



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA**

TEMA:

**FRECUENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DR.
JUAN MONTALVÁN DE LA PARROQUIA RICAURTE EN EL PERIODO DE
ENERO DEL 2014 A ENERO 2015.**

AUTOR (A):

**Altamirano Salazar Jorge Luis
Santos Salazar Jonathan Joseph**

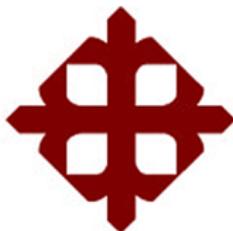
**Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:
MÉDICO GENERAL**

TUTOR:

Dr. Manuel Pérez

Guayaquil, Ecuador

2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
(FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS)
(CARRERA: MEDICINA)**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Altamirano Salazar Jorge Luis y Santos Salazar Jonathan Joseph**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Médico General**.

TUTOR (A)

OPONENTE

Dr. Manuel Pérez

Dra. Aracely Palacios / Dra. Luz Abarca

DECANO (A)/
DIRECTOR (A) DE CARRERA

COORDINADOR (A) DE ÁREA
/ DOCENTE DE LA CARRERA

Dr. Gustavo Ramírez Amat

Dra. Diego Antonio Vásquez Cedeño



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Jorge Luis Altamirano Salazar y yo Jonathan Joseph Santos Salazar

DECLARO QUE:

El Trabajo de titulación Frecuencia de embarazo en adolescentes en El Hospital Dr. Juan Montalván de la Parroquia Ricaurte en el periodo de enero del 2014 a enero 2015previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 26 de septiembre del año 2016

EL AUTOR (A)

Jorge Luis Altamirano Salazar

Jonathan Joseph Santos Salazar



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, Jorge Luis Altamirano Salazar y yo Jonathan Joseph Santos Salazar

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Frecuencia de embarazo en adolescentes en El Hospital Dr. Juan Montalván de la Parroquia Ricaurte en el periodo de enero del 2014 a enero 2015**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 26 de septiembre del año 2016

EL (LA) AUTOR(A):

Jorge Luis Altamirano Salazar

Jonathan Joseph Santos Salazar



AGRADECIMIENTO

CON MUCHA EMOCION Y A LA VEZ NOSTALGIA QUEREMOS EXPRESAR NUESTRO AGRADECIMIENTO A DIOS QUE GUÍA NUESTRO CAMINO EN CADA MOMENTO DE NUESTRAS VIDAS, A NUESTROS PADRES QUE NOS HAN DADO SU APOYO INCONDICIONAL EN EL DESARROLLO DE NUESTRA CARRERA, ADEMAS DE ALENTARNOS EN CADA DECISIÓN Y RECONOCER NUESTROS LOGROS DÁNDONOS LA FORTALEZA, PERSEVERANCIA Y ÁNIMOS PARA CONTINUAR, VIENDONOS CRECER A LO LARGO DE ESTOS AÑOS INCULCÁNDONOS LA EDUCACIÓN, EL CONOCIMIENTO, EL SERVICIO A LOS DEMAS, LA FE Y CONSTANCIA EN CADA UNO DE NUESTROS ACTOS.

Jorge Altamirano Salazar y Jonathan Santos Salazar

DEDICATORIA

LA PRESENTE TESIS ESTÁ DEDICADA ESPECIALMENTE A DIOS POR SER MI GUÍA, A JESÚS Y LA VIRGEN MARÍA POR SER MI INSPIRACIÓN, MODELO Y EJEMPLO DE AMOR Y DEDICACIÓN.

A MIS PADRES, JORGE ALTAMIRANO ARROBA Y NELLY SALAZAR CARRILLO, A QUIENES LES DEBO TODOS MIS LOGROS POR SU INCONDICIONAL APOYO Y CONSEJOS PARA HACER DE MÍ, CADA DÍA UNA MEJOR PERSONA REGALÁNDOME LA HERENCIA MÁS NOBLE POSIBLE, MI EDUCACIÓN ADEMÁS DE SER UNAS DE LAS PERSONAS QUE MAS AMO Y ADMIRO POR SU AMOR DEDICACION Y PERSEVERANCIA.

A MIS HERMANAS MARICZA ALTAMIRANO Y ALEXANDRA ALTAMIRANO, LAS PERSONAS QUE ME BRINDARON, SU COMPAÑÍA, SUS PALABRAS DE ALIENTO Y SU APOYO SIENDO ASÍ, PILARES FUNDAMENTALES PARA REALIZARME PROFESIONALMENTE.

A MI TIO CARLOS SALAZAR QUE HOY ME CUIDA DESDE EL CIELO A QUIEN EXTRAÑO MUCHO EL ME ENSEÑO A PERSEVERAR Y LUCHAR POR MIS SUEÑOS A SEGUIR ADELANTE POR MAS DIFICIL QUE SE VEA EL CAMINO.

JORGE LUIS ALTAMIRANO SALAZAR

DEDICATORIA

LA PRESENTE TESIS LA DEDICO PRIMERO A NUESTRO SER SUPREMO DIOS, A LA VIRGEN MARÍA AUXILIADORA, YA QUE SIN ELLOS NADA ES POSIBLE.

A MIS PADRES JAIRO SANTOS ROMERO Y MARÍA AUXILIADORA SALAZAR YA QUE ELLOS SIEMPRE ESTUVIERON A MI LADO DE MANERA INCONDICIONAL BRINDÁNDOME SU APOYO Y ACONSEJÁNDOME PARA HACER DE MÍ UNA MEJOR PERSONA.

A MIS HERMANOS JOHN JAIRO SANTOS Y JUAN ANDRÉS SANTOS.

A MI ABUELITO ENRIQUE SALAZAR QUE AUNQUE YA NO ESTA CON NOSOTROS FÍSICAMENTE, VIVIO CONMIGO TODA ESTA ETAPA Y SE QUE DESDE EL CIELO EL ESTA MUY FELIZ DE VERME CULMINAR ESTA ETAPA EN MI VIDA.

JONATHAN JOSEPH SANTOS SALAZAR

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. LUZ ABARCA
TRIBUNAL 1

DRA. ARACELY PALACIOS
TRIBUNAL 2

DR. DIEGO ANTONIO VÁSQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA: MEDICINA**

CALIFICACIÓN

DR. MANUEL PEREZ
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

DR. GUSTAVO RAMÍREZ AMAT
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

DRA. LUZ ABARCA
TRIBUNAL

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I	2
1.1 CONCEPTO.....	2
1.2 EPIDEMIOLOGIA	2
1.3 FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE.	3
1.3.1. FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES	3
1.3.2 FACTORES DE RIESGO FAMILIARES	3
1.3.3 FACTORES DE RIESGO SOCIALES	4
CAPITULO II	6
2. COMPLICACIONES.....	6
2.1 COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO	6
2.1.1 PREECLAMPSIA	6
2.1.2 ANEMIA.....	7
2.2 COMPLICACIONES OBSTETRICAS.....	7
2.2.1 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.....	7
2.2.2 NACIMIENTO PRETERMINO	8
2.3 COMPLICACIONES PERINATALES	8
CAPITULO III	9
3. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE Y LAS ESTRATEGIAS ESTATALES Y PARTICULARES PARA SU PREVENCION.	9
3.1 CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES Y CULTURALES PARA LA MADRE GESTANTE:.....	9
3.2 CONSECUENCIAS SOCIALES PARA EL PAIS:.....	10
3.3 ESTRATEGIAS ESTATALES PARA LA PREVENCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	11
3.4 ESTRATEGIAS DE ENTIDADES PRIVADAS PARA LA PREVENCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	13
3.5 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. - MARCO LEGAL.....	14
CAPITULO IV	17
4.1 OBJETIVO GENERAL	17
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	17

4.3. HIPÓTESIS:	17
4.4. MATERIALES Y MÉTODOS	17
4.4.1 DISEÑO DE ESTUDIO.....	17
4.4.2. LOCALIZACIÓN	17
4.4.3. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	18
4.4.4. UNIVERSO Y MUESTRA.....	18
4.4.5. RECOLECCION DE DATOS.....	18
4.4.6. ANÁLISIS	18
4.4.7. POBLACIÓN	18
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES.....	25
RECOMENDACIONES	26
TRABAJOS CITADOS	27
ANEXOS	30

ÍNDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1: Embarazadas de acuerdo a la edad de la paciente.....	33
GRAFICO 2: Embarazadas de acuerdo al grado de escolaridad.....	33
GRAFICO 3: Altura uterina.....	34
GRAFICO 4: Ganancia de peso durante el embarazo.....	34
GRAFICO 5: Uso de anticonceptivos.....	35
GRAFICO 6: Métodos anticonceptivos usados previo al embarazo.....	35
GRAFICO 7: Relación de edad y riesgo obstétrico.....	36
GRAFICO 8: Complicaciones durante el embarazo.....	36
GRAFICO 9: Conducta de las adolescentes ante el embarazo.....	37
GRAFICO 10: Entorno familiar.....	37
GRAFICO 11: Entorno escolar.....	38
GRAFICO 12: Estado emocional de las adolescentes ante el embarazo.....	38

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Frecuencia de embarazadas de acuerdo a la edad y escolaridad de la paciente.....	30
TABLA 2: Cambios físicos durante el embarazo: altura uterina y ganancia de peso.....	30
TABLA 3: Conocimiento, utilidad y método anticonceptivo elegido.....	31
TABLA 4: Relación riesgo obstétrico según edad.....	31
TABLA 5: Relación complicaciones y riesgo obstétrico.....	32
TABLA 6: Factores psicosociales del adolescente y la familia.....	32

FRECUENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL DR. JUAN MONTALVÁN DE LA PARROQUIA RICAURTE EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2014 A ENERO 2015.

RESUMEN

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años y alrededor de 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. Si bien es cierto que el embarazo adolescente se ha reducido durante los últimos 20 años, todavía existe un número considerable de nacimientos en este grupo de edad, lo que hace plantearse a establecer políticas para tratar de que siga en disminución y por ende contribuir a que igualmente disminuya las consecuencias relacionadas a este como la mortalidad materna e infantil y que la pobreza siga en aumento.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño es un estudio observacional retrospectivo transversal descriptivo, con revisión de historias clínicas. Se analizaron 150 casos de adolescentes con diagnóstico de embarazo, en pacientes que consultaron en el área de consulta externa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Juan Montalván, entre el 01 enero del 2014 al 01 enero del 2015. Se determinó los factores sociodemográficos, riesgos obstétricos y principales complicaciones.

RESULTADOS:

De las 150 pacientes evaluadas durante el periodo de estudio, 56,7% tenía entre 14 y 16 años. El 34 % de las pacientes tenían 17 años y el 9,3% se encuentran entre 12 y 13 años.

Los riesgos obstétricos se los encasillo en tres niveles: 15,3% bajo riesgo; 66% de alto riesgo; 18,70% riesgo inminente.

Se evidencia una mayor relación entre alto riesgo obstétrico y las adolescentes de 17 años con un 19.3%, 16 años con un 15.3% y el 14% de 15 años. Así mismo aquellas adolescentes con riesgo inminente, en la que edad que mostro mayor frecuencia fue a los 14 años con el 5.3% (n=8), seguidas por aquellas de 17 años con 4.7% y el 3.3% de 13 años.

Finalmente, el 21% de mujeres con riesgo inminente presentaron preeclampsia, el 53% con alto riesgo sufrieron anemia.

CONCLUSIONES:

Existe un alto porcentaje de adolescentes embarazadas por múltiples factores como el desconocimiento de los métodos anticonceptivos y su forma de uso además de la poca orientación que reciben en el hogar y establecimientos educativos por lo que esto es un grave problema a nivel mundial por las complicaciones que se pueden presentar en el transcurso del embarazo y posterior al mismo.

Palabras clave: adolescencia, embarazo, factores demográficos, anticoncepción, complicaciones.

SUMMARY

INTRODUCTION

Teenage pregnancy is currently considered a public health problem because it carries a high risk of complications during it and during childbirth when it is associated with lower socioeconomic level, school dropouts, low self-esteem and an absent or unstable partner (1 ,2)

These conditions may be associated in turn with low birth weight, early malnutrition and increased maternal, perinatal and neonatal morbidity and mortality, among other factors. For all this teenage pregnancy it is considered a risky pregnancy, due to the impact it has on the health of the mother and the product, in addition to psychosocial consequences, particularly on the proposed life of young people. (3)

The most important thing is prevention so we need to establish educational interventions to family, school, health and community level to obtain a significant reduction in habits in the field of sexual activity increased abstinence, delay in onset of relations sex, reducing the frequency of sexual activity and sexual behavior by reducing the number of couples of unprotected sex and increased condom use and contraception. (3,4)

MATERIALS AND METHODS

The design is a descriptive cross-sectional retrospective observational study, review of medical records. 150 cases of adolescents diagnosed with pregnancy were analyzed in patients who consulted in the area of outpatient service Gynecology and Obstetrics Hospital Dr. Juan Montalvan, between 1 January 2014 to 01 January 2015. It was determined factors sociodemographic, obstetric risks and major complications.

RESULTS:

Of the 150 patients evaluated during the study period, 56.7% were between 14 and 16 years. 34% of patients were 17 years and 9.3% are between 12 and 13 years.

The risk obstetrical typecast into three levels: 15.3% low risk; 66% high risk; 18.70% imminent risk.

Greater relationship between high-risk obstetrics and adolescents de17 years with 19.3% 16 years 15.3% and 14% of 15 years is evident. Likewise those at imminent risk adolescents, which showed more frequent age was 14 years with the 5.3% (n = 8), followed by those 17 years with 4.7% and 3.3% of 13 years.

Finally, 21% of women with preeclampsia showed imminent risk, 53% suffered anemia at high risk.

CONCLUSIONS:

Here is a high percentage of pregnant teenagers by multiple factors such as lack of contraception and its usage in addition to the lack of guidance they receive at home and educational establishments so this is a serious problem worldwide for complications they may occur during pregnancy and after it.

Keywords: adolecence, Pregnancy, dermography factors, contracepción, complications

INTRODUCCION

El embarazo adolescente es considerado actualmente un problema de salud pública ya que trae consigo un elevado riesgo de complicaciones durante el mismo y durante el parto cuando se asocia a menor nivel socioeconómico, a deserción escolar, a baja autoestima y a una pareja ausente o inestable ^(1,2)

Estas condiciones pueden estar asociadas a su vez con bajo peso al nacer, desnutrición temprana y aumento de la morbilidad materna, perinatal y neonatal, entre otros factores. Por todo esto el embarazo en adolescentes es riesgoso, ya que tiene consecuencias negativas no solo para la madre sino también para el nuevo ser, además de alterar su plan de vida. ⁽³⁾

Lo más importante es la prevención por lo que hay que establecer intervenciones educativas a nivel familiar, escolar, sanitarias y comunitaria para así obtener una reducción significativa en hábitos en el ámbito de la actividad sexual como aumento de abstinencia, retraso en el inicio de las relaciones sexuales, reducción de la frecuencia de las actividades sexuales y en el comportamiento sexual reduciendo el número de parejas, de la actividad sexual sin protección e incremento del uso de preservativo y anticoncepción. ^(3,4)

CAPITULO I

1.1 CONCEPTO

La Organización Mundial de la Salud, define el periodo de adolescencia, el rango de edad comprendido entre 10 y los 19 años de edad, etapa crucial en el desarrollo fisiológico, neurocognitivo, emocional y obtención de habilidades sociales, que son las bases que marcaran la integra formación de un adulto. Es por ello que debemos valorar la idea de entablar relaciones de colaboración y atención sanitaria de calidad, sin discriminación, confidencial, que garantice la comunicación efectiva con el adolescente. ⁽⁵⁾

Por tanto, el embarazo adolescente es la gestación en toda mujer que se encuentre en aquel rango de edad definido como adolescencia. El embarazo adolescente es un hecho biopsicosocial que lleva a situaciones de riesgo materno-infantil, resultando en una problemática de salud del país, además de un gran impacto en los ámbitos sociocultural y psicológico de la madre gestante y sus familias. ⁽⁶⁾

1.2 EPIDEMIOLOGIA

Datos publicados por la OMS revela que, en el año 2010 se registraron 49 nacimientos por cada 1000 adolescentes entre 15 y 19 años, siendo un total de 11% de nacimientos a nivel mundial. Las complicaciones asociadas al embarazo, constituyen la segunda causa de muerte en las adolescentes. ⁽⁴⁾

El porcentaje de población adolescente en nuestro país, comprendida entre los 10 y los 19 años, es de 19%. ⁽⁷⁾

En el 2012; Ecuador pasó a ser el segundo país de América Latina con mayor tasa de embarazo adolescente. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en el año 2010, el porcentaje de embarazo adolescente por rango de edad fue de 0.60% para adolescentes entre 10 y 14 años, 9,54% en edades comprendidas entre 15 y 17 años, mientras que, 17% aquellas adolescentes con 15 a 19 años y 28.49% entre 18 y 19 años. ⁽⁸⁾ Se registró también que 37 de cada 100 embarazos no fueron planificados y por tanto no deseados. ⁽⁹⁾

Sin embargo para el 2013 el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y el Ministerio de Salud Pública, informaron que disminuyó la tasa de embarazo adolescente, en menores de 10 a 14 años las tasas decrecieron un 10,2%, y de 15 a 19 años se acortó en 12,9%.⁽¹⁰⁾

1.3 FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE.

1.3.1. FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES

El inicio de la actividad sexual a temprana edad, sumado a factores que se están incrementando en la actualidad, específicamente la menarquía precoz; el déficit de conocimientos e información, el abismo existente entre la madurez biológica y la psicosocial constituye claros factores de riesgos en la salud reproductiva de cada adolescente.⁽¹¹⁾

La edad de inicio de relaciones sexuales, adolescentes menores a 15 años, se exponen al desconocimiento sobre la existencia o el uso adecuado de métodos anticonceptivos o sobre la forma de conseguirlos siendo este el motivo más importante para no usarlos, seguido a la adhesión de creencias y tabúes que impone la sociedad o la formación familiar.⁽¹¹⁾

La baja escolaridad es otro factor, en Ecuador según datos del CEPAL en el 2014, el 98% de los adolescentes tiene completos sus estudios primarios, mientras que las mujeres adolescentes que abandonan sus estudios secundarios representan el 33.4% de la población.⁽⁸⁾

No menos importante, otros posibles causas, como el bajo nivel de aspiraciones académicas, la baja autoestima o estados depresivos que conllevan junto a factores sociales a que el adolescente inicie su actividad sexual de manera precoz y sin responsabilidad.⁽¹¹⁾

1.3.2 FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

Al ser la familia el primer grupo al cual pertenece todo ser humano, es el factor clave en la formación de la personalidad, es donde se adquieren las creencias y los criterios que van a condicionar la actitud de sus integrantes.⁽¹²⁾ El funcionamiento familiar inadecuado, como lo es, la partida de los padres, la violencia intrafamiliar, el consumo de sustancia psicoactivas por parte de uno de los miembros, baja escolaridad de los padres, entre otros, están fuertemente asociados, a la búsqueda de autonomía e independencia de los adolescentes.⁽³⁾

Poco tiempo dedicado para la comunicación y la enseñanza en el hogar sobre temas de salud sexual y reproductiva, muchas de las veces debido a tabúes mal infundados también conllevan a un ambiente de inseguridad para los adolescentes, quienes pueden sentir miedo o vergüenza de solicitar métodos anticonceptivos. ⁽³⁾

1.3.3 FACTORES DE RIESGO SOCIALES

La gestación durante la adolescencia es más probable en países o comunidades con bajos recursos económicos, bajo nivel de escolaridad y poblaciones rurales. ⁽¹³⁾El bajo nivel socioeconómico de las familias en las que se dan la mayoría de embarazos adolescentes, conlleva a persistir en el círculo vicioso y aumentar el cinturón de pobreza. Según datos del INEC el 72% de madres adolescentes pertenecen a la población económicamente inactiva. ⁽⁷⁾

La violencia es una causa importante de mortalidad en la población adolescente, ya que se estima que cada día mueren aproximadamente 180 adolescentes a consecuencia de la violencia interpersonal y a nivel mundial, el 30% de las adolescentes entre 15 y 19 años sufren alguna forma de violencia especialmente por su pareja. Todo esto llevaría a sentimientos de desvalorización y culpa, buscando cualquier forma de escape a sus problemas, como lo es, salir de sus hogares, siendo esto una solución efímera. Es importante que las víctimas de cualquier tipo de violencia sean detectadas y manejados por trabajadores de salud competentes. ⁽¹³⁾

El consumo de alcohol en la etapa adolescente es un tema que preocupa a todos los países. El alcohol reduce la capacidad de autocontrol que llevarían a comportamientos de riesgo, entre tantos, las relaciones sexuales sin protección. ⁽⁴⁾. En 2013, la Organización Mundial de la Salud publicó un estudio en el cual señala que nuestro país, ocupa el segundo lugar en América Latina con mayor consumo de bebidas alcohólicas. Los datos estadísticos más recientes publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) de los 912 mil ecuatorianos que consumen bebidas alcohólicas, el 2,5% son adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 18 años. De la misma manera, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), registro que el 26,3% de los ecuatorianos entre 20 y 59 años que consume alcohol, iniciaron a consumir a partir de los 16 años o antes. ⁽⁷⁾

Alrededor del mundo, uno de cada diez adolescentes entre 13 y 15 años es consumidor de tabaco ⁽⁴⁾. Actualmente, existe una situación aún más preocupante, la temática del consumo de drogas, cuya incidencia cada día va en aumento. Como lo indica la literatura, las adicciones influyen en la conciencia y en capacidad de control de la voluntad del adolescente, el cual no solo se enfrenta al problema de dicha adicción, sino el paradigma cultural que lleva al rechazo de su familia y la sociedad en general. Durante el año 2013, el Consejo Nacional de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (Consep) determinó que El 57 % de la droga consumida en el país puede obtenerse en espacios públicos. Una encuesta reciente realizada por este mismo organismo estatal durante el año 2015 señala que el 45,5% de universitarios presentan un uso experimental de marihuana, 62,3% son hombres y 37,7% son mujeres; y, el 62,0% tienen una edad comprendida entre 17 y 21 años.⁽¹⁴⁾

CAPITULO II

2. COMPLICACIONES

2.1 COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Las complicaciones para las madres gestantes adolescentes son principalmente preeclampsia y anemia. (Aida Naneth Zamora-Lares, 2013). Las jóvenes madres, en la mayoría de los casos no informan a sus familiares su estado de gestación de forma inmediata o la falta de recursos económicos, retrasa la atención prenatal, lo comprueba un estudio realizado en Honduras el cual revelo que, las jóvenes gestantes, demoran un promedio 11,4 meses para iniciar los controles prenatales necesarios. (DE 5,6).⁽¹⁵⁾

2.1.1 PREECLAMPSIA

Los factores de riesgo bien estudiados y conocidos incluyen gestación menor a los 18 años, tiempo y calidad de la atención prenatal, raza sobre todo la afroamericana que predispone a trastornos hipertensivos, la multiparidad, la desnutrición y otras comorbilidades de la gestante. Estadísticamente, puede complicar hasta el 1,5% de los embarazos en las madres adolescentes. (Gustavo Adolfo Ávila Montes, 2011). El Ministerio de Salud Pública en el 2013 redactó la Guía de Trastornos Hipertensivos durante el embarazo, en la cual especifica que los trastornos preeclampsia-eclampsia son una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal a nivel mundial; representan entre un 40% y un 80% de las muertes maternas en los países en vías de desarrollo, y en Ecuador en el año 2010 fue catalogada como la primera causa de muerte materna según datos del INEC.⁽⁷⁾⁽¹⁶⁾

Disminuir la incidencia, es tarea de todo el personal de salud, para lograr mayor concientización de la importancia de controles prenatales y el conocimiento de las señales de alarma y así disminuir la morbilidad debido a estas patologías hipertensivas.⁽¹⁶⁾

2.1.2 ANEMIA

Recomendaciones de la OMS y el Grupo Consultivo Internacional de Anemia se consideró anemia en gestantes, que se encuentren en el primer y tercer trimestre de su gestación y tengan valores de hemoglobina $\leq 110\text{g/L}$, y gestantes en su segundo trimestre con valores de hemoglobina $\leq 105\text{g/L}$ y cuando las reservas de hierro se encuentren disminuidas con valores de ferritina $< 15\text{ug/L}$.⁽¹⁷⁾

La anemia ferropénica es una complicación frecuente en las gestantes adolescentes, constituyendo el 3% de las causas de muerte materna en América Latina. Asociada a malos hábitos alimentarios propios de dicho grupo etario, la pobre ganancia de peso o la coexistente desnutrición, pero también, al incremento de las necesidades de hierro por parte del feto y de la madre debido a su crecimiento acelerado.⁽¹⁸⁾

Al existir un aumento en los requerimientos de hierro, no puede ser únicamente complementado con la dieta, por lo cual la sociedad científica recomienda la suplementación preventiva al iniciar el periodo de gestación y cuyas dosis de hierro deberán ser entre 30 y 60 mg/día.⁽¹⁹⁾

2.2 COMPLICACIONES OBSTETRICAS

Las más frecuentes, ruptura prematura de membranas y nacimiento pretérmino.⁽¹⁾

2.2.1 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Su etiología aun poco conocida. Teorías apoyan en una disminución de la integridad de las membranas; relacionada a muchos factores tanto clínicos como epidemiológicos; entre ellos, la elevada incidencia de infecciones de tracto urinario en las jóvenes gestantes; las bacterias implicadas son capaces de generar actividad proteolítica que destruye el colágeno de la bolsa amniótica. El coito durante el embarazo, aumenta la vulnerabilidad de las membranas por la presencia de prostaglandinas en el semen y las bacterias del líquido seminal, lo que conllevaría a proteólisis y corioamnionitis respectivamente. Otros factores inherentes maternos constituyen la contractilidad uterina aumentada, endometritis previa, incompetencia cervical y otras patologías de cuello uterino; factores fetales como macrostomía fetal, embarazo múltiple, presentación fetal;

factores ovulares; factores externos como traumatismos, tabaquismo, mala nutrición aun no extensamente estudiada. La ruptura de membranas provoca complicaciones importantes como aborto, parto pretérmino, infecciones, shock endotóxico que conduce finalmente coagulación extravascular diseminada que produce la muerte materna.⁽²⁰⁾

2.2.2 NACIMIENTO PRETERMINO

La OMS estima que a nivel mundial cada año nacen unos 15 millones de niños prematuros y en el 2013 las complicaciones relacionadas con la prematuridad provocaron cerca de un millón de muertes en niños menores a 5 años.⁽²¹⁾

Relacionado a la gestación adolescente por el estado nutricional deficiente, anemia, infecciones y la falta de desarrollo anatómico y fisiológico como la inmadurez o desarrollo incompleto del canal del parto de las adolescentes.⁽¹⁾

2.3 COMPLICACIONES PERINATALES

Los resultados varios estudios analizados señalan que el comportamiento del recién nacido hijo de madre adolescente es similar al comportamiento de los recién nacidos hijos de madre no adolescente. Sin embargo, no podemos dejar de lado el hecho de que el embarazo en mujeres adolescentes conlleva un alto impacto en el futuro tanto de la madre como del recién nacido en todos los ámbitos^{(22) (23)}

CAPITULO III

3. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE Y LAS ESTRATEGIAS ESTATALES Y PARTICULARES PARA SU PREVENCION.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. - MARCO LEGAL

3.1 *CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES Y CULTURALES PARA LA MADRE GESTANTE:*

El desarrollo cognitivo y de la mano el afectivo, son clave para el desarrollo de una vida adulta normal. La adolescencia, etapa indispensable para que acontezcan los cambios a nivel cognitivo, las adolescentes progresan de un razonamiento concreto, es decir, lo que sabe por lo que ha visto, ha vivido o le han enseñado; desarrolla a un razonamiento abstracto, en el cual la adolescente analiza lo aprendido, integra sus experiencias previas con las presentes y comienza a planear a futuro, por tanto, esto los moldeara a que en la adultez sean seres hipotéticos y deductivos. ⁽²³⁾.

En este período, se dan los procesos elementales, en la que la autodefinición será la base para conformar una identidad propia, al ser procesos de transición, los convierte en blanco fácil para un desarrollo alterado. Sumándose también, el conjunto de cambios físicos y el despertar sexual, que acarrea un aumento del impulso e interés en el campo de la sexualidad, muchas veces totalmente desconocido o con ideas erróneas del mismo. ⁽²⁴⁾.

Es por ello que un embarazo es esta etapa, será un enorme impacto en su madurez psicológica, ya que viene acompañado de fracasos en múltiples aspectos, como la poca capacidad en lograr las funciones y tareas que implica ser madre, fracaso en el ámbito educativo ya que muchas no podrán continuar asistiendo a clases dejando a un lado sus aspiraciones profesionales, incapacidad para constituir familias estables; al carecer de una carrera u oficio previo y el propio estado de gestación disminuyen la posibilidad de trabajar mantenerse por sí solas. Llevándola muchas veces a callar experiencias de violencia intrafamiliar por parte de quien asuma el rol económico del hogar. Cabe mencionar también las situaciones de violación, y de otros acontecimientos que pueden darse como que, el embarazo no llegue a término

o el aborto inducido, en la que se juegan componentes emocionales y psicológicos que la adolescente no estará en óptima capacidad de resolver. ⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾.

No lejano de ser un inconveniente para las madres adolescentes, es el prejuicio de sus familias y de parte de la sociedad, falta de apoyo o el abandono de las personas que formaban parte de su entorno familiar, por tanto, el rechazo social. ⁽²⁵⁾.

Este conjunto de situaciones, genera problemas de baja autoestima, inseguridad, ansiedad o estados depresivos; desvalorización generando pocas aspiraciones futuras. ⁽²⁵⁾.

3.2 CONSECUENCIAS SOCIALES PARA EL PAIS:

Proyecciones realizadas recientemente advierten que la tasa de embarazo adolescente en América Latina será la más alta comparada con otras regiones del mundo y se mantendrá invariable durante el período 2020 – 2100. ⁽²⁶⁾.

Al existir un aumento en la prevalencia de embarazo adolescente en cualquier país, se torna en un problema de salud pública, ya que provoca un aumento de la morbi-mortalidad materna y fetal, mayores gastos en salud para aquellos niños que no cuentan con la atención y cuidados necesarios. Pero también se convierte en un problema social, porque conlleva a mayores tasas de baja escolaridad de sus habitantes que se traduce en bajas oportunidades laborales, por tanto, mayor pobreza. Un estudio estadístico realizado por la CEPAL/UNICEF en el año 2014, destaca que entre las causas más frecuentes por las que las jóvenes no acuden a culminar sus estudios básicos, está en primer plano los quehaceres domésticos seguidos de la maternidad, la realidad es bastante diferente en los varones adolescentes en los que solo un 0.5% expone que la actividad en el hogar o la paternidad sea la razón de no asistir a clases. ⁽²⁷⁾.

En el plano social también habrá un incremento en las estadísticas de violencia intrafamiliar y sexual tanto para la adolescente como para su hijo/a/os/as, Según datos del INEC, el 76% de las mujeres viven situaciones de violencia física por parte de su pareja o su expareja, y el 54% vive violencia sexual. El porcentaje aumente en madres que tienen más de 3 hijos. ⁽²⁸⁾.

Continuando en el contexto social, otra consecuencia que acarrea dicha problemática de madres adolescentes, son los niños que quedan sin hogar a causa del abandono de su progenitora, además de situaciones de trabajo infantil. .⁽²⁸⁾.

Por mayores y complicadas consecuencias que genera un embarazo adolescente, no existe aún una estrategia, una intervención positiva hacia esta problemática de los adolescentes; además de los diferentes puntos de vista sobre la temática, la heterogeneidad de las poblaciones que han sido estudiadas, las características de las intervenciones y los resultados disponibles de las mismas, así como la falta de estudios comparativos, nos alejan de la posibilidad de respuestas concretas y definitivas en torno a cuáles de las intervenciones ya sean realizadas por el Estado o por grupos independientes religiosos o de cualquier índole, sean las más eficaces y más adecuadas en términos de costo económico y sobre todo del efecto en la población adolescente. Parece que estamos contra el tiempo en una batalla que nos está ganando terreno y que de la cual solo tenemos en concreto de que se debe llegar a un consenso sobre la necesidad emergente de realizar abordajes integrales y multisectoriales. .⁽²⁹⁾.

3.3 ESTRATEGIAS ESTATALES PARA LA PREVENCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE.

'PLAN FAMILIA' IMPULSADO POR LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA

Este nuevo proyecto “Plan Familia” reemplazará a la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente (Enipla) que proponía una campaña de prevención de embarazo adolescente bajo el lema de Habla Serio, Sexualidad Sin Misterios promocionados por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Ministerio de Educación e Inclusión Económica y Social; además del Ministerio de Salud Pública, esta última entidad encargada de aprobar que exista un mayor acceso y disponibilidad de los diversos métodos anticonceptivos con el compromiso de proveer información y asesoramiento a través de sus Establecimientos de Salud, siendo obligación de que cualquier método anticonceptivo (preservativos, implantes, dispositivos intrauterinos, pastillas hormonales combinadas) sea entregado gratuitamente, incluida la píldora de emergencia.⁽³⁰⁾.

Según datos del INEC, el programa logro una gran meta en los años que estuvo vigente, es decir, entre el 2010 y el 2013, en el que el país alcanzó un récord internacional, puesto que se redujeron las tasas de embarazo adolescente, en el rango de 10 a 14 años disminuyo en un 10,2%, mientras que, adolescentes entre 15 a 19 años de edad se redujo en un 12,9%.⁽³⁰⁾.

Actualmente las competencias del Plan Familia puesto en marcha desde el 12 de marzo del año 2015, están a cargo del Gobierno de la Republica a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social, con Mónica Hernández como Directora del Proyecto y quien plantea tratar al adolescente integralmente, es decir, el aspecto biológico, psicológica, intelectual, biológico y trascendente para de esta manera llegar a englobar la problemática desde todas las perspectivas.⁽³⁰⁾.

Hernández habla que el punto de partida seria hablar más de valores y es por ello que motiva la formación en cuanto a la afectividad y sexualidad, desde el hogar. Por tanto, parte del proyecto está dirigido hacia hogares con niños de menos de 3 años de edad y que acuden a los Centros Infantiles del Buen Vivir, también incluyen quienes acceden al servicio de Creciendo Con Nuestros Hijos es decir, que amplían su cobertura a hogares que tienen integrantes entre los 0 y 5 años de edad, por tanto, se llega a un total aproximado 300.000 niños y niñas que desde su pronta edad, ya reciben información sobre sexualidad y sus padres se integran a la propuesta, entendiendo que ellos son los pilares fundamentales en la formación de valores y por tanto se comprometen a hablarles a sus hijos sobre el tema enfocándose en la realidad de los cambios que la sociedad vive con el paso del tiempo. También trabajan en la advertencia y en la erradicación de la violencia sexual que pueden vivir las niñas y adolescentes, comprobándose estadísticamente que el 98% proviene de un miembro de la familia.⁽³⁰⁾.

Otra propuesta es incitar a los adolescentes a que pospongan el inicio de su vida sexual, es decir la opción de la abstinencia, pero siempre recibiendo la información necesaria y sean ellos, los adolescentes, quienes tomen la decisión final. Al igual que en la campaña anterior se continuará con la distribución completamente gratuita de preservativos en centros de salud.⁽³⁰⁾.

Existen muchos opositores a los planteamientos de dicho Plan Familia, ya que estaría yéndose en contra de la libertad de pensamiento de los adolescentes, por

ejemplo; la idea de la abstinencia como prevención, explican que, está planteado desde un punto de vista religioso y no laico como se lo promueve. ⁽³⁰⁾.

Cada uno de los planteamientos deberían ser en base a los derechos de la salud sexual y reproductiva, ya que una vez abordados estos derechos se podría concretar políticas públicas relacionadas al embarazo adolescente y de esta manera lograr el manejo multifactorial del mismo. ⁽³⁰⁾.

3.4 ESTRATEGIAS DE ENTIDADES PRIVADAS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

PROGRAMA JUVENTUD

La Cruz Roja de Ecuador, entidad autónoma, privada y sin fines de lucro, engloba en sus funciones promover la sexualidad responsable y por tanto la prevención del embarazo adolescente y la transmisión de enfermedades, es por ello que, promueve el uso de preservativo bajo el lema “Conmigo con Condón” y que se desarrolla dentro del Programa de Juventud. La entidad, realizó una semana de campaña en el mes de febrero del 2016 estimando que llegaron a unos 30.000 jóvenes y adolescentes del país con su mensaje. ⁽³¹⁾.

A través de jóvenes colaboradores, llegan con su programa Juventud a unidades educativas donde imparten sus charlas. Desde el año 2010 trabajan en Talleres de Derechos Sexuales y Reproductivos y conocimientos sobre VIH/SIDA. ⁽³¹⁾.

EDUCACION SEXUAL EN APROFE

APROFE, introduce desde los años 70 la educación sexual como parte de su proyecto y compromiso con la comunidad. ⁽³²⁾.

Su proyección es la educación de los adolescentes de forma integral, ya que han evaluado que hasta la actualidad los jóvenes reciben el mensaje sobre sexualidad de manera errada, ya que, los centros educativos solo se enfocan en la anatomía y fisiología del aparato reproductor, esto, sumado al boom publicitario a través de televisión o internet, al fácil acceso a la pornografía, las contradicciones de los discursos de los adultos, hacen que la idealización que tienen los adolescentes sobre la sexualidad sea incongruente con la realidad. ⁽³²⁾.

Es por ello, que esta entidad ofrece charlas y talleres participativos, recalcando también los derechos sexuales y reproductivos importantes para fortalecer el conocimiento sobre el respeto en el marco del ejercicio de su sexualidad y, de tomar decisiones sin ser objetos de discriminación ni de violencia. ⁽³²⁾.

3.5 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. - MARCO LEGAL

Marco jurídico y normativo para reconocimiento ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

En los programas de prevención anteriormente expuestos, se daba relevancia a los derechos sexuales y reproductivos que forman parte de la Constitución Política de la República, también son parte de los instrumentos internacionales. Estos son la base para generar las políticas de estado. ⁽³³⁾.

MARCO DE POLÍTICAS NACIONALES QUE INCLUYEN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Son todos aquellos programas que los Gobiernos promueven para el beneficio de la comunidad. Estos van cambiando, renovándose y fortaleciendo a través del tiempo. Son planes que incluyen la protección de los derechos humanos, la igualdad de género, la protección integral de los niños y adolescentes, y por supuesto también, todos aquellos programas dirigidos a la educación sobre la sexualidad. . ⁽³³⁾.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA:

A continuación, citamos los principales derechos, asentados en nuestra Constitución:

Artículo 23, número 1: *“Todas las personas serán consideradas iguales y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin discriminación en razón de... orientación sexual...”* ⁽³⁴⁾.

Artículo 23, número 21: *El Estado garantiza y reconoce que “en ningún caso se podrá utilizar la información personal de terceros sobre... su salud y vida sexual....”* ⁽³⁴⁾.

Artículo 23, número 25: *El Estado garantiza y reconoce “el derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre su vida sexual”.* ⁽³⁴⁾.

Artículo 36: *El Estado “velará especialmente por el respeto a los derechos laborales y reproductivos para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y el acceso a los sistemas de seguridad social, especialmente en el caso de la madre gestante y en período de lactancia...”* ⁽³⁴⁾.

Artículo 39: *“Se propugnarán la maternidad y paternidad responsables. El Estado garantizará el derecho de las personas a decidir sobre el número de hijos que puedan procrear, adoptar, mantener y educar. Será obligación del Estado informar, educar y proveer los medios que coadyuven al ejercicio de este derecho”.* ⁽³⁴⁾.

Artículo 43: *El Estado garantiza y reconoce que “Los programas y acciones de salud pública serán gratuitos para todos... y... promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación... de la salud sexual y reproductiva...”.* ⁽³⁴⁾.

NORMAS INTERNAS QUE VIABILIZAN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

1. Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor: todas las técnicas y estrategias en los centros educativos deben estar basados en la educación en la sexualidad y el amor. ⁽³⁴⁾.

2. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia: atención gratuita durante el embarazo, el parto y postparto además del derecho a la planificación familiar. Comprende también la atención gratuita a recién nacidos y nacidas, y para los niños y niñas menores de cinco años. ⁽³⁴⁾.

3. Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia. Penaliza la violencia física y sexual. ⁽³⁴⁾.

4. Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA ⁽³⁴⁾.

5. Ley de la Juventud que incluye el acceso a educación y servicios en salud sexual y reproductiva. ⁽³⁴⁾.

6. Ley de Fomento y Atención de Programas para los Sectores Vulnerables en los Gobiernos Seccionales. Que propone la ejecución de proyectos y programas sociales para la de los grupos vulnerables. ⁽³⁴⁾.

CAPITULO IV

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la frecuencia de embarazo en adolescentes en el Hospital Dr. Juan Montalván de la parroquia Ricaurte en el periodo enero 2014 a enero 2015.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.-Identificar los cambios físicos de las adolescentes.
- 2.-Identificar cual fue el método anticonceptivo previo al embarazo.
- 3.-Determinar los riesgos obstétricos y posibles complicaciones durante el embarazo.
- 4.-Determinar los factores psicosociales del adolescente y la familia.

4.3. HIPÓTESIS:

Existe una alta frecuencia de embarazos en la adolescencia en el Hospital Dr. Juan Montalván de la parroquia Ricaurte en el periodo de enero del 2014 a enero 2015.

4.4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.4.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Es un estudio observacional retrospectivo transversal descriptivo

4.4.2. LOCALIZACIÓN

El presente estudio se realizará en el área de consulta externa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Juan Montalván, ubicado en la parroquia Ricaurte del cantón Urdaneta, Provincia de Los Ríos, Ecuador.

4.4.3. CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El Hospital Dr. Juan Montalván, es un centro de salud de nivel I, atiende enfermedades agudas y crónicas en pacientes adultos principalmente. El Servicio de Ginecología y Obstetricia atiende un promedio de 15 pacientes diarios en la emergencia y a nivel consulta externa un promedio 40 pacientes diarios.

4.4.4. UNIVERSO Y MUESTRA

6.4.4.1. **UNIVERSO:** Adolescentes femeninas en edad fértil en la Parroquia Ricaurte.

4.4.4.2 **MUESTRA:** Adolescentes gestantes atendidas en el área de consulta externa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Juan Montalván

4.4.5. RECOLECCION DE DATOS

Los datos serán obtenidos por medio documental a través de la revisión de las historias clínicas que se encuentran en el repositorio del Hospital Dr. Juan Montalván, para obtener los datos relativos a las variantes a utilizar.

4.4.6. ANÁLISIS

Se analizarán todas historias clínicas de las mujeres gestantes adolescentes que acudieron a control prenatal en el área de consulta externa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Juan Montalván durante el periodo de enero del 2014 a enero 2015.

4.4.7. POBLACIÓN

- Criterios de inclusión:
 - Adolescentes embarazadas de 12-17 años
 - Adolescentes embarazadas que acuden a los controles prenatales en el área de consulta externa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Juan Montalván.
 - Adolescentes que se adhieren al programa de planificación familiar posterior al parto.

- Criterios de exclusión:
 - Adolescentes embarazadas mayores de 17 años y menores de 12 años
 - Adolescentes embarazadas que no se realicen controles prenatales en el área de consulta externa del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Juan Montalván.
 - Adolescentes que hayan abandonado el programa de planificación familiar posterior al parto.

RESULTADOS

En la Tabla 1 Grafico 1 del total de adolescentes embarazadas el 56,7%(n=85) tenía entre 14 y 16 años. El 34 %(n= 51) de las pacientes tenían 17 años y el 9,3%(n= 14) se encuentran entre 12 y 13 años. La escolaridad principalmente encontrada fue la secundaria con un 90,7%.

En la Tabla 2 Grafico 3 Y 4 evaluamos dos de los tantos cambios físicos durante el embarazo y concluimos que la altura uterina alcanzada entre los 30-34cm ocupan el 70,7%(n=106) y de 35-37 cm el 29,3%(n=44).

En cuanto a la ganancia de peso notamos la varianza en el transcurso del embarazo; siendo de 6-10 kg el 50,7%(n=76), seguido de la ganancia entre 11 y 15kg, el 38%(n=57); siendo de mayor de 15kg apenas el 11,3%(n=17).

En cuanto a los métodos de planificación familiar (Tabla 3 Grafico 5 Y 6) que la adolescente usaba previo a la gestación actual las cifras revelan que el 84,7% (n=127), no uso ningún método anticonceptivo; el 5,3% (n=8) utilizaba preservativos; 8,7 (n=13) usaba anticonceptivos orales; mientras que el 1,3%(n=2) se aplicaba anticonceptivos inyectables.

Ademas se evaluaron tres parámetros sobre los métodos de planificación familiar: conocimiento, uso y método utilizado que tienen las adolescentes sobre los métodos de planificación familiar.

Se obtuvo que el 66%(n=99) de las pacientes si tenían conocimiento de cómo prevenir un embarazo mientras un 34%(n=51) no tenían claro el tema. Se evidencia que el 85%(n=127) no hizo uso de algún método anticonceptivo; mientras que el 15% (n=23) a pesar de usar anticonceptivos; es probable que no lo hizo correctamente por lo que se dio el embarazo.

En la Tabla 4-5 Grafico 7 y 8 los riesgos obstétricos se los encasillo en tres niveles: 15,3%(n=23) bajo riesgo;66%(n= 99)alto riesgo;18,70%(n=28) riesgo inminente.

La complicación más frecuente encontrada fue la de infección de vías urinarias con 138 casos (92%) relacionada con bajo riesgo obstétrico, seguido de anemia con 53 casos (35,3%) asociada a alto riesgo obstétrico y preeclampsia con 21 casos (14%) que se relaciona con riesgo inminente.

En la Tabla 6(Grafico 9-12) se analizaron los factores psicosociales de las adolescentes embarazadas y la familia. Las pacientes consultadas en cuanto a la reacción que tuvieron frente a la noticia como primera opción se encontró el aborto que ocupa el 54%(n= 81) , seguido de la decisión de fugarse con un 24,7% (n= 37) , el 12,7% (n=19) decidió ocultarlo; e incluso la idea de suicidio estuvo entre sus opciones con un 8,7%.(n=13).

La reacción familiar ante el embarazo de las adolescentes; en su mayoría, se evidenció el rechazo con el 54,7%.(n=82) de los casos. Muchas adolescentes sufrieron la deserción escolar , esto fue el 19,3% (n=29), seguido de la agresión ya sea por parte de sus familias o de su pareja con un porcentaje del 12% (n= 18), 9.3% (n=14) sufrió algún tipo de humillación, e incluso se evidencia un 4.7%(n=7) que fueron expulsadas de sus hogares.

En cuanto al entorno escolar mayoría recibió apoyo con un 34% (n=50); contrastándose con un 24%(n=35) que sufrieron rechazo ante la situación; también existieron adolescentes que vivieron una respuesta indiferente en un 23% (n= 35); mientras que un 19%(n=29) tuvieron que dejar sus estudios.

Los jóvenes gestantes coincidieron en su mayoría experimentaron depresión como estado emocional con un 58,7% (n= 74); se evidencia también la baja autoestima en un 38% (n=48) y estados de ansiedad ante su situación actual con un 9.3%(n=14).

DISCUSION

El embarazo en la adolescencia sigue siendo un problema cultural complejo y que va en continuo crecimiento en el mundo.

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos⁽³⁵⁾. Esto es corroborado por nuestro estudio en donde el mayor número de adolescentes embarazadas lo encontramos en el grupo de edad comprendido entre los 14 y 16 años con un 56,7% y el menor grupo de edad esta entre las adolescentes menores de 14 años con un 9,3%. Estas cifras nos dan a entender que el grupo de edad más vulnerable es el comprendido entre las menores de 17 años de edad.⁽³⁵⁾

El peso y talla es otro de los factores importantes para la madre y para el neonato. La ganancia de peso gestacional es un predictor importante de los desenlaces del lactante en el momento del nacimiento⁽³⁶⁾. La ganancia de peso durante el embarazo se asocia al crecimiento intrauterino, por lo que al tener la madre un buen incremento de peso, hay menos probabilidades de que el neonato nazca con bajo peso o con talla baja para la edad gestacional. En nuestro estudio notamos la varianza entre la ganancia de peso en el transcurso del embarazo; siendo de 6-10 kg el 50,7%(n=76), seguido de la ganancia entre 11 y 15kg, el 38%(n=57); siendo de mayor de 15kg apenas el 11,3%(n=17). En un estudio prospectivo, de carácter observacional, realizado en los hospitales más importantes de la región centro del país: Hospital Provincial Docente Ambato y Hospital Básico Pelileo, durante el período comprendido entre enero del 2008 a febrero del 2009 muestra que la talla de la madre en análisis con el peso del recién nacido tiene una correlación significativa ($p < 0,05$) y se puede manifestar que si la talla es mayor, la tendencia del peso del recién nacido también (R.N) será mayor, y si la edad gestacional es mayor, el peso del RN también sea mayor, por lo tanto es absolutamente significativa ($p < 0,01$).⁽³⁷⁾

Diversos estudios han demostrado que el embarazo en adolescentes registra mayores tasas en los estratos poblacionales de menores recursos, y generalmente

en adolescentes con bajo nivel educativo,⁽³⁷⁾ por lo que en los resultados de nuestra investigación se encuentra concordancia con estas apreciaciones donde obtuvimos que del total de adolescentes embarazadas el 56,7%(n=85) tenía entre 14 y 16 años. El 34 %(n= 51) de las pacientes tenían 17 años y el 9,3%(n= 14) se encuentran entre 12 y 13 años.

Una de las causas de que existan embarazos a edades tan bajas es el desconocimiento de los métodos de anticoncepción y su utilización por parte de las pacientes. Un estudio llevado a cabo en el área de Oriente de Santiago de Chile tuvo como objetivo dar a conocer la relación previa entre la educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes que se embarazan, el cual arrojó como resultados que el un 98.55% conocía algún tipo de método anticonceptivo, sin embargo de los que refirieron haber recibido algún tipo de educación sexual, sólo un 34% utilizó alguno de éstos.⁽³⁷⁾ De los que si usaron, la mayoría (55.1%) usó anticonceptivos orales. Esto muestra una discrepancia con nuestra investigación que dio cifras más bajas en cuanto al conocimiento de métodos anticonceptivos ya que el 66% tenía conocimiento sobre los mismos vs un 34% que no los tenía y del total que usaron algún método que era un 15,3% , el anticonceptivo más usado fue el oral con un 8,7%. Esta diferencia de porcentajes pudo haber sido por la zona en la cual se centró nuestro estudio que fue el área rural.⁽³⁸⁾

El embarazo, especialmente el primero, puede considerarse una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer. La futura madre tiene que adaptarse a diversos cambios físicos, psicológicos y sociales que alteran su estilo de vida. Si a estos factores estresantes se agrega el hecho de haberse embarazado estando soltera, es posible que la adolescente experimente el rechazo de la sociedad y el de las personas más cercanas a ella.⁽³⁹⁾ En nuestro estudio analizamos la conducta de las adolescentes ante el embarazo, conducta de la familia, el entorno escolar y el estado emocional de la adolescente. En términos generales la mayoría de las adolescentes toman la conducta equivocada respecto al embarazo por inmadurez propia de la edad. Toman reacciones erróneas como la idea de abortar que en nuestro estudio ocupó el primer lugar con un 54%. La familia muestra igualmente un rechazo inicial ante la noticia. Un embarazo adolescente para cualquier familia es una noticia que trae consigo cambios en todo sentido. La

familia tiene que adaptarse a la llegada de un nuevo ser y hasta que surja ese proceso de aceptación seguirán los sentimientos de rechazo, sorpresa e inclusive frustración.⁽⁴⁰⁾ En cuanto a la deserción escolar en nuestro estudio ocupó el 19,3%, significativamente bajo en relación a otros estudios.

El quedar embarazada a edades tan tempranas contempla riesgos para la madre y para el niño. Todo embarazo a edades extremas en la vida de una mujer es considerado un embarazo de riesgo por lo que existen complicaciones en la salud, morbimortalidad como bajo peso al nacer, prematuridad, trastornos hipertensivos, enfermedades infecciosas, etc. En nuestro estudio las pacientes tuvieron más de una complicación. La complicación que mayor porcentaje obtuvo durante el embarazo fue la infección de vías urinarias con el 92%, anemia con un 35,30% la amenaza de aborto con un 26%, seguido de parto pretermino con un 24,7%, la preeclampsia con un 14%. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes.⁽⁴⁰⁾ Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. Por todos estos datos el riesgo obstétrico es alto y es lo que refleja en nuestro estudio en donde estas cuatro complicaciones como la amenaza de aborto, parto pretermino, preeclampsia y anemia ocupan el mayor porcentaje.⁽⁴⁰⁾

CONCLUSIONES

Nuestro estudio se realizó con el objetivo de detectar la frecuencia de embarazo en adolescentes en el Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo de la parroquia Ricaurte en el periodo de enero del 2014 a enero 2015 con una muestra de 150 embarazos jóvenes a las cuales se le analizaron las siguientes variables: la edad, ganancia de peso en el embarazo, el nivel de escolaridad de la paciente, la altura uterina, el conocimiento y uso de los anticonceptivos y si los usaron cuales fueron, la conducta del adolescente frente al embarazo, como reacciono la familia frente a la llegada de un nuevo ser, el entorno escolar, el estado emocional, los riesgos obstétricos y las posibles complicaciones durante el embarazo obteniendo los siguientes resultados:

- 1.- En el embarazo adolescente se registra mayor prevalencia entre 16-17 años
- 2.-La mayoría de las pacientes embarazadas ganaron entre 6-10 kg durante el embarazo lo que se encuentra por debajo del promedio normal
- 3.-El mayor nivel de escolaridad fue la secundaria.
- 4.-En la altura uterina la mayor estuvo entre 30 -34cm.
- 5.-La mayoría de la población no uso anticonceptivos.
- 6.-La conducta del adolescente durante el embarazo fue aborto, fugarse, ocultar el embarazo y el suicidio de forma decreciente y solo un porcentaje no muy significativo tuvieron apoyo escolar.
- 7.-El rechazo fue la primera reacción de la familia frente al embarazo.
- 8.-La mayoría de las embarazadas cursaron con un estado de depresión emocional.
- 9.-Más del 70% fueron valoradas con alto riesgo obstétrico y riesgo inminente.
- 10.-La complicación más frecuente fue la infección de vías urinarias relacionada con el bajo riesgo obstétrico, seguido de anemia asociado a alto riesgo obstétrico y la preeclampsia que se relaciona con riesgo inminente.

RECOMENDACIONES

1. Campañas masivas en medios de difusión sobre la abstinencia y los principios morales que debe tener todo ser humano.
2. Promover el uso de anticonceptivos entre los adolescentes para evitar embarazos no deseados
3. Elevar el número de actividades de Promoción de Salud en sexual y reproductiva en planteles educativos
4. Estimular al adolescente a que alcance una buena capacitación y buenos niveles de preparación para una vida sana
5. Centros de salud deben hacer talleres con los padres de familia para que puedan entablar una conversación con sus hijos y así poder evitar embarazo.

BIBLIOGRAFIA

1. Zamora-LaresAida Naneth, J. G.-B.-M.-F.-M.-D. (2013). Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales. *REVISTA MÉDICA MD, Año 4, número 4*, 233-238.
2. García Minuzzia M., M. G. (Ocstubre- Diciembre 2011). Embarazo adolescente ¿una población de riesgo? *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, vol. 29, núm. 4* , 139-143.
3. Arias Trujillo Carlos Mario, I. C. (2013). Funcionalidad familiar y embarazo, en adolescentes que asisten a controles prenatales en centros de ASSBASALUD ESE, Manizales (Colombia) 2012. *Archivos de Medicina (Col)*, vol. 13, núm. 2, 142 -159.
4. Organizacion Mundial de la Salud. (Mayo 2014). *Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones*. Suiza.
5. Organizacion Mundial de la Salud. (2015). *Competencias basicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atencion primaria*. Suiza.
6. Leon Paula, R. B. (2008). Embarazo Adolescente. *Revista Pediatria Electronica*, 1-2.
7. INEC. (2015). *Instituto Nacional de Estadisticas y Censos*. Quito.
8. Cepal. (2014). *Maternidad en la Adolescencia*. America Latina y El Caribe.
9. Diario El Universo. (24 de Febrero de 2012). Ecuador, segundo país en América Latina en embarazo adolescente. *Ecuador, segundo país en América Latina en embarazo adolescente*, págs. <http://www.eluniverso.com/2012/02/24/1/1384/mas-17-jovenes-ecuador-son-madres-solo-venezuela-lo-supera-america-latina.html>.
10. Diario El Tiempo. (10 de noviembre de 2015). Ecuador logra récord al reducir en 10,2% embarazos en adolescentes. págs. 1-2.
11. Iannacone, P. G. (2010). Factores asociados que influyen en el inicio de la actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Peru. *The Biologist*, 50-69
12. MsC. Calderón Morales Iliana de la Caridad, I. M. (2014). Disfunción familiar en gestantes adolescentes de un área de salud. *MEDISAN vol.18 no.11* , 1-10.
13. Organizacion Mundial de la Salud. (2014). *El embarazo en la adolescencia*. Nota descriptiva Nº 364.
14. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicótropicas. (2015). *Encuesta Nacional sobre uso de drogas en estudiantes universitarios*. Ecuador.
15. Ávila Montes Gustavo Adolfo, 1. M. (2011). factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de comayagüela . *Revista Medica Honduras, Vol. 79, No. 2*, 68-72.

16. Organización Mundial de la Salud. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Ginebra: <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglob>.
17. Escalona, P. A. (2012). Anemia y depleción de las reservas de hierro en adolescentes gestantes de una zona urbana y rural del estado Zulia, Venezuela. *Revista Chilena Nutricion Vol. 39, N°3*, 11 -17.
18. Ribot B, A. N. (2012). Suplementación temprana o tardía: similar evolución del estado de hierro durante el embarazo. *Nutricion Hospitalaria*, 219-226.
19. Botelli, M. L., & Bermúdez, M. R. (2011). Rotura prematura de membranas, aspectos de interés para la atención primaria de salud. *Revista Medicina Cubana*, 7-11.
20. Organización Mundial de la Salud. (2015). *Nacimientos prematuros*. Suiza.
21. Panduro Barón, J. C. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 694-704.
22. Carrera Muños S., E. Y. (2015). Morbimortalidad del recién nacido prematuro hijo de madre adolescente en la UCIN. *Perinatología y Reproduccion Humana*, 49-53.
23. MoraAngela, G. S., Maria, G. M., Lilian, S. M., Nelson, H. M., & Magnolia, B. C. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes y multigestantes en Bogota. *Revista Salud Publica*, 189 - 199.
24. EFE, A. (2015 de Septiembre de 2015). América Latina, la segunda región del mundo con mayor fecundidad adolescente. *Diario El Comercio*.
25. Gabriel, F. (17 de Marzo de 2015). ¿Las mujeres deben retrasar el inicio de su vida sexual en el Ecuador? *El Comercio*.
26. Ministerio de Salud Publica. (2014). *Salud de Adolescentes.- Guia de Supervision*. Quito: La Caracola Editores.
27. Maria, M. C. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia*, 294 - 301.
28. Plan y Unicef. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Panama: Innovacion en Diseño, Edicion y Alrededores.
29. Secretaria de Educacion Publica. (2012). *Embarazo adolescente y madres jovenes en Mexico: una vision desde el Promajoven*. Mexico: Editorial y Servicios Culturales el Dragon Rojo.
30. Desire, Y. (16} de Marzo de 2015). Mónica Hernández: 'Plan Familia Ecuador se enfoca en la prevención de embarazo adolescente'. *Diario El Comercio*.
31. Cruz Roja Ecuatoriana. (22 de febrero de 2016). "Conmigo con condón" .*Diario El Comercio*
32. Becerra H. M. (2012). *Educación Sexual APROFE*.

33. Troya Fernández.M.P. Goyes. S. (2006). Promoción de derechos sexuales y reproductivos. Asamblea de mujeres de Quito.
34. Asamblea nacional Constituyente. (2008) Constitución de la República del Ecuador
35. Organización mundial de la salud. (2014). Embarazo en la adolescencia. Nota descriptiva N° 364
36. Sharon J. Herring a Emily Oken Ganancia de peso durante el embarazo: Su importancia para el estado de salud materno-infantil EE.UU 2010
37. P. PAREDES LASCANO, A. CALLE MIÑACA. Cómo influyen la talla materna y diversos factores en el peso del recién nacido ;BOL PEDIATR 2011; 51: 53-59
38. Mora-Cancino AM, Hernández-Valencia M. Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? Ginecol Obstet Mex 2015;83:294-301.
39. Rangel J., Valcristo L., Patiño J., et al. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM 2004;47:24-27
40. Valdivia M., Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile 2003; 12:85-109

ANEXOS

TABLAS:

TABLA 1: FRECUENCIA DE EMBARAZADAS DE ACUERDO A LA EDAD Y ESCOLARIDAD DE LA PACIENTE

EDAD Y ESCOLARIDAD		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
12	3	2
13	11	7,3
14	19	12,7
15	24	16
16	42	28
17	51	34
Total	150	100
Escolaridad		
Primaria	14	9,3
Secundaria	136	90,7
Total	150	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS

TABLA 2: CAMBIOS FISICOS DURANTE EL EMBARAZO: ALTURA UTERINA Y GANANCIA DE PESO

CAMBIOS FISICOS DURANTE EL EMBARAZO		
Altura uterina	Frecuencia	Porcentaje
30-34 cm	106	70,7
35-37 cm	44	29,3
Total	150	100
Ganancia de peso	Frecuencia	Porcentaje
6-10 kg	76	50,7
11-15 kg	57	38
> 15 kg	17	11,3
Total	150	100

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS

TABLA 3: CONOCIMIENTO, UTILIDAD Y METODO ANTICONCEPTIVO ELEGIDO

METODOS ANTICONCEPTIVOS				
	SI	NO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONOCIMIENTO	99	51	150	100%
	66%	34%		
USO	23	127	150	100%
	15,30%	84,70%		
METODO UTILIZADO	PASTILLA	PRESERVATIVO	INYECCION	NINGUNO
	13	8	2	127
	8,70%	5,30%	1,30%	84,70%

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS

TABLA 4: RELACION RIESGO OBSTETRICO SEGÚN EDAD

EDADES	RIESGO OBSTETRICO			TOTAL
	RIESGO INMINENTE	ALTO RIESGO	BAJO RIESGO	
12	0 (0%)	3(2%)	3(2%)	6
13	5(3,3%)	10(6,7%)	0(0%)	15
14	8(5,3%)	13(8,7%)	1(0,7%)	22
15	4(2,7)	21(14%)	2(1,3%)	27
16	4(2,7%)	23(15,3%)	11(7,3%)	38
17	7(4,7%)	29(19,3%)	6(4%)	42
TOTAL	28(18,7%)	99(66%)	23(15,3%)	150

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS

TABLA 5: RELACION COMPLICACIONES Y RIESGO OBSTETRICO

COMPLICACIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJES	RIESGO OBSTETRICO			TOTAL CASOS
			INMINENTE	ALTO	BAJO	
Amenza de aborto	39/150	26%	0	39	0	39
Parto pretérmino	37/150	24,70%	0	37	0	37
Preeclampsia	21/150	14%	21		0	21
Anemia	53/150	35,30%		53	0	53
Infección de vías urinarias	138/150	92%	0		138	138
Ruptura prematura de membranas	9/150	6%	9	0	0	9
Disminucion del crecimiento intrauterino	5/150	3,30%	0	5	0	5
Placenta previa	3/150	2%	3	0	0	3
Trastorno líquido amniótico	6/150	4%		6	0	6
			33	0	0	

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS

TABLA 6: FACTORES PSICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA

FACTORES PSICOSOCIALES DEL ADOLESCENTE Y LA FAMILIA					
REACCION ADOLESCENTE	ABORTAR	FUGARSE	OCULTAR	SUICIDIO	TOTAL
	81	37	19	13	150
	54%	24,70%	12,70%	8,70%	100%
ENTORNO FAMILIAR	RECHAZO	RETIRO COLEGIO	AGRESION	HUMILLACION	EXPULSION CASA
	82	29	18	14	7
	54,70%	19,30%	12%	9,30%	4,70%
ENTORNO ESCOLAR	APOYO ESCOLAR	NADA	RECHAZO ESCOLAR	DESERCION ESCOLAR	TOTAL
	50	35	36	29	150
	33,30%	23,30%	24%	19,30%	100%
ESTADO EMOCIONAL ADOLESCENTE	DEPRESION	BAJA AUTOESTIMA	ANSIEDAD	TOTAL	
	88	48	14	150	
	58,70%	32%	9,30%	100%	

FUENTE: HISTORIAS CLINICAS

GRAFICOS

GRAFICO 1: EMBARAZADAS DE ACUERDO A LA EDAD DE LA PACIENTE

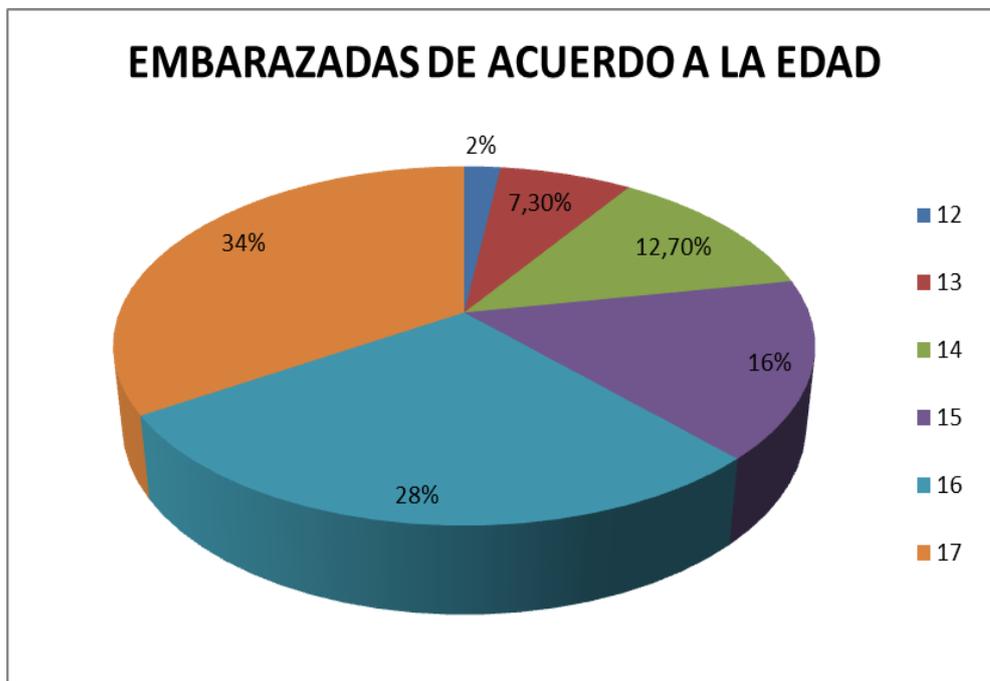


GRAFICO 2: EMBARAZADAS DE ACUERDO AL GRADO DE ESCOLARIDAD



GRAFICO 3: ALTURA UTERINA

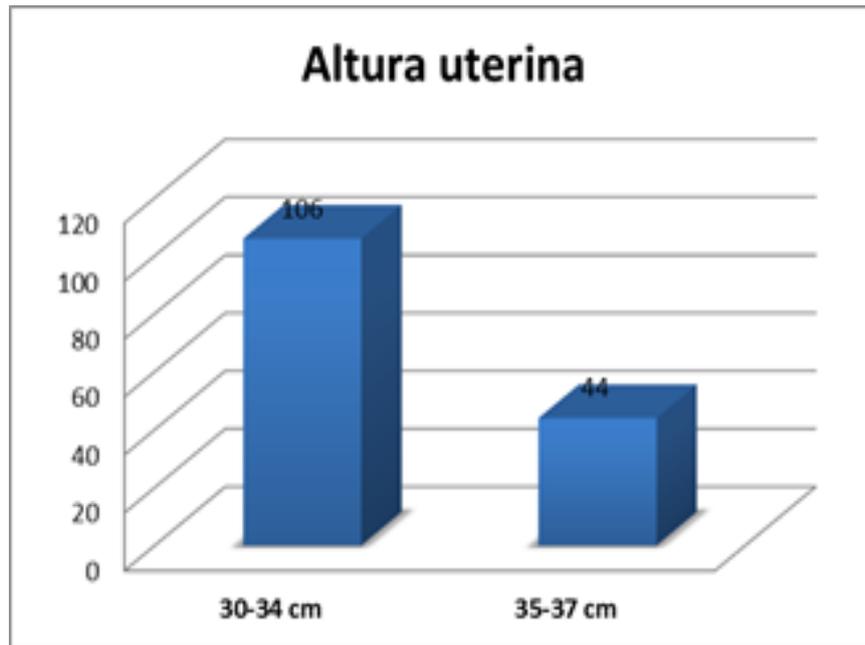


GRAFICO 4: GANANCIA DE PESO DURANTE EL EMBARAZO



GRAFICO 5: USO DE ANTICONCEPTIVOS

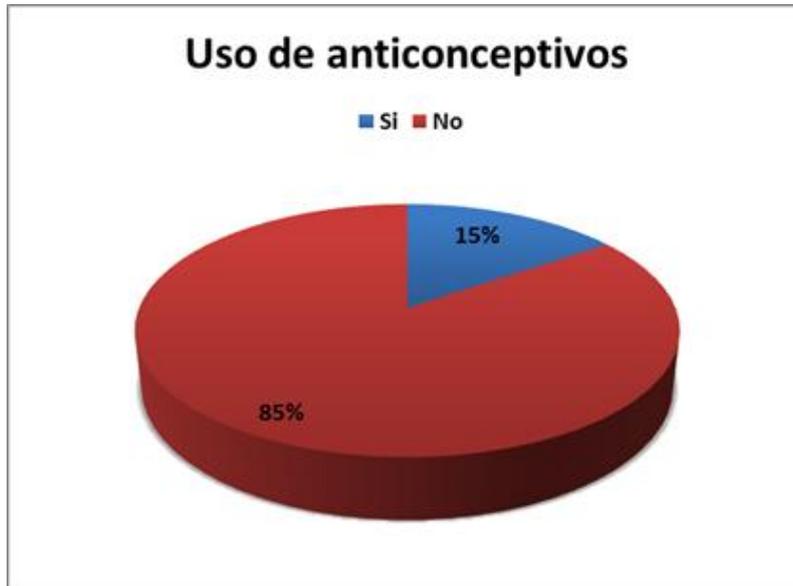


GRAFICO 6: METODOS ANTICONCEPTIVOS USADOS PREVIO AL EMBARAZO

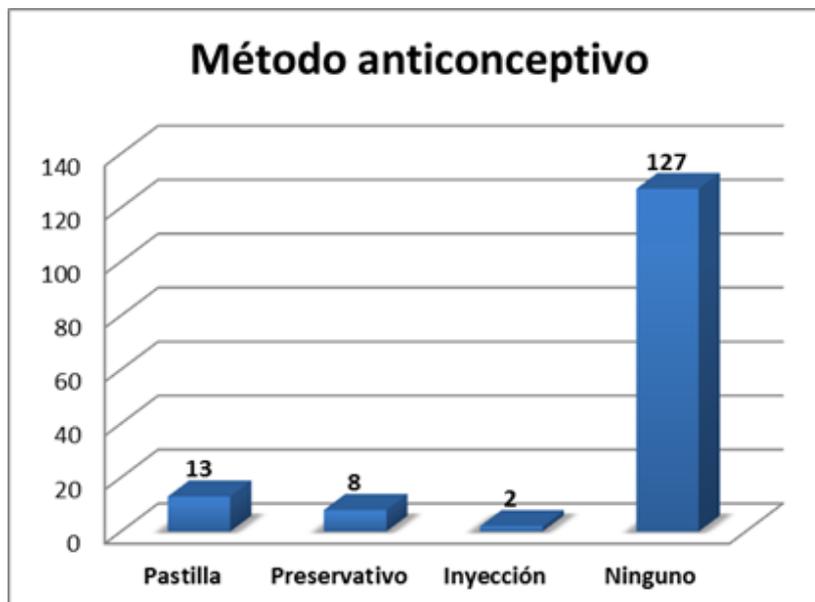


GRAFICO 7: RELACION DE EDAD Y RIESGO OBSTETRICO

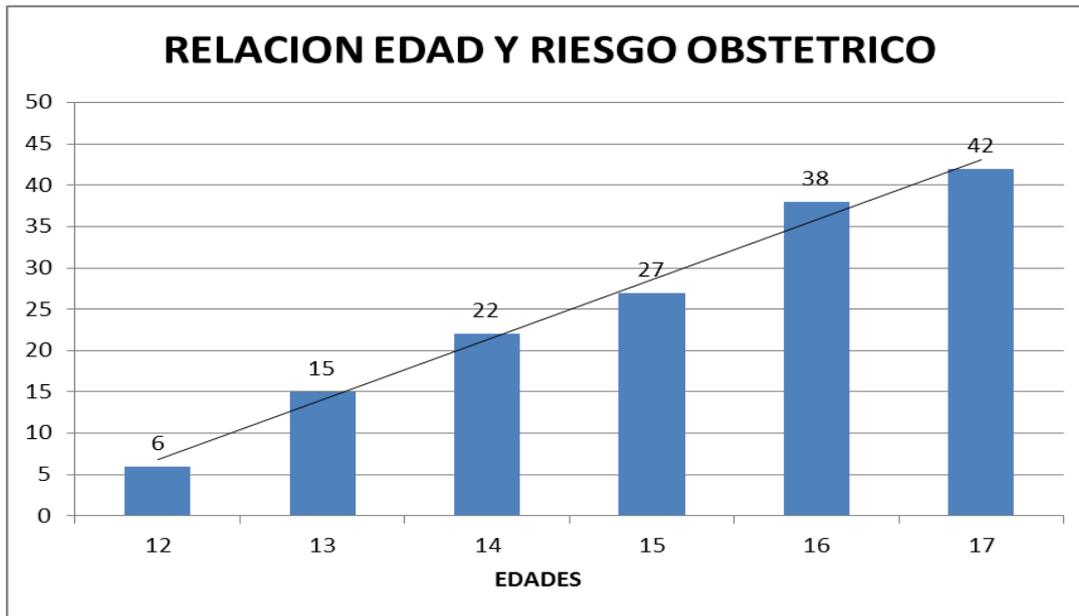


GRAFICO 8: COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

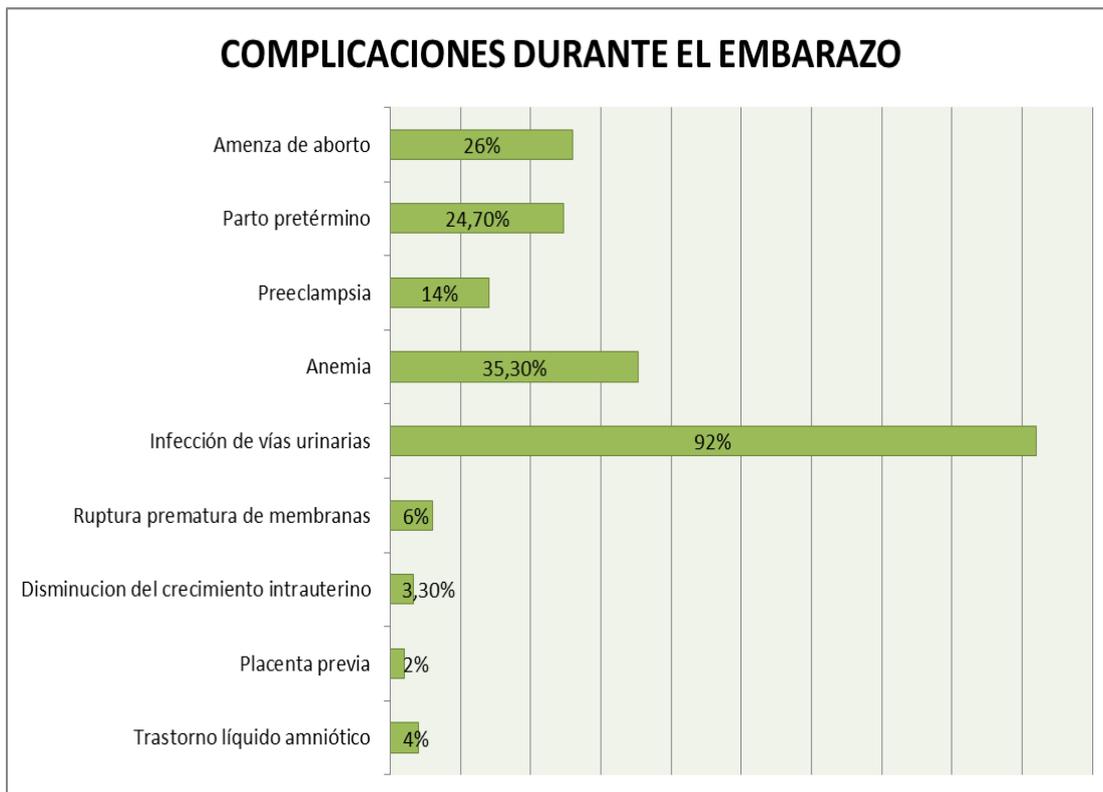


GRAFICO 9: CONDUCTA DE LAS ADOLESCENTES ANTE EL EMBARAZO



GRAFICO 10: ENTORNO FAMILIAR

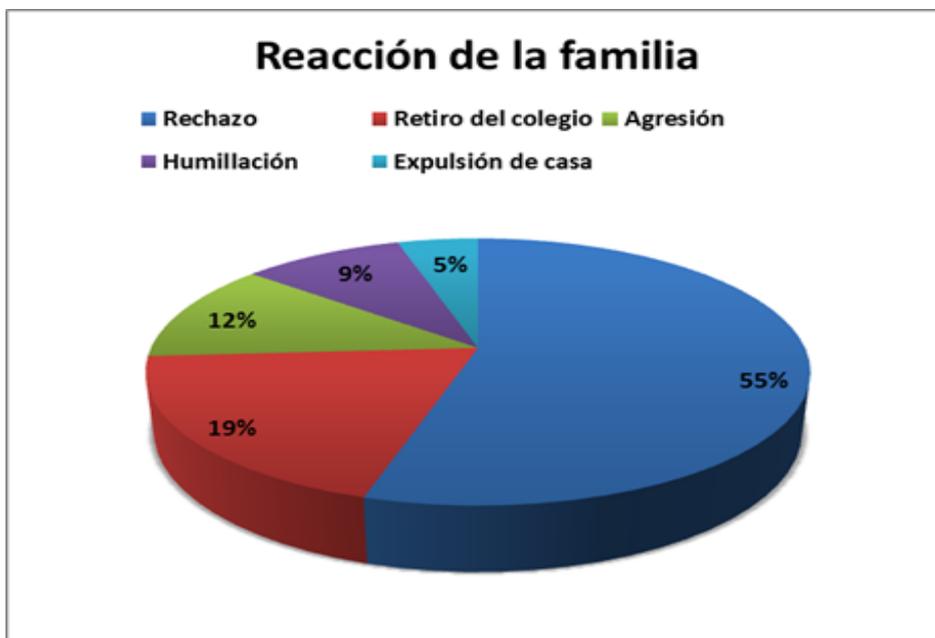
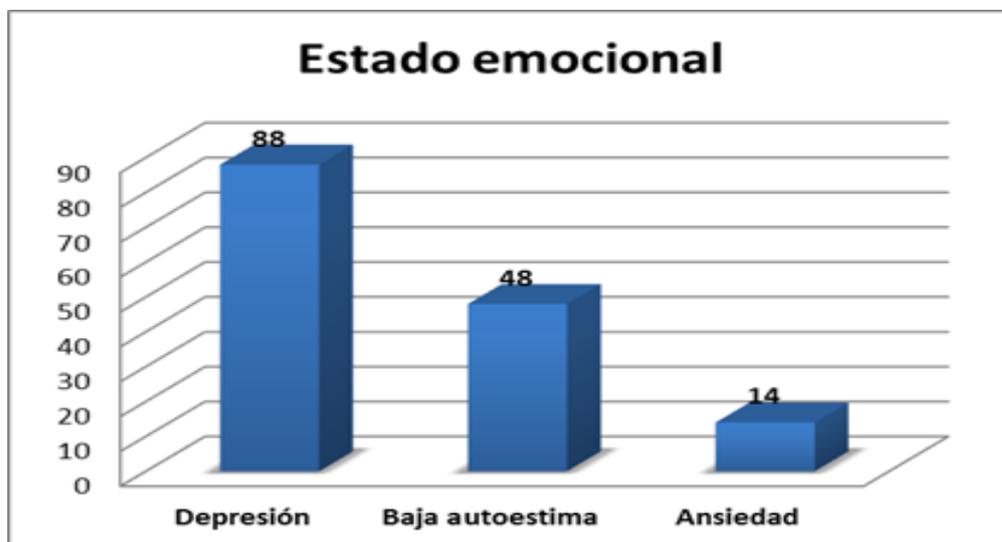


GRAFICO 11: ENTORNO ESCOLAR



GRAFICO 12: ESTADO EMOCIONAL DE LAS ADOLESCENTES ANTE EL EMBARAZO





Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Altamirano Salazar Jorge Luis, con C.C: # 0928449958 autor del trabajo de titulación: "Frecuencia de embarazo en adolescentes en El Hospital Dr. Juan Montalván de la Parroquia Ricaurte en el periodo de enero del 2014 a enero 2015", previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, 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 titulación 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 SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 Septiembre 2016

f. _____

Nombre: JORGE LUIS ALTAMIRANO SALAZAR

C.C: 0928449958



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Santos Salazar Jonathan Joseph, con C.C: # 0927746289 autor del trabajo de titulación: “Frecuencia de embarazo en adolescentes en El Hospital Dr. Juan Montalván de la Parroquia Ricaurte en el periodo de enero del 2014 a enero 2015”, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, 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 titulación 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 SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 Septiembre 2016

f. _____

Nombre: JONATHAN JOSEPH SANTOS SALAZAR

C.C: 0927746289



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Frecuencia de embarazo en adolescentes en El Hospital Dr. Juan Montalván de la Parroquia Ricaurte en el periodo de enero del 2014 a enero 2015		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Altamirano Salazar Jorge Luis Santos Salazar Jonathan Joseph		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Dr. Manuel Pérez		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	2016	No. DE PÁGINAS:	41
ÁREAS TEMÁTICAS:	Ginecología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	adolescencia, embarazo, factores demográficos, anticoncepción, complicaciones		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
Problema:Objetivo: Materiales y métodos:Resultados: Conclusión:Recomendaciones			
<p>Problema: Factores psicosociales aumentan la frecuencia de embarazo en adolescentes. OBJETIVO: Describir la frecuencia de embarazo en adolescentes. Materiales y métodos: Nuestro estudio es observacional retrospectivo transversal descriptivo con revisión de historias clínicas, de 150 casos de embarazo en adolescentes en el Hospital Básico Dr. Juan Montalván Cornejo de la parroquia Ricaurte en el periodo de enero del 2014 a enero 2015 se determinó que factores psicosociales son las causas del aumento de embarazo adolescentes lo que esto conlleva a graves complicaciones durante el embarazo y posterior a este. Resultados: Del total de adolescentes embarazadas el 56,7%(n=85) tenía entre 14 y 16 años. El 34 %(n= 51) de las pacientes tenían 17 años y el 9,3%(n= 14) se encuentran entre 12 y 13 años. La altura uterina estaba entre los 30-34cm ocupan el 70,7%(n=106). En métodos anticonceptivos se determina que el 84,7% (n=127), no uso ningún método anticonceptivo; el 5,3% (n=8) utilizaba preservativos; 8,7 (n=13) usaba anticonceptivos orales; mientras que el 1,3%(n=2) se aplicaba anticonceptivos inyectables. Se evidencia que el 85%(n=127) no uso algún método anticonceptivo; La complicación más frecuente fue la de infección de vías urinarias con 138 casos (92%) relacionada con bajo riesgo obstétrico. En cuanto a la reacción que tuvieron la primera opción se encontró el aborto que ocupa el 54%(n= 81) La mayoría de las gestantes experimentaron depresión con un 58,7% (n= 74). Conclusiones: Existe una alta frecuencia de adolescentes embarazadas. Recomendaciones: Realizar actividades de Promoción de Salud en sexual y reproductiva en planteles educativos</p>			
ADJUNTO PDF:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0991421638 0985723604	E-mail: jorgealtamirano_90@hotmail.com jjss_89@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio Teléfono: 0982742221		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			