

Un factor esencial para la prevención del embarazo en la adolescencia es el involucramiento de los padres, establecer una relación estrecha con sus hijos, la cual se forma desde una temprana edad. Hay que trabajar para conseguir una relación cálida, firme en la disciplina y muy rica en comunicación que enfatice el respeto y confianza mutua (Barcelata, Granados, & Ramírez, 2013).

Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o también no tener un fácil acceso a su

adquisición. Por otra parte pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos (DNEM, 2015).

En Estados Unidos las mujeres adolescentes sexualmente activas que desean evitar el embarazo tienen menos posibilidades que las de otras edades para el uso de anticonceptivos. En las adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados, más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos o manifestaron que les daba vergüenza comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico . Las tasas de fracaso anticonceptivo (índice de Pearl) son mayores en las adolescentes, especialmente en las pobres, que para las usuarias de más edad (Speidel, Harper, & Wayne, 2016).

Los métodos reversibles a largo plazo, (LARC, por sus siglas en inglés), tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos inyectables combinados (p.e. Depo Provera), requieren la intervención del usuario con menos frecuencia - una vez al mes a cada varios años-, y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados, y si uno de los métodos es de barrera (condón), la transmisión de enfermedades de transmisión sexual también se reduce (DNEM, 2015).

La aprobación, por las autoridades sanitarias de numerosos países, de anticonceptivos de emergencia (Píldora del día después o píldora del día siguiente, método de Yuzpe) incide de manera específica en la reducción de las tasas de embarazos en adolescentes (Glasier, Cameron, & Fine, 2012).

El ejercicio de la sexualidad es un derecho que tiene el individuo y que, la mayoría de las veces, ejerce sin planificación o sin decisión propia. Cuando un adolescente toma la decisión de iniciar relaciones sexuales debe estar informado sobre cuáles son las alternativas anticonceptivas que puede utilizar y cómo debe usarse correctamente.

Algunas jóvenes, según informes de la OMS, no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección (OMS, 2014).

A través de diferentes iniciativas, se busca llevar información al segmento poblacional más susceptible de presentar problemas de educación sexual. En general se trata de programas de carácter social cuyo principal objetivo es tratar de disminuir la tasa de embarazos no deseados a través de charlas directas a mujeres jóvenes y adolescentes que, por distintas razones, no reciben información adecuada para protegerse contra un embarazo no deseado o contra una infección de transmisión sexual. Otras iniciativas muestran resultados recientes de evaluaciones de programas eficaces de educación sobre la sexualidad, prevención del embarazo de adolescentes y de prevención del VIH que han demostrado que los programas de educación sobre la sexualidad de buena calidad se caracterizan por

- Aumentar los conocimientos y aclarar los valores.

- Mejorar la comunicación entre padres e hijos y ayudar a los jóvenes a retrasar el inicio de las relaciones sexuales, si estos programas están dirigidos a los adolescentes jóvenes.
- Aumentar el uso de anticonceptivos y condones y no aumentar la frecuencia de las relaciones sexuales. Se orientan a comportamientos específicos.
- Se basan en modelos teóricos para el cambio del comportamiento que brindan información acerca de los riesgos de las relaciones sexuales sin protección y cómo reducir ese riesgo.
- Dan a los estudiantes una oportunidad de practicar destrezas y discutir situaciones que ellos encuentran significativas y realistas.
- Abordan la influencia de los medios, de otros jóvenes, y de la cultura sobre los comportamientos y las decisiones sexuales de los adolescentes.
- Desarrollan y refuerzan las creencias y los valores entre estudiantes que les ayudan a mantener sus decisiones respecto a la abstinencia y la protección o de ambas y brindan oportunidades para que los estudiantes practiquen la comunicación y las destrezas para la negociación.

La educación sexual debe partir de las necesidades de la población diana, en aras de fomentar la salud sexual desde la cultura autóctona, las particularidades psicosociales, familiares y educacionales de los usuarios, los profesionales de la salud además deben autosuperarse en este tema, y profundizar en la interpretación de las contingencias sociales que perpetúan el problema y llevar a cabo iniciativas locales para el control del embarazo adolescente.

2.2.17 Problemática del embarazo precoz en Ecuador

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del

incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años es del 9% (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social , 2015). La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos.

Los niños nacidos vivos, según grupo de edad de la madre en 2011, fue de 12 a 14 años alrededor de 1.559 nacidos vivos, para el 0,7% y entre 15 a 19 años un total de 44.149 para un 19,2%. El promedio de controles durante el embarazo fue de 3,5 % y el porcentaje de eclampsia del 12,9% en las edades de la adolescencia (Ecuador en Cifras, 2012).

La misma fuente informa los datos que contiene la tabla siguiente:

Tabla 1. Métodos anticonceptivos utilizados

Métodos	Área urbana		Área rural		Total nacional	
	Número	%	Número	%	Número	%
Ritmo o calendario	169.410	15,9%	68.556	14,8%	237.966	15,6%
Píldora	174.521	16,4%	108.357	23,4%	282.878	18,5%
DIU (espiral, T de cobre)	159.053	14,9%	53.683	11,6%	212.736	13,9%
Condón	51.044	4,8%	13.995	3,0%	65.038	4,3%
Inyección	100.996	9,5%	50.565	10,9%	151.561	9,9%
Ligadura	391.346	36,7%	155.174	33,6%	546.520	35,7%
Retiro	12.707	1,2%	9.103	2,0%	21.809	1,4%
Otro	7.625	0,7%	2.655	0,6%	10.280	0,7%
Total	1.066.701	100%	462.087	100%	1.528.788	100%

Fuente. Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras III. 2012

Entre los principales factores de riesgo para el embarazo no deseado, sea en la adolescencia o cualquier otra edad, está en consumo de sustancias

psicoactivas, que en el caso de del alcohol alcanzó entre los 15 a 20 años el número de 27.516 jóvenes para un 12, 5%.

Como consecuencia de prácticas sexuales no protegidas, los casos de VIH en el 2000, estuvieron en el número de 60 253 y en este total, las mujeres ocuparon el 19,2% dentro del grupo, igual análisis para el 2011 reportó un incremento con 337 799 casos y 29,7% de mujeres. Obsérvese las cifras en el cuadro siguiente:

Tabla 2. Número de casos registrados de VIH en el Ecuador - 2010

Grupos de edad	Mujeres	%	Hombres	%	Total	% de Mujeres con relación a cada grupo de edad
<1	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
1a 4	41	4,0%	73	2,7%	114	36,0%
5 a 9	30	2,9%	46	1,7%	76	39,5%
10 a 14	11	1,1%	12	0,4%	23	47,8%
15 a 19	96	9,3%	137	5,0%	233	41,2%

Fuente. Ministerio de Salud Pública MSP- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, Estrategia Nacional de VIH/Sida ITS 2010.

2.2.18 Fecundidad y Embarazo en la adolescencia en Ecuador

El principal componente del crecimiento de la población de la República del Ecuador durante el siglo XX es la fecundidad, situación que se espera siga prevaleciendo, aunque Ecuador desde la década de los 60 hasta finales de los 80 ha venido disminuyendo de manera considerable su nivel de natalidad al pasar de cerca de siete hijos por mujer en 1967 a cerca de la mitad (3.8 hijos) en 1987.

Estos cambios también se reflejan en la estructura por edad de las mujeres, donde durante la década de los 60 la fecundidad ocurría de manera muy intensa para las mujeres entre 20 y 40 años de edad, lo que explica los niveles cercanos a los siete hijos por mujer.

Posteriormente, en la década de los 80 se nota un cambio radical en la composición de los nacimientos por edad de la madre, aunque sigue observándose una cúspide dilatada, es decir, la mayor cantidad de nacimientos ocurren entre las mujeres mayores de 20 años y menores de 30. La encuesta más reciente sigue mostrando un descenso paulatino y constante de la fecundidad para las mujeres mayores de 20 años; sin embargo, es de llamar la atención que entre las mujeres adolescentes existe un pequeño aumento de la fecundidad (Instituto Nacional de Estadísticas del Ecuador, 2010).

2.2.19 Bases legales

La Constitución de la República del Ecuador (Asamblea Constituyente, 2008), en el artículo 32 garantiza el derecho a la salud como fundamental en el desarrollo. Reconoce otros aspectos esenciales en el desarrollo de las personas y la construcción de una ciudadanía basada en principios de dignidad, no discriminación, igualdad, gratuidad y universalidad de los servicios (arts. 10 y 11).

El Estado reconoce que deben generarse medidas de acción afirmativa que permitan el cierre de brechas de desigualdad en poblaciones históricamente excluidas y grupos de atención prioritaria como: mujeres, adolescentes, niñas, niños, adultos y adultas mayores, personas con discapacidad, migrantes, LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, transexuales, intersexuales), entre otros. (Art. 11 numeral 2, Artículo. 35, 341 y 358 CRE) (Silva & Mejía, 2015)

Garantiza el derecho a la confidencialidad (Silva & Mejía, 2015), el acceso a servicios de salud basados en los principios de la bioética, que respete las condiciones intergeneracionales, interculturales, de género, con eficiencia, trato digno, calidad y calidez (artículo 32)

La Constitución (Asamblea Constituyente, 2008), en su artículo 44 determina que:

El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales

El Plan Nacional del Buen Vivir (SEMPLADES, 2013) 2013 – 2017, en el objetivo 3 se plantea:

Aumentar la esperanza y calidad de vida de la población, plantea desde una mirada intersectorial políticas orientadas al cuidado, promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física

Para asegurar la calidad de atención de los adolescentes que responda a sus necesidades se sigue los lineamientos del modelo de atención integral de salud (MAIS) (Ministerio de Salud Pública, 2013) en el que se considera:

La atención a adolescentes será integral: biopsicosocial y familiar, con énfasis en la promoción de salud y prevención de la enfermedad, utilizando espacios (instituciones educativas, centros deportivos o parroquiales, organizaciones juveniles, además de los centros de salud) y lenguajes acordes a sus intereses y necesidades socioculturales.

Este nuevo enfoque facilita el acceso de adolescentes (10 a 19 Años) a los servicios de salud en un sistema en el cual estuvieron invisibilidades. El objetivo del Ministerio de Salud Pública (MSP), es fortalecer el primer nivel como puerta de entrada al sistema para garantizar la atención de calidad para adolescentes y evitar las brechas y barreras de acceso, por lo que se deberá facilitar el acceso garantizando la privacidad y confidencialidad en la atención así como las actividades de promoción de la salud, con un funcionamiento adecuado del sistema de referencia contra referencia, por la importancia de la atención integral para adolescentes que se justifica al analizar las siguientes consideraciones.

CAPITULO III

3. METODOS

3.1 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO

Fue utilizada como perspectiva de estudio la investigación cualitativa. De acuerdo a este diseño el análisis es no numérico sino integral y holístico en dependencia de sus singulares situaciones de vida, habida cuenta de que la genuina científicidad y humanismo que dimanar de los enfoques integrales de la salud, son la mejor garantía de su capacidad para satisfacer las necesidades, lo que implicó asumir el método clínico (Artiles, Barrios & Oteros, 2008).

Tipo de diseño del estudio: Diseños de casos múltiples.

En el diseño de casos múltiples se utilizan varios casos únicos a la vez para estudiar la realidad que se desea explorar, describir, explicar, evaluar o modificar. Es fundamental tener en cuenta que la selección de los casos que constituye el estudio debe realizarse sobre la base de la potencial información que la rareza, importancia o revelación que cada caso concreto pueda aportar al estudio en su totalidad (García Díaz & et all, 2013).

3.2 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

3.2.1 Universo de estudio

Población estudio: Los estudios cualitativos se caracterizan porque la muestra de informantes no es estadística, ni representativa, sino una selección de miembros de diferentes grupos de la población que viene determinada por los objetivos del estudio (García Díaz & et all, 2013), en este caso, correspondió a todas las adolescentes de 12 a 19 años de edad, atendidas en la Unidad

Metropolitana de Salud Sur que acudieron al centro de salud seleccionado durante el año 2016, con reincidencia de embarazos no planificados.

3.2.2 Muestra

El tamaño de la muestra se determinó por saturación, tomando todas las adolescentes que tengan embarazo reincidente no planificado y sean atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de la ciudad de Quito, que acudan a este centro en el período de tiempo comprendido entre marzo y junio del año 2016 (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

Participaron en el estudio 13 adolescentes que reunieron los siguientes criterios de inclusión:

3.2.3 Criterios de inclusión

- Adolescentes atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito.
- Adolescentes embarazadas reincidentes con embarazos no planificados en edades entre 13 y 19 años.
- Que deseen participar de la investigación y expresen su consentimiento informado.

3.2.4 Criterios de exclusión

- Adolescentes embarazadas reincidentes <13 años de edad.
- Adolescentes embarazadas reincidentes en situación de calle, con abuso de drogas o alcoholismo, por ser su estilo de vida favorecedor de la práctica de relaciones sexuales sin protección.
- No completar el instrumento de evaluación.

3.2 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 Acceso al Campo

Durante esta etapa, que se entiende como un proceso por el que el investigador va accediendo progresivamente a la información fundamental para su estudio, se procedió a solicitar la autorización oficial de las autoridades del centro de salud, la cual fue otorgada por la relevancia del problema de salud tratado y por ser la investigadora parte del equipo de trabajo de la unidad. (véase anexo 1).

Se revisaron documentos del área de salud que permiten identificar las unidades de análisis como las fichas familiares y tarjetero de embarazos, para detectar los casos y una vez localizados en la zona, se procedió a visitarlas en el hogar y pedir su consentimiento informado. (véase anexo 2).

3.2.2 Recogida Productiva de Datos

Durante esta etapa se precisó el rigor de la investigación. Para ello se tuvo en cuenta los criterios de suficiencia y adecuación de los datos. La suficiencia se refiere a la cantidad de datos recogidos, antes que al número de sujetos. La suficiencia se consigue cuando se llega a un estado de “saturación informativa” y la nueva información no aporta nada nuevo. La adecuación se refiere a la selección de la información de acuerdo con las necesidades teóricas del estudio y del modelo emergente (Rodríguez & Gil, 1996).

3.2.3 Procedimiento de recolección de la información

Para la recolección de la información se empleará como técnica, la entrevista semiestructurada, aplicada a las adolescentes que son madres con embarazo recurrente no planificado y el instrumento será una encuesta de 16 preguntas organizadas en tres bloques, donde el I: se dirige a las variables demográficas y sociales, el bloque II a los factores de riesgo para reincidencia de embarazos no planificados y la parte III a la planificación familiar. Véase anexo 3.

El instrumento que será aplicado, de preferencia en el domicilio de las adolescentes, sin embargo, no se descarta la posibilidad de realizar algunas entrevistas en predios de la Unidad Metropolitana de Salud Sur.

Para elaborar y optimizar la guía se siguieron los pasos descritos por (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014), que se muestran a continuación:

a) Tomar en cuenta las observaciones de la inmersión en el ambiente: Se realizó mediante la técnica de “vagabundeo” u observación flotantes, se registró la peculiaridad de las relaciones interpersonales de las unidades de análisis (adolescentes embarazadas) las peculiaridades de su lenguaje e interlocución, y días de la semana que concurren al centro de salud por agendamiento.

b) Realizar una “tormenta de ideas” con expertos en el planteamiento del problema para obtener preguntas o temas. La técnica es bien conocida en el campo de la investigación y parte del supuesto de que existe mayor capacidad de producción/rendimiento colectivo, que en el individuo por lo que se trata de aprovechar la composición grupal para obtener un rendimiento mejor.

Procedimiento: Para la presente investigación se invitó a un grupo de participantes (5 profesionales de la salud del centro sur) heterogéneos por su especialidad (3 médicos generales, una obstetriz y la autora) para que puedan ofrecer diferentes perspectivas sobre el mismo referente temático. Se les pidió expresar sus ideas del modo en el que se les ocurran, planteándoles que no va a existir ningún tipo de control dentro del grupo.

Al final, se pasó a la fase clasificatoria, en que fueron clasificadas las opiniones en campos temáticos, y se las lleva al objetivo de la investigación.

c) Efectuar la primera sesión como prueba piloto para mejorar la guía. Se aplicó previamente a tres embarazadas adolescentes primigestas, que no formaron parte de las unidades de análisis final, con lo cual se corrigió el lenguaje técnico la extensión del instrumento para evitar la fatiga, así como la reiteración de temas.

3.2.4 Variables de estudio y sus dimensiones.

Para dar respuesta a los objetivos de la investigación, fueron escogidas tres dimensiones que de alguna forma modifican las causas, consecuencias y factores de riesgo en el embarazo en la adolescencia, y por ende contribuyen a organizar y enriquecen el análisis los resultados. Ellas son:

- Sociodemográficas: Edad, escolaridad, nivel económico, relación de pareja.
- Biomédicas: Reincidencia de embarazos, paridad, periodo intergenésico, factores de riesgo, causas de la reincidencia, uso de método anticonceptivo post primer parto.
- Conductuales: Creencias, relaciones sexuales desordenadas y desprotegidas, adicciones.

Tabla 3. Operacionalización de las variables sociodemográfica en estudio

VARIABLE	DIMENSION	CONCEPTO	INDICADOR
Edad	Años cumplidos hasta el momento la investigación	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	12-15 años 16-19 años
Escolaridad	Ultimo nivel aprobado	Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria	Inicial : Cuando el paciente solo ha alcanzado el nivel educacional primario no acorde a su edad fisiológica Básica: Cuando el paciente ha alcanzado el nivel medio educacional acorde a su edad fisiológica Bachiller: Cuando la paciente ha alcanzado el mayor nivel educacional acorde a su edad fisiológica
Nivel económico	Frecuencias y porcentajes	Categoría o rango financiero que	Alto: Cuando el poder monetario

		presenta la adolescente	satisface todas las necesidades económicas del paciente. Medio: Cuando el poder monetario satisface algunas de las necesidades económicas del paciente. Bajo: Cuando el poder monetario no satisface todas las necesidades económicas del paciente.
Relación de pareja	Frecuencias y porcentajes	Nexo de amor que surge entre dos personas	Presente: cuando la adolescente esta sexualmente con algún individuo de forma estable Ausente. Cuando la adolescente no está sexualmente con algún individuo de forma estable.

Tabla 4.Operacionalización de las variables biomédicas en estudio

VARIABLE	DIMENSIÓN	CONCEPTO	INDICADOR
Reincidencia de embarazos no planificados	Bigesta o multigesta	Mujer adolescente entre 10 y 19 años de edad que se embaraza de manera no deseada por dos o más veces. (Guachamín, 2010)	Descripción del número de embarazos no deseados.

periodo intergenésico (PIG)	Meses	Periodo de tiempo que va desde el nacimiento de un hijo hasta el embarazo siguiente (González E. , 2016).	Descripción en número de meses desde el parto anterior
Causas de la de embarazos no deseados en adolescentes	Causas de tipo social. Problemas suscitados por aspectos como la pobreza, el acceso a la vivienda, la salud, potable y la educación	Motivos que favorecen la ocurrencia de dos o más embarazos no deseados en adolescentes. (Harville, Spriggs, & Xie, 2015)	Descripción de las condiciones sociales, económicas, educativas y culturales de las adolescentes que se embarazan sin desearlo por dos o más veces.
	Causas de tipo económica. Problemas originados por condiciones económicas deplorables e imposibilidad de un empleo bien remunerado		
	Causas de tipo educativa. Problemas provocados por deserción escolar, bajo nivel escolar. Poco acceso a la planificación familiar y conocimientos sobre anticoncepción y sexualidad.		
	Causas de tipo conductuales. Problemas originados por creencias acerca del embarazo, prácticas de relaciones sexuales sin		

	protección. Adicciones		
Factores de riesgo	Uso de anticonceptivos luego del embarazo anterior	Cualquier rasgo, característica o exposición de una adolescente que aumente su probabilidad de quedar embarazada. (Purizaca, 2010)	Descripción de uso de anticonceptivos, la sexarquía, la presencia o no de menarquía precoz, el número de parejas sexuales, el nivel de instrucción y la presencia o no de hábitos tóxicos en adolescentes que se embarazan sin desearlo por dos o más veces.
	Sexarquía		
	Menarquía precoz		
	Número de parejas sexuales		
	Nivel de instrucción		
	Adicciones		

Fuente: Elaborado por Annye Cabezas, 2016.

3. Definiciones conceptuales

Conocimiento de métodos anticonceptivos: declara conocer la existencia de por lo menos un método anticonceptivo al momento de la medición, expresado como porcentaje del total de mujeres de en edad fértil (15 a 49 años).

Embarazo en adolescentes: Número de adolescentes que se encontraban embarazadas o en período de lactancia al momento de la entrevista.

Consecuencias del embarazo: Percepción de la adolescente en cuanto a la repercusión del embarazo y parto en su vida social, escolar, familiar y económica.

Información sobre educación sexual: Percepción de la joven de haber recibido suficiente o adecuada información por parte de familiares, amigos o especialistas de la salud.

3.2.5 Plan de análisis de datos

Los datos recopilados fueron organizados según las categorías de las variables descritas en la operacionalización de las mismas mediante análisis inductivo y deductivo, que permitió obtener la explicación del fenómeno estudiado para así obtener las conclusiones y recomendaciones pertinentes. Uso de la triangulación de fuentes cuando sea posible, combinando la Observación durante la inmersión en la comunidad (Creswell, 2013).

3.2.6 Aspectos Bioéticos

Esta investigación supone la intervención de pacientes adolescentes en la recolección de los datos, la cual se hará mediante una encuesta. Para acceder a la entrevista se solicitará la firma del consentimiento informado establecido como requisito obligatorio en la investigación en seres humanos por la OMS. En la legislación ecuatoriana también se establecen las pautas que rigen los estudios científicos en salud, en la Ley Orgánica de la Salud (Consejo Nacional de Salud , 2010) y en los comités de éticas correspondientes a este segmento. Previo a la firma del consentimiento informado se explicará a cada paciente el fin académico de la investigación, así como la confidencialidad de la información aportada por las mismas.

CAPITULO IV

4 RESULTADOS

4.1 DESCRIBIR LOS FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA POR REINCIDENCIA

El estudio recoge la realidad de vida de 13 adolescentes embarazadas, reincidentes, que son atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito, fueron captadas en el 2016, mientras estaban afrontando un embarazo no deseado. Se realizó desde la perspectiva cualitativa.

El instrumento utilizado fue una entrevista semiestructurada, aplicada por la investigadora, que además de conferir una guía para recabar la información, dotaba a la entrevistada de cierta libertad para exponer sus percepciones, creencias y representaciones sobre el tema.

Con el fin de organizar la comprensión del problema, se optó por organizar los resultados de acuerdo a los objetivos trazados y estos en las tres dimensiones establecidas, es decir, socio demográfica, biomédica y conductual, que según los resultados de la revisión del estado del arte en la comunidad científica al respecto, son los que mayor influencia tienen con relación al embarazo en la adolescencia (Baratieri, Vieira, & Marcon, 2011; Blázquez, 2012; Eure, Lindsay, & Graves, 2012).

Con respecto a los datos sociodemográficos de las participantes, se puede observar, que según la edad, fue captado un caso de 13 años, lo cual resulta verdaderamente alarmante si se toma en consideración que es una reincidencia, es decir esta joven tuvo un parto anterior a esta temprana edad, es llamativo de igual forma que el porcentaje acumulado hasta los 15 años fue de 46.2%. La mayor cantidad de embarazadas, se localizó en los 14 y 18 años de vida cumplidos, con 23,1% respectivamente. (véase tabla 5).

Solo una de las adolescentes va a la iglesia y no siente ser blanco de crítica, ni tiene problemas en cuanto a su embarazo pues está casada.

Tabla 5. Descriptivos según Edad. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
13	1	7,7	7,7
14	3	23,1	30,8
15	2	15,4	46,2
16	1	7,7	53,8
17	2	15,4	69,2
18	3	23,1	92,3
19	1	7,7	100,0
Total	13	100,0	

En el análisis del grupo según la escolaridad, (tabla 6) se debe prestar atención a que el 46,2 % está en el nivel inicial por debajo de la edad cronológica, de lo que se infiere que las contingencias del embarazo y parto previo sumado al que actualmente transitan, ha dejado huellas en las posibilidades de la joven de mantenerse en el sistema educativo. Solo una estudiante ha alcanzado el nivel de bachiller, a pesar de que aproximadamente la mitad pudiera estar cursando este nivel.

Al respecto en el análisis cualitativo resaltó la desmotivación por el futuro, y la disminución de la capacidad de concentración de la atención y debilidad física que deviene del estado de gestación, y se recogieron las siguientes expresiones verbales (por criterio de saturación, solo se recogieron aquellas que aportan puntos nuevos):

S1 "...dejé la escuela en cuanto vi que estaba embarazada...", "...ya no vale la pena seguir..."

S2 "...me daba pena estar en el aula...", "...algunos hombreritos me hacían bullying, porque no tengo padre para él bebé..."

S4 "...me daba mucho sueño, así que la deje..."

S10 "...pasaba mucha hambre y no tenía dinero para comer en la escuela..."
"...mi mamá no me apoyó..."

S13 "...quería trabajar para comprar cosas para él bebé y ayudar al padre de mi segundo niño..."

Tabla 6. Descriptivos según Escolaridad. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Inicial	6	46,2	46,2
Básica	6	46,2	92,3
Bachiller	1	7,7	100,0
Total	13	100,0	

Según las respuestas de las adolescentes, (tabla 7), sobre la presencia en su vida de la pareja que la embarazó, fue sorprendente que el 84,6 % aún mantenían relación con el padre.

Sin embargo en el análisis cualitativo de la entrevista se detectó que esta situación es igualmente generadora de conflictos para la joven embarazada, por insuficiente cobertura económica, habitacional y los conflictos intergeneracionales, como se expone a continuación:

S2 "...lo he dejado en varias ocasiones pero siempre vuelve...", "...mi mamá no lo quiere en la casa porque no trabaja..."

S3 "...me obligaron a casarme cuando descubrí que estaba embarazada...",
"...pero no vale la pena, él no me quiere..."

S4 "...vivimos juntos pero me hace líos cuando esta chuchaqui...", "...algunos días discutimos fuerte y el me pega..."

S5 "...me daba pena con él y lo recogí, pero no ayuda en la casa con el hijo mayor..."

S10 "...pasaba mucha hambre y no tenía así que me fui para su casa y sus padres nos apoyan..."

S11 "...me va bien con él, es trabajador y se ocupa de los niños, solo que no tenemos espacio, vivimos 9 en una sola habitación y otro por llegar..."

Tabla 7. Descriptivos según Relación de pareja. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Relación de pareja	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Presente	11	84,6	84,6
Ausente	2	15,4	100,0
Total	13	100,0	

Un aspecto de relevancia para la comprensión de la situación de vida de las adolescentes, se recoge en la tabla 8, acerca de la situación económica de las jóvenes, donde el 46,2% declaró que vivían en la pobreza, y otro 30 % expresó que no vivían muy bien, expresando que tenían muchas carencias, pero no eran pobres; como era de esperar en la revisión de sus expresiones verbales se encuentra aún más riqueza sobre este tema, demostrando la situación de inseguridad económica, que en ocasiones las impulsan a unirse a una pareja, que lejos de disminuir sus penurias, la mayor parte de las veces las empeora.

S1 "...dejé la escuela y me junté con mi novio, en mi casa somos pobres...", "...ya no vale la pena seguir..."

S2 "...pensé que resolvería mi situación, pero es peor...", "...solo trabaja mi mamá y yo tengo que cuidar de mi hijo y hermanos..."

S5 "...hay días que no sé qué darle a mi hijo de comer, y el padre nada..."

S9 "...pasaba mucha hambre y no tenía dinero para comer en la escuela..."
"...mi mamá no me apoyó..."

S10 "...en mi casa nadie trabaja, mi papá está enfermo y mamá cuida mis hermanos...", "tuve que irme para su casa para poder comer"

Tabla 8. Descriptivos según Situación económica. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Situación económica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	6	46,2	46,2
Medio	4	30,8	76,9
Alto	3	23,1	100,0
Total	13	100,0	

Entrando en la dimensión biomédica se obtuvo información sobre el uso de anticonceptivos, (tabla 9), véase que la mayoría obtuvo algún tipo de anticoncepción cuando terminó el embarazo anterior, con un 84,6%. Las razones de la falta de protección que las llevó al embarazo actual, se encuentran en el examen de sus respuestas a la entrevista, que se puede resumir en la falta de adherencia por irresponsabilidad, por efectos adversos del medicamento e incluso por falta de planificación familiar, como se detecta en las expresiones siguientes:

S1 "...las pastillas me hicieron daño desde que las empecé..."

S6 "...tuve miedo continuar con las píldoras...", "...también le temo a las inyecciones, eso es malo para la mujer..."

S7 "...solo un día las olvidé y mira..."

S10 "...suspendí las ámpulas, iba bien pero comencé a engordar..."

S11 "...Estoy enamorada y quiero tener varios hijos con él"

S12 "...él quiere más hijos y yo que voy a hacer..."

Tabla 9. Descriptivos según Uso de anticonceptivos luego del embarazo anterior. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Uso de anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	11	84,6	84,6
No	2	15,4	100,0
Total	13	100,0	

También correspondiente a la dimensión Biomédica es la información que aparece en la tabla 10, referente a la edad de inicio de las relaciones sexuales, la mayoría, correspondiente al 69,2 % comenzó su vida sexual a edad muy temprana, menor a los 15 años de edad, la mayoría de ellas por presión de las parejas como revelan sus expresiones, por desconocimiento de las consecuencias o como producto del consumo de sustancias tóxicas, fundamentalmente el alcohol:

S6 "...si yo no hubiera estado tomando alcohol desde la mañana, no hubiera accedido..."

S10 "...todas las chicas que conozco lo habían hecho y no pensé que me sucediera nada..."

S11 "...Estaba enamorada y él me pidió una prueba... ", "...fue bonito, aunque no quería embarazarme..."

S12 "...ni fue por mi deseo, más bien me puse en una situación que no pude evitar..."

S13 "...fui forzada a una tierna edad, en realidad ni lo cuento..."

Tabla 10. Descriptivos según Sexarquía. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Sexarquía	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< 15 años	9	69,2	69,2
>15 años	4	30,8	100,0
Total	13	100,0	

En la tabla 11 se plasman los resultados de la edad de la menarquia para las jóvenes estudiadas, detectando que la mayoría para un 76,9 % no tuvieron un comienzo precoz, sino por debajo de los 12 años.

Tabla 11. Descriptivos según Menarquía precoz. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Menarquía precoz	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
si	3	23,1	23,1
No	10	76,9	100,0
Total	13	100,0	

4.2 IDENTIFICAR LOS ASPECTOS CONDUCTUALES INFLUYENTES PARA LA REINCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS EN LAS ADOLESCENTES

4.2.1 Dimensión Conductual

En cuanto a las creencias asociadas al embarazo, muchas de las jóvenes entrevistadas tuvieron la percepción de que no hace daño a su normal desarrollo, para el 69,2%, como se ve en la tabla 12.

En sus expresiones se manifiesta su ingenuidad al pensar que por ser jóvenes se recuperarán rápidamente tanto físicamente como en el plano social, escolar y laboral, como se infiere de las siguientes citas:

S1 “...ya sé que mi vida actualmente es muy complicada, pero yo me recupero...”

S2 “...yo no creo estar tan complicada, cuando encuentre un trabajo podré vivir mejor...”

S4 “...es muy difícil todo, pero soy joven y luzco bien...”

S5 “...alguien se ocupará de mí y de mis hijos...”

S10 “...uno es joven y tengo fuerzas para luchar...”

Tabla 12. Descriptivos según Creencias en cuanto al embarazo en la adolescencia. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Creencias	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No hace daño	9	69,2	69,2
Perjudicial	4	30,8	100,0
Total	13	100,0	

En la tabla 13 se recogen las respuestas de las entrevistadas en cuanto al número de parejas sexuales, es llamativo que a tan joven edad, el 61,5% de ellas ya reconocen un número superior a dos. En cuanto a esto ellas no reconocen el peligro del cambio irresponsable de pareja, o sencillamente acceden ante el pedido de sus compañeros sexuales, pensando que con ello van a resolver su problema económico, otra causa que ellas aducen es el consumo de alcohol. Evidencia de estas inferencias se encuentran en las siguientes expresiones recogidas de las entrevistadas.

S1 “...en esa época casi todos tomábamos alcohol y de ahí no sabía con quién mismo me acostaba...”

S2 "...fue un tiempo en que nadie me controlaba y yo necesitaba salir de mi casa..."

S10 "...no lo quiero recordar, pero no encontraba a ninguno que me ayudara... ", "...fue doloroso para mi primer hijito y para mí..."

S12 "...pasé por mucho pero al fin encontré al padre de este... que me dio casa..."

S13 "...fue difícil después que me abusaron, buscaba alguien que me aceptara..."

Tabla 13. Descriptivos según Número de parejas sexuales. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Solo 1 ó 2	5	38,5	38,5
más de 2 parejas	8	61,5	100,0
Total	13	100,0	

Uno de los aspectos de la dimensión conductual fue el tema de las adicciones que se trata en la tabla 14, como se observa, las jóvenes en su mayoría no reconocieron el consumo de sustancias tóxicas, en el momento de la entrevista, sin embargo cerca del 40% sí reconoció este consumo en el momento actual, lo cual es de interés para los controles médicos prenatales de estas adolescentes. Las causas que ellas refieren para tal consumo son en su gran mayoría para distraerse y relajarse.

Al respecto una joven refería "...yo estuve perdida, no sabía si comía, con quien tenía sexo o donde amanecía, lo único que importaba era hacer el dinero suficiente para la "actualización", al final salí con la ayuda de un médico..."

Tabla 14. Descriptivos según Adicciones. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Adicciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguna	8	61,5	61,5
Alcohol	3	23,1	84,6
Tabaquismo	1	7,7	92,3
Estupefacientes	1	7,7	100,0
Total	13	100,0	

4.2.2 Consecuencias del embarazo: vida social, escolar, familiar y económica

Sobre las consecuencias del embarazo para el desarrollo de las adolescentes, la mayoría no reconoció que este evento y su repetición pudieran perturbar su normal desarrollo, para este grupo el ser madre parece ser la única opción, así se registran las siguientes declaraciones en la entrevista:

S1 "...yo nunca fui buena en la escuela, ser madre me salvó de alguna forma pues deje las calles..."

S3 "...era mala en la escuela, no me gustaba, y en cuanto consiga trabajo todo se resuelve..."

S7 "...no quería ser madre tan joven, pero ya está y estoy bien... ", "...fue doloroso para mi primer hijito y para mí..."

S12 "...la escuela, la carrera, un buen trabajo, son cosas lindas, pero hay que tener plata..."

En sentido opuesto tres de las pacientes, sí reconocieron que los embarazos le han traído problemas para su futuro, específicamente en el futuro profesional, llama la atención que ninguna reconoció que los embarazos a edad temprana les pudieran traer complicaciones a su salud, sus comentarios se muestran como sigue:

S3: "...era buena en la escuela y me gustaba...", "...las malas compañías y el alcohol...".

S5: "...si no hubiera sido por el embarazo... ", "...quería ser maestra...", "...creo que aún puedo seguir, solo necesito ayuda con los nenes"

4.2.3 Identificar el uso de anticonceptivos, periodo intergenésico, paridad y acceso a la planificación familiar como método preventivo

Como se puede apreciar en la tabla 15, las adolescentes en su mayoría están cursando su segundo embarazo, 76,9%, sin embargo tres de ellas ya han tenido al momento de la entrevista más de dos gestaciones.

Tabla 15. Descriptivos según Paridad. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Paridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bigesta	10	76,9	76,9
Multigesta	3	23,1	100,0
Total	13	100,0	

Acerca del acceso a la información sobre sexualidad, (tabla 16), derechos sexuales, anticoncepción y otros relacionados con la fecundidad y sexualidad, lo primero que llama la atención es el alto protagonismo de la escuela en cuanto a llevar la información a las alumnas, el 92,3% reconoció que había tenido alguna durante sus estudios.

Por otra parte, es igualmente significativo pero en sentido contrario el poco protagonismo de la familia y los profesionales de la salud, de quienes las adolescentes negaron haber obtenido información en el 84,6% del total.

Tabla 16. Descriptivos según Información por parte de familiares, escuela, amigos o especialistas de la salud. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Información	No la recibió		Si la recibió	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Familiares	11	84,6	2	15,4
Escuela	1	7,7	12	92,3
Amigos	6	46,2	7	53,8
Especialistas de la salud	11	84,6	2	15,4

En la tabla 17, se muestra la distribución de las adolescentes según periodo intergenésico y el riesgo que esto ocasiona a su salud, y se puede apreciar que predominó el riesgo medio con el 69,2%.

Tabla 17. Descriptivos de riesgo según periodo intergenésico. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Riesgo/ periodo intergenésico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin riesgo	2	15,4	15,4
Riesgo medio 12 meses	9	69,2	84,6
Alto riesgo menos de 12 meses	2	15,4	100,0
Total	13	100,0	

En la tabla 18 se evidencia el acceso de las adolescentes a la consejería de planificación familiar y se comprueba que a pesar de constituir este un grupo de riesgo, no les fue brindado el aconsejamiento necesario en cuanto a planificación, el 46,2 % negó haber recibido este servicio de parte de los profesionales de la salud.

Tabla 18. Descriptivos de acceso a la planificación familiar. Embarazadas adolescentes por reincidencia. Unidad Metropolitana de Salud Sur de Quito. 2017

Acceso a la planificación familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
si	7	53,8	53,8
No	6	46,2	100,0
Total	13	100,0	

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN

Los estudios acerca de las causas, razones, factores asociados y correlacionados de mayor impacto en la aparición del fenómeno social de la multiparidad en la adolescencia, son múltiples y con variadas aproximaciones conceptuales y metodológicas, y es plausible por cuanto sin dudas se trata de un problema serio a escala mundial que solo va “in crescendo”, y que no responde a los esfuerzos gubernamentales y científicos para detener su incremento.

Pensando en estos antecedentes se partió de la idea de configurar el presente estudio desde una perspectiva cualitativa, que permita un acercamiento más íntimo a la comprensión del problema y los significados entrelazados en las situaciones particulares de vida de cada adolescente embarazada, a continuación se presentan los resultados que se derivaron al analizar los factores asociados a la multiparidad en la adolescencia.

Al analizar los resultados de las variables sociodemográficas, recogidas en las tablas 5, 6, 7 y 8 se puede resumir que las 13 participantes de estudio, se reembarazan por lo general alrededor de los 15 años, agrupándose allí más de la mitad de la muestra, con picos en los 14 y 18 años de vida cumplidos, con 23,1% respectivamente; en su mayoría están desescolarizadas, y las causas fundamentales para ello fueron la desmotivación y la anergia propia de la gestación, muy pocas desean volver a reintegrarse a los estudios, pues están más urgidas de trabajar para responder a las necesidades de sus hijos, y casi la mitad de las entrevistadas, el 46,2 % está en el nivel inicial por debajo de su edad cronológica, lo que las sitúa en desventaja para el mercado laboral, además de su condición de género, edad y número de hijos.

La mayoría, aún continúan con sus parejas, aunque estas relaciones, por lo general, encierran condiciones dramáticas como la pobreza, violencia intrafamiliar, lástima, y en muy pocos casos se evidenció que estuvieran mediadas por el amor. Sus condiciones de vida se caracterizan por carecer de un espacio físico para ellos y sus hijos, presentando ambientes de hacinamiento y carencias económicas en más del 75 %, además de conflictos intergeneracionales que agravan el escenario de vida.

Los resultados obtenidos son alarmantes, si pensamos en la gran cantidad de contingencias negativas que rodean a estas muchachas y sus descendencias, y las potencialidades negativas que encierran para su futuro desarrollo social, sin embargo no difieren de las que han encontrado otros autores.

Estos resultados coinciden con los obtenidos (Ramirez, Vaillant & Salas, 2013) donde predominó en el grupo etario de 15-19 años, con 97,1 % del total; mientras que el grupo de 12-14 años representó 2,9 %. Otro estudio transversal, realizado en Teresita, con muestra accidental de jóvenes de que finalizaron un embarazo en el primer cuatrimestre de 2006, detectó que lo hicieron cuando tenían entre 15 y 19 años de edad. La colecta de los datos fue hecha en 2008, por medio de la identificación de las jóvenes en los registros de las maternidades y posterior contacto para entrevista y concluyó que la multiparidad en la juventud está fuertemente asociada a factores socioeconómicos desfavorables (Gomes & Oliveira, 2016).

Algunas autoras se refieren a la situación de multiparidad en este periodo de la vida con el nombre del “Síndrome de las embarazadas adolescentes”, y lo definen como una búsqueda de sí misma y de su identidad, lo que comprende un fracaso en: adquisición de independencia, logro de la propia identidad, continuación de sus estudios, preparación para la vida adulta, constitución de una familia estable y manutención de sí misma (Canavesio; Ludueña & Obregón , 2014).

En adolescentes peruanas de 15 a 19 años, se hizo un estudio relacionando el embarazo precoz con la pobreza, la desnutrición y la exclusión social, para ello, se describen y analizan sus tendencias en los últimos 20 años, enfatizando sus múltiples y persistentes inequidades. Encontraron, coincidentemente, que en los estratos de mayor riqueza el embarazo en adolescentes representa la décima parte de la observada en las zonas más pobres (Yauri, 2015).

El estudio demostró que aunque las prevalencias son menores en áreas urbanas, donde se registra una leve tendencia al aumento, a diferencia de la tendencia al descenso registrada en las áreas rurales, pero persistentemente sobre el 25% en áreas de la selva (superior al 30% en el 2012 en Loreto), igualmente encontraron que se relaciona con el estado civil soltera y el consumo de tabaco, lo cual se diferencia de este estudio (Yauri Quispe, 2015).

Otro estudio realizado en Lima, con metodología cualitativa, evidenció que las adolescentes tenían una convivencia compleja en el 75%, su grado de instrucción era incompleta en el 73%, predominando la reincidencia en el embarazo en las edades comprendidas en el intervalo entre los 16 y 18 años (Calderón Montoya, 2013).

En Chile un estudio de 2016, concluyó que el desempeño escolar y metas educacionales que tenía la adolescente, antes del primer embarazo, son determinantes, dadas estas circunstancias, las adolescentes que no han tenido un buen desempeño académico pueden ver terminadas sus aspiraciones y asumir, con tranquilidad que una nueva fase de sus vidas comienza a la llegada de su primer hijo (González E. , 2016).

Del análisis de los datos y la literatura disponible se derivan varios cierres, en primer término, si bien el embarazo en la adolescencia es una carga onerosa para cualquier joven, esto se agrava en la reincidencia, pues sumado a la sobredemanda física, están las amenazas del desempleo, la pobreza, frustración, la inequidad y violencia que esta situación genera, unido a la

desmotivación por el futuro y la pérdida de las posibilidades de triunfar en una carrera. Todas ellas tienen como inconveniente la etapa del desarrollo en que transitan, donde la personalidad no está completamente estructurada y las decisiones de vida carecen de total madurez y son fruto de la ingenuidad e irreflexibilidad, característicos de la edad.

Entrando en la dimensión Biomédica se obtuvo que el uso de anticonceptivos, (tabla 9), donde la mayoría tuvo algún tipo de anticoncepción cuando terminó el embarazo anterior, con un 84,6%. Las razones de la falta de protección fueron la falta de adherencia por desconocimiento, el temor a las reacciones y la presión de la pareja por continuar procreando, referente a la edad de inicio de las relaciones sexuales, el 69,2 % comenzó su vida sexual a edad menor de los 15 años de edad (tabla 10), con varias parejas sexuales, la mayoría de ellas comenzó por presión de las parejas, por desconocimiento de las consecuencias o como producto del consumo de sustancias tóxicas. La edad de la menarquia en un 76,9 % fue por debajo de los 12 años (tabla 11).

A tan joven edad, 3 de ellas ya han tenido al momento de la entrevista más de dos gestaciones tabla 15, sin embargo, las adolescentes en su mayoría están cursando su segundo embarazo, 76,9%, con un periodo intergenésico de alrededor de 12 meses para un riesgo medio con el 69,2%.

Llama la atención que el 73,5% de las adolescentes reportan no usar métodos anticonceptivos post parto, lo que está descrito en la literatura como un importante factor asociado a la repetición del embarazo, lo cual no corresponde a los hallazgos de este estudio. González encontró esta situación en adolescentes cuando incluso en los registros de las historias clínicas aparecían citadas a programas de planificación familiar. De las pocas que usaron anticonceptivos orales, es probable que su uso fuera inconsistente. Las adolescentes suelen calificarse como "olvidadizas" para un uso consistente de los ACOs. El autor se pregunta también, cómo se entregó la

información, y o la entrega de anticonceptivos y como lo percibió la adolescente (González A, 2016).

Las percepciones más frecuentes de las madres adolescentes con respecto al uso de métodos anticonceptivos, fue poca o nula comunicación con sus familiares, según un estudio cualitativo, que coincide con los presentes resultados, la autora asimismo concluyó que la edad de la pareja así como; edad de inicio de relaciones sexuales y edad del primer embarazo están asociados al embarazo reincidente (Calderón Montoya, 2013).

Baratieri T. y Cols ,en 2011, publicaron en Brasil un estudio, titulado: “La visión de la adolescente con reincidencia del embarazo sobre la familia” con la finalidad de conocer la concepción de las adolescentes con recurrencia gestacional sobre familia, con 16 adolescentes embarazadas, el estudio se dio por medio de entrevista semiestructurada grabada, para esta muestra se hizo evidente el no uso o mal uso de los métodos anticonceptivos (Baratieri, Vieira, & Marcon, 2011).

Por su parte una, Arruda y cols. (2013) llevaron a cabo una investigación, en Brasil titulada “Factores asociados con la recurrencia de embarazos de adolescentes en una maternidad escuela: estudio de casos y controles”, donde encontraron que los factores de riesgo asociados a la recurrencia de embarazo en la adolescencia fueron: inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, edad de la primera gestación menor a 16 años, que parece apoyar los resultados de esta investigación (Arruda, Coutinho, Katz & Rolland , 2013).

La literatura recoge como las causas más frecuentes del embarazo en la adolescencia, el inicio temprano de las relaciones sexuales, así como el número de parejas sexuales, o las conductas sexuales de riesgo; lo cual deja en evidencia el gran problema que acarrea nuestra sociedad, pues no solo hay mayor número de embarazos adolescente, sino que muchas de ellas

llegan a la reincidencia durante esta etapa, complicando aún más la situación (Blázquez, 2012; Gamboa, 2013).

En lo relativo al periodo intergenésico, es bueno recordar que es el espacio de tiempo entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente, cuando este periodo es corto, aumenta la morbilidad materno neonatal, por lo que es importante su estudio y la caracterización de las pacientes adolescentes (Barahona & Marín, 2014).

En el estudio descriptivo retrospectivo realizado por estas autoras, con embarazadas atendidas en el Hospital Luis F. Martínez de la Ciudad de Cañar, cuyo objetivo fue identificar las características del periodo intergenésico corto en mujeres atendidas en el servicio de hospitalización del área de Gineco-Obstetricia en 2014, con 292 secundigestas y multigestas, que presentaron un periodo intergenésico corto, se obtuvo que la frecuencia de periodo intergenésico corto fue de 58,9 %; siendo más habitual en las mujeres: de entre 20-29 años con el 47,7 %, adolescentes en el 20,9 %, con instrucción primaria con el 36 %, el 51,2 % residían en el área rural, a diferencia de los resultados obtenidos en el presente estudio, ellos encontraron que el 52,3 % no había usado ningún método anticonceptivo y que el periodo intergenésico corto fue elevado en esta población de estudio (Barahona & Marín, 2014)

En el estudios con adolescentes peruanas de 15 a 19 años igualmente se evidenció que, la menarquia precoz, el inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años, el tener de 3 a más parejas sexuales, el no usar métodos anticonceptivos, la conducta sexual de riesgo, el embarazo no planificado, parto por cesárea, antecedente de violencia física, el cambio de pareja y la edad menor de 19 años de la pareja son factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” en el año 2014 (Yauri Quispe, 2015).

Según estudios revisados, posponer un segundo embarazo y tener un período intergenésico adecuado son cruciales para estas madres adolescentes ya que

un corto período intergenésico es un factor de alto riesgo para los resultados de un parto, es recomendable que por lo menos un intervalo de 24 meses se considere vital para restaurar la salud nutricional de la madre y para aminorar el estrés postparto que este conlleva. Se estima que un 30 a 50% de madres adolescentes que tuvieron su primer parto antes de los 18 años tienen un segundo entre los 12 a 24 meses posteriores (González A, 2016).

Dimensión Conductual

En cuanto a las creencias asociadas al embarazo, constituye una dimensión a la cual es difícil acceder, lo facilitó en este caso, el diseño cualitativo y desde estas perspectivas encontramos que muchas de las jóvenes entrevistadas tienen la percepción de que los múltiples embarazos durante la adolescencia, no hacen daño a su normal desarrollo, para el 69,2%, como se ve en la tabla 12.

En sus expresiones se manifiesta su ingenuidad al pensar que por ser jóvenes se recuperarán rápidamente tanto físicamente como en el plano social, escolar y laboral.

Quizás está arraigado en su cultura, pues Ecuador es un país con alta tasa de natalidad a edades tempranas (Eure, Lindsay, & Graves, 2012; Ecuador en Cifras, 2012). Por adición algunas literaturas al respecto plantean que la maternidad temprana, condiciona que las hijas también sean madres adolescentes (Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 2011).

Otro resultado interesante fue el número de parejas sexuales declarados por las adolescentes entrevistadas, resultó llamativo que a tan joven edad, el 61,5% de ellas ya reconocen un número superior a dos parejas. En cuanto a esto ellas no reconocen el peligro del cambio irresponsable de pareja, o sencillamente acceden ante el pedido de sus compañeros sexuales, pensando que con ello van a resolver su problema económico, en tanto, otra

causa que ellas aducen es el consumo de alcohol, concomitante al intercurso sexual.

Varios estudios coinciden al respecto y es el caso de lo concluido por (Yauri, 2015), donde los factores reproductivos y obstétricos de riesgo para la reincidencia de embarazo son: la menarquia precoz (OR= 8.07), el inicio de relaciones sexuales antes de los 15 años (OR= 6.39), el tener de 3 a más parejas sexuales (OR=4.94), el no usar métodos anticonceptivos (OR= 1.88), la conducta sexual de riesgo (OR= 2.42), el embarazo no planificado (OR= 6.33) y el parto por cesárea (OR= 2.20).

Otros estudios como el de (Canavesio; Ludueña & Obregón , 2014), plantean entre las causas más frecuentes del embarazo está la falta de control parental que condiciona el tener relaciones sexuales sin protección, el cambio constante de pareja, es decir sin usar condón o cualquier otro método anticonceptivo, falta de educación sexual, información u orientación adecuada, ya que muchas y muchos adolescentes no tienen la información suficiente, adecuada y oportuna, como para comprender cómo se origina un embarazo y lo que implica y el desconocimiento, desinformación o mala información sobre el uso de métodos anticonceptivos recomendados para adolescentes, entre otros.

Por el contrario (Arruda, Coutinho, Katz & Rolland , 2013), encontraron que el cambio de pareja es un factor protector para el reembarazo, y los factores que sí permanecen asociados a la recurrencia de embarazo en la adolescencia fueron: coitarca < 15 años, edad de la primera gestación < 16 años, cambio de pareja, no cuidar de los hijos y renta familiar < un salario mínimo. La recurrencia de embarazo en la adolescencia fue asociada especialmente a factores reproductivos y socioeconómicos.

El tema de las adicciones fue otro de los aspectos de la dimensión conductual, y como mostró la tabla 14, las jóvenes en su mayoría no reconocieron el

consumo de sustancias tóxicas, en el momento de la entrevista, sin embargo cerca del 40% sí reconoció este consumo en el momento actual.

Sobre el tema (UNODC , 2013) reconoce que los resultados del reciente estudio de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2013) confirman que el alcohol sigue siendo la sustancia legal más consumida por los y las escolares; y si bien la edad promedio de iniciación es 13 años, la edad de inicio más baja de consumo se ubica en los 8 años. Uno de cada cuatro estudiantes, es decir el 25%, que declara haber consumido alcohol alguna vez en su vida se inició en la ingesta de alcohol entre los 8 y los 11 años. Sin embargo, el 50% de los bebedores escolares comenzaron la ingesta cuando tenían entre 12 y 14 años. Por otro lado, del 40.5% (900,000) de escolares encuestados que informan haber probado alguna droga legal, sea alcohol o tabaco, el 23.3% admite que lo hizo en el último año y el 12.3% en el último mes antes de la encuesta.

Estudios que han tratado de relacionar el consumo de sustancias psicoactivas con el embarazo, apuntan a una prevalencia de 32,4% para el uso de alcohol en el embarazo de adolescentes. De estas 36,1% poseen puntaje compatible con el uso de riesgo (Uchôa & Ferreira de Souza, 2013).

Estos resultados coinciden plenamente con los encontrados en el presente estudio donde las adolescentes entrevistadas declararon consumo de alcohol en el 23,1%.

Para Florenzano, quien propone una intervención de promoción de la salud de los adolescentes, para reducir los factores de riesgo en la edad, el uso indebido de sustancias es solo un elemento de toda una gama de comportamientos de riesgo o no saludables que tienen lugar en la adolescencia, con una alta correlación entre ellos, como son la experimentación sexual a edad temprana, el embarazo, la conducción imprudente de vehículos así como otros tipos de conducta impulsiva que causan accidentes (Florenzano, 2013).

Un estudio de la OEA dictaminó que las mujeres tienen mayor vulnerabilidad que los hombres a ciertas consecuencias derivadas del consumo de drogas, relacionadas con su motivación para usar drogas y diferencias en la sensibilidad a los efectos de las sustancias. Suelen estar en mayor riesgo de dependencia y también son más susceptibles a la recaída. En el ámbito social, las mujeres dependientes de drogas están sujetas a mayor discriminación que los hombres. El inicio temprano, la victimización y el embarazo no deseado agravan la condición de una proporción de ellas (OEA, 2013).

Elementos de información sexual y planificación familiar

Como se puede apreciar en la tabla 15, las adolescentes en su mayoría están cursando su segundo embarazo, 76,9%, la mayoría de la muestra, 92,3% reconoció que había tenido alguna información sobre sexualidad, durante sus estudios (tabla 16), por otra parte el 84,6% del total de las adolescentes negaron haber obtenido información en el sistema de salud, de parte de los profesionales y en sus hogares.

A pesar de estar en su segunda gesta o más, en la tabla 18 se evidencia que el acceso de las adolescentes a la consejería de planificación familiar fue bajo, el 46,2 % negó haber recibido este servicio de parte de los profesionales de la salud y se comprueba que a pesar de constituir este un grupo de riesgo, no les fue brindado el aconsejamiento necesario en cuanto a planificación. Sin embargo el 84,6 % declaró uso de anticonceptivos, que tal como las circunstancias lo indican, no fue del todo muy adecuado.

Los resultados no coinciden con otros en diferentes contextos donde la investigadora declara que le llama la atención el 73,5% de no uso de métodos anticonceptivos post parto, incluso tras citadas a programas de planificación familiar. Lo que es preocupante en este estudio, refiere la autora, es que adolescentes que ya habían estado en el sistema de salud, han tenido oportunidad de controlarse, han tenido acceso a consejería y a la provisión de

métodos anticonceptivos en el sistema de salud primaria, sin embargo no lograron usarlos (González A, 2016).

En un estudio cualitativo llevado a cabo en Lima, se encontró que las percepciones más frecuentes de las madres adolescentes con respecto al uso de métodos anticonceptivos y la educación sexual fue de poca o nula comunicación con sus familiares quienes evadieron el tema de planificación familiar y embarazo, la mayoría de las parejas no habían tocado el tema sin embargo se evidenció preocupación de alguno de ellos y con respecto a la información brindada en el consultorio de planificación familiar, las entrevistadas coinciden que la atención en el consultorio de planificación familiar no es fluida, además sugieren que la persona que atienda en el consultorio debe ser mujer, joven, amable, con un trato cordial y que inspire confianza (Calderón Montoya, 2013).

Según esta autora, la mayoría de adolescentes al finalizar su primer embarazo deciden usar un método anticonceptivo, pero muchas veces, este método no es usado adecuadamente y se produce nuevamente una gestación, lo que sí coincide con el presente estudio, por ello es importante conocer la percepción de las adolescentes que se encuentran en esta problemática, explicarnos por qué las adolescentes no usan métodos anticonceptivos luego de un primer embarazo, y si los usan, cual es el motivo de abandono del método.

Podría considerarse que una de las causas más importantes es la falta de información adecuada sobre la sexualidad y la dificultad en el acceso de métodos de prevención, ya que muchos adolescentes tienen poco o ningún acceso a la educación sexual y a la información, conocimiento y reflexión sobre la diversidad de métodos anticonceptivos tal como también se observó en el presente estudio (Calderón Montoya, 2013).

Resultados similares mostró otro estudio sobre embarazo en la adolescencia, que argumentó que la mayoría de las veces, este no es planificado y está

asociado al alto nivel de desinformación, resultado de la falta de educación sexual de calidad, del no abordaje de ese tema en el núcleo familiar y de la ausencia de programas educativos en escuelas e instituciones de salud (Uchôa & Ferreira de Souza, 2013).

Sobre el acceso a la información en una entrevista a profundidad, se definió que como primera fuente de información sobre los métodos anticonceptivos (MAC), fue la televisión con un 25%, seguido por amigos, y la madre con un 23% y 20,3% respectivamente, además observó que el 74,4% de las adolescentes que no usaron MAC refirieron tener un buen nivel de conocimiento, y sólo un 5% dijo tener un mal conocimiento de los MAC; de las adolescentes con embarazo reincidente que usaron MAC, el 77,5% cursaban el nivel secundario y en las que no usaron MAC fue de 53,8% (Calderón Montoya, 2013).

Un estudio que trató de identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, mediante un estudio observacional, descriptivo y transversal, e incluyó 120 adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa en México, obtuvo que el nivel de conocimientos sobre sexualidad y anticoncepción fue calificado como medio en 60.8% y bajo en 23.3%. El condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65.2%); asimismo, fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento (95.8%). Solo se obtuvieron diferencias respecto a la edad de los participantes ($p = 0.030$). Concluyendo que los resultados muestran la necesidad de mejorar la calidad de la información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, lo que se espera, repercuta positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población (Sánchez, Dávila, & Ponce, 2015).

Además en el estudio de Bazán y cols encuentran que la comunicación con los padres fue la inadecuada en un 65.4% y un 57.7 % respondió tener una comunicación inadecuada con la pareja. En el análisis de la entrevista a profundidad realizada se observó que la mayoría de las adolescentes

recibieron más información en el colegio que del entorno familiar (Calderón Montoya, 2013).

Actualmente existen múltiples estudios acerca de los factores que conllevan al ejercicio cada vez más temprano de la sexualidad en los y las adolescentes, las diversas estrategias de prevención del embarazo adolescente en varias partes del mundo y la disminución de la tasa de fecundidad, por la ampliación de los Programas de Planificación Familiar; lo cierto es que el número de los embarazos reincidentes en la población adolescente no se han reducido (Guaman, 2013). En algunos países de América Latina y el Caribe se carece de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, no se valoran los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. En el ámbito de esa población adolescente tienen también mucho impacto la presión de grupo, la curiosidad, el abuso sexual, la prostitución adolescente, y la falta de orientación de los padres (Calderón Montoya, 2013; Canavesio; Ludueña & Obregón , 2014).

6. CONCLUSIONES

1. En la comprensión de los factores de riesgo en las adolescentes con embarazo reincidente y no planificado se encontró que la edad de las primeras relaciones sexuales inferior a 15 años, fue la más determinante, así como el primer embarazo a igual edad, la irresponsabilidad en el mal uso de los anticonceptivos y permanecer junto a su pareja en la mayoría de las entrevistadas también fueron frecuentes agravado por el número superior a dos parejas sexuales. Por otra parte, la pobreza, el nivel educativo por debajo de la edad cronológica, la ingenuidad e irreflexibilidad propia de la edad ayudaron a la multiparidad en las jóvenes.
2. El no reconocer las consecuencias del embarazo en la adolescencia también estuvo entre las causas de reincidencia, a lo cual se exponen por complacer a su pareja y por la falsa esperanza de resolver sus problemas económicos dependiendo de la pareja.
3. Entre los aspectos conductuales influyentes para la reincidencia de embarazos no planificados en las adolescentes de la Unidad Metropolitana de Salud Sur, fue identificado el consumo de sustancias psicoactivas y las falsas creencias sobre el embarazo.
4. Las adolescentes afirman haber utilizado métodos anticonceptivos, después del primer parto aunque con baja adherencia por sentimientos de miedo, irresponsabilidad y complacencia ante la solicitud de la pareja; mantienen un periodo intergenésico de mediano riesgo lo que demuestra el fallo de la prevención, la anticoncepción y la planificación familiar
5. Declararon bajo acceso a la planificación familiar como método preventivo y una poca información sobre el tema por parte de sus familiares y los profesionales de la salud, sin embargo reconocen el papel de la escuela en este sentido.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar el acceso a la planificación familiar como método preventivo en las adolescentes primigestas con el fin de evitar la reincidencia.
2. Priorizar la información por parte de los profesionales de la salud sobre el tema de la sexualidad, riesgos de embarazo, sus consecuencias en la población de riesgo.
3. Contribuir mediante la implementación de intervenciones en salud al efecto, a mejorar la comunicación por parte de los familiares con las y los adolescentes sobre conductas de riesgo, ya sea embarazo, drogadicción accidentalidad u otros que contribuyan a la mejor salud de la población juvenil.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barahona Espinoza, Á. D. (s/n de s/n de 2016). dspace.ucuenca.edu.ec.
Recuperado el 12 de febrero de 2017, de dspace.ucuenca.edu.ec:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24012/1/tesis.pdf>
- Archanjo, A., Cunha, V., Pires, A., Moura, A., Faria, C., Souza, V., & et al.
(2013). Childbearing in adolescence: intergenerational. *BMC
Pregnancy and childbirth*, 13.
- Arruda, Coutinho, Katz & Rolland . (2013). Factores asociados con la
recurrencia de embarazos de adolescentes en una maternidad escuela:
estudio de casos y controles. *Cad. Saúde Pública*;29(3):, 496-506.
- Artiles, Barrios & Oteros. (2008). Metodología de la Investigación para las
Ciencias de la Salud. Habana: Ciencias Médicas. Recuperado el 18 de
febrero de 2017
- Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador.
Montecristi – Manabí.
- Ávila , Arguello & Barbena. (2011). Factores de riesgo asociados al embarazo
en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagua.
Revista Medica de Honduras.

Ávila, Barbena & Arguello. (2011). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagua. *Rev Med Hondur*, 79(2).

Barahona & Marín. (2014). Características del periodo intergenésico corto en pacientes atendidas en el hospital Luis F. Martínez, 2014. Cuenca: Universidad de Cuenca.

Baratieri, T., Vieira, V., & Marcon, S. (2011). La visión de la adolescente con reincidencia del embarazo sobre familia. *Esc Anna Nery*. 15 (2), 261-269.

Barcelata, B., Granados, A., & Ramírez, A. (2013). Correlatos entre funcionamiento familiar y apoyo social percibido en escolares en riesgo psicosocial. *Rev. Mex. Orient. Educ.*, Disponible en: <http://pepsic.bvs>.

BBC Mundo. (2013). América Latina es la única región donde aumentaron los embarazos en adolescentes. Recuperado el 10 de mayo de 2016, de América Latina es la única región donde aumentaron los embarazos en adolescentes:
http://www.bbc.com/mundo/noticias/2013/10/131030_salud_embarazo_adolescente_onu_gtg

Benítez, M., Sánchez , E., & Serrano, M. (2015). Los indicadores clínicos de personalidad en la adolescencia. *Psicología desde el Caribe* 32(2),

Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-417X2015000200004&script=sci_abstract&lng=es .

Blanco, M., Jordán, M., & Pachón, L. (2011). Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. *Rev. Med. Electrón.* 33(3), Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000300012&lng=es.

Blázquez, L. (2012). Embarazo adolescente. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1(3), 1-8. Recuperado el 24 de enero de 2017, de Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf

Calderón Montoya, S. A. (2013). Percepciones de las madres adolescentes con embarazo reincidente sobre el uso de métodos anticonceptivos ,atendidas en el Hospital Vitar ,julio 2013. Lima. Recuperado el 28 de febrero de 2017, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3710/1/Calderon_ms.pdf

Calvopiña, A. d. (2012). Factores de riesgo psicosociales que influyeron en el embarazo y maternidad adolescente. Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas. Quito: Universidad Central del Ecuador.

Canavesio; Ludueña & Obregón . (2014). Razones por las que las adolescentes se embarazan. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

Carvajal , C., López, C., Nel , P., & Soto , M. (2013). Factores asociados a la convivencia escolar en adolescentes. Educación y Educadores, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83429830001>.

Congreso Nacional de la República del Ecuador. (2012). Ley Orgánica de la salud. Quito.

Creswell, J. W. (2013). Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches. SAGE Publications, Inc.

Cromer, B. (2012). Adolescent Development. En B. R. Kliegman RM, Nelson Textbook of Pediatrics (19 ed., pág. 104). Philadelphia, EEUU: Philadelphia PA. Recuperado el 17 de enero de 2017

Da Silva , A., Simões, V., & Barbieri , M. (2003). Young maternal age and preterm birth. Paediatric Perinat Epidemiol.17, 332-339.

División de Noticias y Medios Digitales de Comunicación (DNEM). (2015). Prevención de embarazos en adolescentes. Atlanta, USA. Disponible en: <https://www.cdc.gov/spanish/signosvital/larc/> .

Donis, J. (2013). Tipos de diseño de los estudios clínicos y epidemiológicos. Instituto de inmunología clínica, 2(2), 76-99.

- Ecuador en Cifras. (2012). Mujeres y Hombres del Ecuador en Cifras. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf .
- El Comercio. (noviembre de 2015). Ecuador reduce los índices de embarazos adolescentes. El Comercio, 15(8).
- Eure, C., Lindsay, M., & Graves, W. (2012). Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. Am J Obstet Gynecol. 188, 918-920.
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Lima.
- Fleming, N., O'Driscoll, T., Becker, G., & Spitzer, R. (agosto de 2015). Adolescent Pregnancy Guidelines. J Obstet Gynaecol Can, 37(8).
- Florenzano, R. (2013). Alcoholismo y abuso de otras drogas: Programa de prevención en Chie. Bol of sanit Paranam, 107(6), 577-590. Recuperado el 2017, de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/17665/v107n6p577.pdf?sequence=1>
- Flórez, C., & Soto, V. (2013). Factores de riesgo y protectores del embarazo adolescente en Colombia.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Panamá.

Fondo de las Naciones Unidas para los Niños para la Adolescencia. (2011). El Estado Mundial de la Infancia 2011. UNICEF La adolescencia: y época de oportunidades. Nueva York. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/index_5746: UNICEF.

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev. Chil. Pediatr. 86(6), Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010&lng=es .

Gamboa, C. (2013). El embarazo en la adolescencia. México, DF: Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis.

García Díaz & et all. (2013). Resultado de un estudio de casos múltiples con niños ciegos de edad temprana de la provincia Ciego de Ávila. MEDICIEGO, 19(1). Recuperado el 16 de 2 de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2013/mdc131x.pdf>

Glasier, A., Cameron, S., & Fine, P. (2012). Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomized non-inferiority trial and meta-analysis. The Lancet ; 375, 555-562.

Gobierno de México. (2011). Guías diagnósticas de consulta externa. México Distrito Federal.

Gomes & Oliveira. (s/n de octubre -diciembre de 2016). Multiparidad entre adolescentes y jóvenes y factores de riesgo en Teresina/Piauí. *Adolescencia y Salud*, 11(3). Recuperado el 28 de febrero de 2017, de <http://www.adolescenciaesaude.com/default.asp>

Gómez, E., Castillo, I., & Cogollo, Z. (2013). Predictores de disfunción familiar en adolescentes escolarizados. *rev.colomb.psiquiatr.* 42(1), 72-80. Disponible en: <http://www.scielo.org>.

Gómez, M., Fonseca, S., da Silva, K., & Furtado, S. (2014). Recorrência de gravidez em adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Adolesc Saude*, 11(3), 22-30.

González, J., & Hoz, F. (s/n de febrero de 2011). Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. *Salud Pública*, 13(1). Recuperado el 23 de enero de 2017, de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-006420110001000006&lng=pt.

González A, E. (s/n de s/n de 2016). Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 81(5). Recuperado el 28 de febrero de 2017, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-752620160005000002&script=sci_arttext

- González, E. (2016). Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 81(5), 354 - 359. Recuperado el 2 de 3 de 2017, de <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v81n5/art02.pdf>
- Guachamín, J. (2010). Embarazo en la adolescencia y sus complicaciones clínico quirúrgicas Hospital Provincial General de Latacunga septiembre 209 marzo 2010. Tesis, Escuela Politécnica de Chimborazo, Riobamba.
- Guaman, J. (2013). Estudio comparativo entre los estudiantes de tercer año de bachillerato ... sobre el nivel conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual y el uso de preservativo. Loja: Universidad Nacional de Loja.
- Harville, E., Spriggs, A., & Xie, Y. (enero de 2015). Personality and adolescent pregnancy outcomes. *J Adv Nurs*, 71(1), 148-159.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metología de la Investigación* (6 ta. ed.). México: MacGraw-Hill Education.
- Hipwell , A., & et all. (2013). Developmentally Specific Predictors of Repeat Pregnancies in Adolescent Girls. Disponible en: <https://spr.confex.com/spr/SPR2013/webprogram/Paper21212.html>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2010). *Indicadores Básicos de Salud*. Ecuador. Ministerio de salud pública.

Instituto Nacional de Estadísticas del Ecuador. (2010). Censo de población y vivienda. Estadístico, Quito.

Kliegman, R., Stanton, B., Schor, N., Geme, J., & Behrman, R. (2013). Desarrollo en la adolescencia (Vol. Nelson Tratado de Pediatría). Barcelona: Elsevier: Kliegman RM editor.

Lozano, V. (2014). Teorías sobre la Adolescencia. Última década. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22362014000100002&lng=es&nrm=iso.

Menendez, G., Navas, I., Hidalgo, Y., & Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cubana Obstet Ginecol, 38(3).

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social . (2015). Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente y Planificación Familiar. Quito Disponible en: http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Proyecto_enipla.pdf: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social .

Ministerio de Salud Pública. (2013). Modelo de Atención Integral de Salud-Familiar y Comunitario. Quito.

Mollborn, S., Domingue, B., & Boardman, J. (Septiembre de 2013). Norms as Group-Level Constructs: Investigating School-Level Teen Pregnancy Norms and Behaviors. Soc Forces, 93(1).

Montes, Barbena & Arguello. (s7N de s/n de 2011). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de comayagüela. Rev Med Hondur 79, 14(29), 68-72. Recuperado el 13 de enero de 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272015000200005

MPPS & UNFPA. (2010). ENCUENTRO INTERSECTORIAL PARA PREVENIR EMBARAZO ADOLESCENTE. Disponible en: [http://www.mpps.gov.ve/ms/index .php](http://www.mpps.gov.ve/ms/index.php).

Muuss, R. (1996). La teoría de Erik Erikson del desarrollo de la identidad. Las teorías de la adolescencia. 6ª ed. Nueva York: McGraw-Hill.

Norma y protocolo de planificación familiar. (2010). Norma y protocolo de planificación familiar. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Quito.

O.M.S. (Nota descriptiva N° 364 de 2014). El embarazo en la adolescencia. Recuperado el 10 de mayo de 2016, de Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

Observatorio de Salud de la Infancia y Adolescencia. (2011). El adolescente y su entorno en el siglo XXI. Barcelona.

OEA. (2013). El problema de la drogas en Las Américas. Organización de Estados Americanos. Recuperado el 2017, de

http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

OMS & ONU. (2013). OMS y Naciones Unidas promueven acuerdos para prevenir embarazos en adolescentes. Disponible en: http://www.abn.info.ve/images/top_abn1.php.

OMS. (2014). Salud de los adolescentes Organización; 1948-2016. Ginebra: OMS. Recuperado el 12 de enero de 2017, de http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

OMS-UNFPA. (2012). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en vías de desarrollo. Evidencias. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78253/1/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Recuperado el 10 de mayo de 2016, de Factor de riesgo: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

Organización Mundial de la salud. (2011). Planificación familiar. Baltimore.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Estadísticas sanitarias mundiales. Ginebra.

Parra, J., Domínguez, J., Maturana, J., Pérez, R., & Carrasco, M. (septiembre de 2013). Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el. Salud colectiva, 9(3), 391-400.

Pimienta, J., & de la Orden, A. (2013). Metodología de la investigación. Competencias+Aprendizaje+Vida. México: Pearson Educación.

Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. Rev Per Ginecol Obstet, 56, 57-69.

Ramirez,Vaillant & Salas. (s/n de septiembre de 2013). Captación de adolescentes gestantes e interrupción del embarazo durante un quinquenio en la provincia de Santiago de Cuba. Medisan, 17(9). Recuperado el 12 de febrero de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000900008

Ramirez,Vaillant & Salas. (2013). Captación de adolescentes gestantes e interrupción del embarazo durante un quinquenio en la provincia Santiago de Cuba. Medisan.

Ramos, S. (2011). Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Reboledo, N. (2016). Embarazo adolescente y consumo de sustancias. Disponible en:

<http://www.sap.org.ar/docs/organizacion/Grupos/usodro/embarazo.pdf>

Reyes, A. (2009). La escuela secundaria como espacio de construcción de identidades juveniles. RMIE , Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662009000100008&ln.

Rodríguez , C., & Caño, A. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. International Journal of Psychology and Psychological (12), Disponible en: <http://www>.

Rodríguez, & Gil, G. &. (1996). Metodología de la Investigación Cualitativa (Ediciones Aljibe ed.). Granada, España. Recuperado el 25 de enero de 2017, de http://metodosdeinvestigacioninterdisciplinaria.bligoo.com.co/media/users/10/528344/files/53953/INVESTIGACION_CUALITATIVA_Rodriguez_et_al.pdf

Romero, M. I. (2014). Recuperado el 16 de Abril de 2016, de Curso Salud y Desarrollo del Adolescentes: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.html>

- Romo, H. (2012). Causas y consecuencias. Disponible en: <http://www.equidad.org.mx/capacitacion/index.php/embarazo-adolescente-menu/135-causas-y-consecuencias>.
- Royo, M. (2016). América Latina: La región con más embarazos adolescentes del mundo. I Conferencia De América Latina y del Caribe Latinoamericana para reducir inequidades en Salud Sexual y Reproductiva (LAC2016). Catagena: Disponible en: <http://clustersalud.americaeconomia.com/america-latina-la-region-mas-embarazos-adolescentes-del-mundo/>.
- San Martín, J., & Barra, E. (2013). Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-480820.
- Sánchez, L., Gutiérrez, M., Herrera, N., & Ballesteros, M. (2011). Representaciones sociales del noviazgo, en adolescentes escolarizados de estratos bajo, medio y alto, en Bogotá. *Salud Pública*, 13(1). Recuperado el 12 de enero de 2017, de <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n1/v13n1a07.pdf>
- Sánchez, M., Dávila, R., & Ponce, E. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Familiar*, 22(2), 35–38. Recuperado el 3 de marzo de 2017, de Volume 22, Issue 2,

- Sedgh, G., Finer, L., Bankole, A., Eilers, M., & Singh, S. (2015). Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends. *J Adolesc Health*, 56(2), 223-230. Recuperado el 23 de enero de 2017
- SEMPLADES. (2013). Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2107. Quito: ISBN-978-9942-07-448-5.
- Silva, I., & Mejía, O. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Revista Electrónica Educare* 13, 19(1), 241-56. Disponible: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.19-1> doi:.
- Silveira, S. (2011). Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro: uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos.; 1. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6(5) , 2485-2493.
- Skoog, C. (2016). Alta tasa de embarazo adolescente en América Latina. UNISEF.
- Speidel, I., Harper, C., & Wayne, C. (2016). The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy». . *Contraception*, Disponible en: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/>.
- Uchôa , L., & Ferreira de Souza, C. (2013). Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(1). Recuperado el 1 de 3 de 2017, de

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100020&script=sci_arttext&lng=es

UNFPA. (2016). Embarazo en Adolescentes. <http://lac.unfpa.org/temas/embarazo-en-adolescentes>.

UNICEF. (2011). Estado mundial de la infancia. UNICEF, Nueva York.

UNICEF. (2014). Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. UNICEF, Panamá.

UNODC . (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Lima: Industria Gráfica MACOLE S.R.L.

Valles, A. (2014). Competencia social y autoestima en adolescentes con fobia social. 32(2), Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272014000100005&lng=e.

Velásquez, J. J. (27 de febrero de 2017). Embarazo en la Adolescencia. Obtenido de munisalud: http://munisalud.muniguate.com/2012/09oct/estilos_saludables03.php

Villalobos, A., Campero, L., Suárez, L., Atienzo, E., & De la Vara, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública Mex*, 57, 135-143.

Yauri Quispe, Y. P. (2015). Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el hospital Nacional Docente Madre-niño "San Bartolomé" durante el año 2014. Lima. Recuperado el 28 de febrero de 2017, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4621/1/Yauri_qy.pdf

Yauri, Y. (2015). Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre-niño San Bartolomé durante el año 2014. Tesis, Universidad de San Marcos, Lima.

8. ANEXOS

Anexo 1. Autorización oficial de las autoridades del centro de salud

Quito, 5 de junio de 2016

De mis consideraciones:

La presente es para saludar a Uds y al mismo tiempo solicitarle su autorización y consentimiento informado para la realización de un estudio con embarazadas adolescentes reincidentes, con embarazos no planificados el cual tiene como objetivo: Caracterizar los factores relacionados con la reincidencia en el embarazo no planificado en adolescentes que acuden a la Unidad Metropolitana de Salud Sur en edades 13-19 años.

Adjunto cronograma para la realización de estudio previo a su consentimiento.

Atentamente

.....

Lic. Annye Cabezas

Autor del estudio.

Anexo 2 .Consentimiento informado

Formulario de consentimiento informado para las pacientes que acepten participar en el estudio sobre: “Caracterización de los factores asociados a la reincidencias de embarazos no planificados en las adolescentes que acuden a la Unidad Metropolitana de Salud Sur en edades 13-19 años, desde marzo 2016 a junio 2016”

Investigadora:

MD. Annye Cabezas.

Estudiante del postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

PARTE I: Información

Introducción

Yo Annye Cabezas estudiante del postgrado de postgrado de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, estoy investigando sobre causas de reincidencias de embarazos no planificados en las adolescentes que acuden a la unidad metropolitana de salud sur en edades 13-19 años, desde marzo 2016 a junio 2016, por lo que le estoy invitando a participar de esta investigación de la que le vamos a ofrecer toda la información que requiera. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre esta investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me interrumpa según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, o a cualquier persona que forme parte del equipo de investigación.

Propósito

Lo que pretendo con esta investigación es identificar, describir y analizar las causas de reincidencia de embarazos no planificados en adolescentes de 13 a 19 años de edad, atendidas en la Unidad Metropolitana de Salud Sur de marzo a junio de 2016.

Tipo de Intervención de Investigación

Para ello solamente se usa una entrevista semiestructurada que permita la recolección y clasificación de los datos que se consideren necesarios, con respecto a variables sociodemográficas y a la presencia o no de determinados factores de riesgo causantes de la reincidencia de embarazos.

Selección de participantes

Se han seleccionado las participantes de entre todas las adolescentes que acudan al centro de salud seleccionado durante el año 2016 por presentar reincidencia de embarazo, por lo que su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán otorgándose todos los servicios que usted necesita. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Duración

La investigación durará 6 meses en total, a usted se le requerirá directamente para responder a la entrevista diseñada por la investigadora.

Beneficios

Su participación en esta investigación es decisiva ya que permitirá aportar conocimientos que contribuirán a reducir los riesgos que provoca la reincidencia de los embarazos no planificados en la adolescencia, lo que con toda seguridad la beneficiará tanto a usted como a las futuras madres, garantizando su la calidad de vida y la del feto.

Confidencialidad

La identidad de las pacientes que participen en la investigación no será compartida y la información recogida en el proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance de los otros y nadie excepto la investigadora tendrá acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo la investigadora sabrá cuál es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie, excepto con las personas involucrados en la investigación.

Compartiendo los Resultados

El conocimiento obtenido al realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectará de ninguna forma porque podrá seguir empleando los servicios del hospital.

Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente. Su tratamiento no será afectado de ninguna forma.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a: Annye Cabezas.

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitada a participar en la investigación: “Causas de reincidencias de embarazos no planificados en las adolescentes que acuden a la unidad metropolitana de salud sur en edades 13-19 años, desde marzo 2016 a junio 2016”. He sido informada que no existe ningún riesgo para mi persona o mi tratamiento en el hospital. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará por ello. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Para los testigos en los casos necesarios

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirмо que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo _____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____

Fecha _____

Día/mes/año

Anexo 3. Ficha de recolección de datos



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FACTORES ASOCIADOS A REINCIDENCIAS DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS EN LAS ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD METROPOLITANA DE SALUD SUR EN EDADES 13-19 AÑOS, DESDE MARZO 2016 A JUNIO 2016

La presente ficha forma parte de un proyecto de investigación con fines académicos, cuyo objetivo es determinar las causas de reincidencia de embarazos en madres adolescentes. Con los datos recopilados en esta ficha se analizarán e interpretarán los resultados obtenidos con el fin de emitir conclusiones. Al ser un estudio con seres humanos, lo cual supone intervención al momento de recaudar la información solicitada y en cumplimiento con lo establecido por la OMS sobre el consentimiento informado, es necesaria su autorización con la firma del mismo para ser parte de este estudio.

¿Desea usted participar en esta investigación? (Favor firmar hoja de consentimiento informado al dorso de esta hoja)

Sí _____ No _____

PARTE I: VARIABLES DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

1. ¿Qué edad tiene?
2. ¿Cuál es su estado civil en este momento?
3. ¿Practica alguna religión? ¿Qué dice la misma acerca del embarazo?

4. ¿Usted mantiene relaciones sexuales sin protección o se cuida con algún método anticonceptivo para prevenir embarazos no deseados? ¿Por qué?
5. Quienes viven contigo: _____,
6. Quienes trabajan en tu casa: _____,

PARTE II: FACTORES DE RIESGO PARA REINCIDENCIA DE EMBARAZOS NO PLANIFICADOS

1. ¿Usted consume alguna sustancia tóxica? Cual?
2. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? ____ ¿Recibió información por parte de familiares, amigos o especialistas de la salud acerca de lo que significaba la misma para su salud sexual y reproductiva? Explique
3. ¿A qué edad usted tuvo su primera relación sexual? Explique cuáles fueron sus razones.
4. ¿Hasta este momento con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?
5. ¿Hasta qué grado escolar cursó?
6. ¿Cómo considera su situación económica? ¿Por qué?

PARTE III: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. ¿Conoce usted algo acerca de la planificación familiar? Explique
2. ¿Considera usted importante que se aplique la planificación familiar para evitar embarazos no deseados? ¿Por qué?
3. ¿Ha recibido información de parte del personal de salud del centro hospitalario donde se atiende o de otra persona acerca de educación sexual y reproductiva? Explique
4. ¿Actuamente usted está usando algún método anticonceptivo para prevenir el embarazo? ¿Cuál?
5. Luego de su primer embarazo, desea tener otro hijo? Si____, No ____.
Cuáles son las razones para planificar otro embarazo:
