UNIVERSIDAD ESTATAL GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

TEMA:

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA. MATERNIDAD MATILDE HIDALGO DE PROCEL. SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE OBSTETRA

AUTORES

DIANA PALADINES ERAZO

JOHANA SOLEDISPA PIBAQUE

TUTOR

OBST BEATRIZ MORAN RIVAS

2017

GUAYAQUIL – ECUADOR

UNIVERSIDAD ESTATAL GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

DECLARACIÓN DE AUTORES

Yo DIANA PALADINES ERAZO con C.I # 0929716306 y la Srta. JOHANA SOLEDISPA PIBAQUE con C.I # 0926434531 estudiantes de la carrera de obstetricia, Facultad de Ciencias Medicina, Universidad de Guayaquil declaro que: el presente trabajo de investigación titulado:

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA MATERNIDAD. MATILDE HIDALGO DE PROCEL.SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017, es de nuestra autoría y han sido realizados bajo absoluta responsabilidad y con la supervisión de la Obst. Beatriz Moran Rivas.MSc en calidad de tutor.

DIANA PALADINES ERAZO	JOHANA SOLEDISPA PIBAQUE
C.I # 0929716306	C.I # 0926434531

DEDICATORIA

A DIOS, quien me ha guiado por el buen camino dándome fuerzas para seguir adelante y no rendirme ante las adversidades que se presentaban y la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida.

A mis PADRES por su amor infinito y sacrificios en todos estos años apoyándome cada día para poder llegar hasta aquí y cumplir mis metas, han sido mi pilar fundamental, para no derrumbarme en medio del camino y seguir adelante

A mi HIJA quien amo con todo mi corazón, ha sido mi inspiración en todo momento, ese motor que encendía todos mis días y me impulsaba a seguir adelante por eso le dedico todo mi esfuerzo y sacrifico.

Diana Paladines Erazo

Autor

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme otorgado un familia maravillosa, quienes han creido en mi siempre, dandome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñandome a valorar todo lo que tengo.

A mi tutora OBST. BEATRIZ MORAN RIVAS, quien con su paciencia me ha guiado a la culminacion de mi proyecto.

A todos ellos dedico este presente trabajo, porque han fomentado en mi, el deseo de superación y de triunfo en la vida. Lo que ha constribuido a la consecucion de este logro. Espero contra siempre con su valioso e incondicional apoyo.

Diana Paladines Erazo

Autor

DEDICATORIA

Quiero dedicarle este trabajo a DIOS que me ha dado la vida y fortaleza para terminar este proyecto de vida.

A mis PADRES y HERMANO por estar ahí cuando mas los necesité; en especial a mi madre por su ayuda cosntante apoyo y cooperación.

A mis AMIGAS con las que compartí experiencias y momentos únicodurante todo el transcurso de mi carrera, ganando mi amistad acompañandome en mis logros, fracasos, Alegrías y tristezas.

Johana Soledispa Pibaque

Autor

AGRADECIMIENTO

A DIOS por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia por apoyarme en cada decisión y proyecto, gracias a la vida porque cada día me demuestra lo hermosa y justa que puede llegar a ser.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo. Les agradezco y hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.

Especial agradecimiento a mi tutora, OBST. BEATRIZ MORAN RIVAS, quien con su paciencia, entusiasmo y conocimientos, me guió durante el largo trayecto de esta investigación.

Johana Soledispa Pibaque

Autor

RESUMEN

La Salud sexual y reproductiva es un proceso de formación que debe promover desde tempranas edades, actitudes y habilidades para una paternidad o maternidad responsable como producto de una opción libre y consiente, con el fin de disminuir indicadores de embarazo precoz,el objetivo es investigar los factores de riesgos que incrementan el embarazo enla adolescencia en el materno "MATILDE HIDALGO DE PROCEL", septiembre 2016 a marzo 2017, donde se realizó una investigación descriptiva y no experimental realizado en 172 pacientes adolescentes para lo cual se utilizó encuestas de manera individual. Con el fin de combatir con los factores de riesgos que producen el aumento de las cifras con las malas compañías, el consumo de sustancias toxicas, la falta de comunicación con los padres, la falta de orientación de planificación familiar, el mal uso de los medios sociales. De los resultados obtenidos se entrevistó 172 adolescentes sexo femenino en el cual se encontró que 55,24% tenían un nivel bajo. Mientras que en la edad más frecuente corresponden a la grupo etario de 18-19 años que alcanzaron 31,98% . El factor de riesgo predisponente que más se presento con un 35%, fue la influencia negativa de terceros, por los resultados de estas variantes se dedujo que las adolescentes que formaron parte del estudio en su mayoria salieron embarazadas por que referian vivir una situacióncaótica en sus hogares y consideraban una manera de escape de eseentorno.

PALABRAS CLAVES.- Orientación en Adolescentes, Planificación familiar, Relación padres e hijos.

SUMMARY

Sexual and reproductive health and Family planning is a training process that must be promoted from early ages, attitudes and skills to a responsible and successful parenthood or maternity as a product of a free choice and consent, in order to decrease pregnancy indicators The objective is to investigate the risk factors that increase teenage pregnancy in the maternal "MATILDE HIDALGO DE PROCEL" located in the city of Guayaquil, from September 2016 to March 2017, the methodology to follow in this a descriptive and Non-experimental study of 172 adolescent patients for which we used individual surveys.n order to combat with the various risk factors that produce the increase of these figures such as bad company, consumption of toxic substances, lack of communication with parents lack of family planning guidance, misuse of networks Social and the media. A total of 172 female adolescents were interviewed, in which 55.24% of the women had a low level of studies followed by the middle level with 44.76% and 0% a higher level, the highest percentage of pregnancies corresponded To the age group of 18-19 years that reached 31.98%, 30.24% age between 16-17 years, 20.34% between 14-15 years old, 17.44% between 12-13 years. . Regarding risk factors, according to the adolescents 'argument, 35% had negative influences from third parties (friends), followed by adolescents who disagreed with the parents' regime with 33%. And finally the economic factor with 32% for the results of these variants, it was deduced that the adolescents who were part of the study, for the most part, became pregnant because according to them they were experiencing a chaotic situation in their homes and considered a way of escape from That situation.

KEYWORDS: Counseling in Adolescents, Family planning, Parents and children relationship.

Tabla de contenido

CERTIFICADO DE TUTOR..... **¡Error! Marcador no definido.**

DECLARACIÓN DE AUTORES I

DEDICATORIA..... II

AGRADECIMIENTO..... III

DEDICATORIA..... IV

AGRADECIMIENTO..... V

RESUMEN..... VI

SUMMARY VII

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I..... 2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 2

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA..... 2

1.2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS..... 2

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN..... 3

1.4 JUSTIFICACIÓN 3

1.5 VIABILIDAD 3

1.6 HIPÓTESIS..... 4

1.7 VARIABLES 4

CAPÍTULO II 5

MARCO TEÓRICO 5

2.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTOS 6

2.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA 7

2.1.2 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES 9

2.1.3 LA SALUD SEXUAL 9

2.1.4 LA SALUD REPRODUCTIVA. 10

2.1.5 ANTECEDENTES DE EMBARAZO EN LATINO AMÉRICA 10

2.1.6 EMBARAZO ADOLESCENTE 10

2.2 FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTES ... 11

2.2.1 FACTORES DE RIESGOS INDIVIDUALES: 11

2.2.2 FACTORES DE RIESGOS FAMILIARES: 11

2.2.3 FACTORES DE RIESGOS SOCIAL 12

2.2.4 LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ 12

2.2.5 CONSECUENCIAS PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA 12

2.2.6 EVALUACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA 13

2.2.7 CONTROL POSPARTO Y PREVENCIÓN 15

CAPÍTULO III 17

DESARROLLO METODOLÓGICO 17

3.1.- MATERIALES 17

3.1.1 LOCALIZACIÓN 17

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO 17

3.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN 17

3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR 17

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA 18

3.2.1. UNIVERSO 18

3.2.2. MUESTRA 18

3.3 MÉTODO 18

3.3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN 18

3.3.2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 18

3.3.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 19

3.3.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 19

3.3.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 19

3.3.6.- ASPECTOS ÉTICA LEGALES 20

3.3.7.- PRESUPUESTO 21

3.3.8.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 22

3.3.9 RESULTADOS Y DISCUSIÓN 23

TABLA N° 1 23

EMBARAZOS EN ADOLESCENTES SEGÚN LA EDAD EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017. 23

GRÁFICO 1 23

Interpretación Y Análisis..... 23

TABLA N° 2 24

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017. 24

GRÁFICO 2 24

Interpretación Y Análisis: 24

TABLA N° 3 25

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN EL ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017. 25

GRÁFICO 3 25

Fuente 25

Interpretación Y Análisis: 25

TABLA N ° 4 26

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN EL CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017. 26

GRÁFICO N°4 26

Interpretación Y Análisis..... 26

TABLA N° 5 27

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN A.DOLESCENTES SEGÚN EL TIPO DE RELACIÓN CON LOS PADRES EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.... 27

GRÁFICO N° 5 27

Interpretación Y Análisis..... 27

TABLA N ° 6 28

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES POR FALTA DE CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017..... 28

GRÁFICO N 6 28

Interpretación Y Análisis..... 28

TABLA N ° 7 29

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTE POR EL MAL EMPLEO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017. 29

GRÁFICO N °7 29

Interpretación Y Análisis..... 29

Tabla N ° 8 30

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN PERCEPCIÓN DE RECHAZO DE LAS ADOLESCENTES EN SU ENTORNO EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017. 30

GRÁFICO N°8 30

Interpretación Y Análisis 30

TABLA N °9 31

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADVERSAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.... 31

GRÁFICO N° 9 31

Interpretación Y Análisis 31

TABLA # 10 32

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN VIOLENCIA FÍSICA O VERBAL EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017. 32

GRÁFICO N° 10 32

Interpretación Y Análisis 32

TABLA N° 11 33

FACTORES DE RIESGOS QUE INFLUYEN EN EL INCREMENTO EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017. 33
GRÁFICO N° 11 33
Interpretación Y Análisis 33
CAPÍTULO IV 34
RESULTADOS Y DISCUSIÓN 34
CAPÍTULO V 35
CONCLUSIÓNES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS 35
5.1.- CONCLUSIÓNES, ... 35
5.2.- RECOMENDACIONES 36
5.3.- PROPUESTA 37
CAPACITACIONES Y TALLERES EDUCATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y PADRES DE FAMILIA 37
PROPÓSITOS 37
JUSTIFICACIÓN 37
CAPACITACIONES Y TALLERES EDUCATIVOS 37
BIBLIOGRAFÍA 38
ANEXOS 40
FORMATO DE ENCUESTA 40

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es esa etapa de la vida en la cual la mujer está expuesta a muchos riesgos, en la que sobresale el "Embarazo Precoz" como producto de la influencia de muchos factores, entre los que podemos mencionar los psicoafectivos, el entorno familiar, social, medios de comunicación, entre otros son algunos de los factores de mayor influencia, la presencia de uno o algunos de ellos puede afectar en la toma de decisiones, que puede producir un embarazo precoz.

Por tanto es indiscutible que el embarazo en la adolescencia es un tema de estudio muy importante, el embarazo en la adolescencia es traumático en la mayoría de los casos, las causas y consecuencias impiden tener un buen desarrollo en las madres adolescentes.

Los factores que repercuten a las madres embarazadas estarán presente ya que ellas cumplen o debe asumir múltiples roles, que son aquellas tareas de un adultos como es la maternidad, para los cuales no está psicológica- mente madura. Ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente.

Uno factor importante y muy evidente es la situación de la deserción escolar. Se observó que alrededor del 50% de las embarazadas adolescentes abandonaron la educación formal. El cual este fenómeno ayuda a explicar los mecanismos y el aumento de la pobreza, ya que tendríamos a una niña pobre criando un niño a temprana edad.

Ecuador forma parte de los países donde están las tasas más elevadas de adolescentes embarazadas

Europa realizo un estudio en el 2012 en reino unido el cual reporto el 25,76 % en 1000 mujeres. Nicaragua tiene en mayor proporción de maternidad en mujeres de 15 a 19 años, con un porcentaje de 19,9 %, seguido de cerca por República Dominicana (19,7 %) y Ecuador (17 %)

Los niveles más bajos se registran en Uruguay (9,5 %), Costa Rica (11,1 %) y Perú (11,5 %), unos porcentajes que se encuentran lejos de los niveles registrados en Europa Occidental, donde la maternidad adolescente es del orden del 2 %.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El problema radica en que las adolescentes generalmente no han alcanzado la madurez física ni emocional para desempeñar el rol de madre. Por lo tanto no están totalmente preparadas para la maternidad, a lo que se suma las influencias de diversos factores negativos que se encuentran a su alrededor dando como resultado un embarazo precoz . El mismo que va a representar riesgos futuros para la madre y el niño. Por lo que se considera que es importante dar asesoría a los adolescentes mayores de 12 años sobre la importancia de una correcta salud sexual y reproductiva para disminuir embarazos no deseados durante esta etapa.

1.2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVOS GENERALES:

Determinar los factores de riesgos que influyen en el embarazo de las adolescentes en la maternidad MATILDE HIDALGO DE PROCELen el periodo lectivo septiembre 2016 – marzo 2017, a través de un estudio descriptivo y así contribuir en la disminución de embarazos en la adolescencia.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores predisponentes que desencadenan un embarazo no deseado en las adolescentes.
- Establecer la edad de mayor prevalencia en las adolescentes embarazadas con embarazos no deseados.
- Constatar en qué grado de escolaridad es más frecuente los embarazos no deseados
- Investigar si las adolescentes embarazadas cuentan con algún tipo de ayuda psicológica.

1.3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores predisponentes para un embarazo no deseado en adolescentes?

¿Cuál la edad de mayor prevalencia en las adolescentes embarazadas?

¿Cuál es el grado de escolaridad con mayor incidencia en las adolescentes embarazadas?

¿Cuántas adolescentes embarazadas cuentan con algún tipo de ayuda psicológica?

1.4 JUSTIFICACIÓN

El embarazo durante la adolescencia es un motivo de preocupación permanente para las profesionales de la obstetricia, lo que indujo a realizar el presente trabajo de investigación, ya que el embarazo precoz es un riesgo al que está expuesta toda adolescente tanto físico, como síquico y emocional,el cual motivó a conocer los principales factores que influyen en las adolescentes que se embarazan de forma prematura, generalmente por inmadurez lo que va ocasionar complicaciones maternas y fetales.

Conociendo los principales factores, servirá a los profesionales para orientar a las adolescentes y así disminuir los factores que influyen en un embarazo no deseado durante esta etapa de la adolescencia.

La importancia de esta investigación, radica en la necesidad de generar acciones que beneficie a este grupo vulnerable.

1.5 VIABILIDAD

El presente estudio es viable por cuanto es de interés institucional y publico disminuir el porcentaje de embarazos no deseados en las adolescentes y existen las autorizaciones correspondientes de los directivos del Hospital materno infantil Dra. "Matilde Hidalgo de Procel" para su ejecución, con el fin de disminuir el índice de dichos embarazos no deseados

1.6 HIPÓTESIS

Losfactores psico-socialesinfluyen en los embarazos no deseados de las adolescentes.

1.7 VARIABLES

1.7.1 Dependientes

Los embarazos en adolescentes

1.7.2 Independiente

- Factores de riesgos
- Edad
- Sustancias adversas
- Violencia sexual

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El término adolescencia proviene del verbo latino adoleceré, fuerte y superar la época tutelar. Este término traduce perfecto lo esencial del fenómeno, que es esencialmentela evolución, la innovación y el momento dinámico del desarrollo global que impulsa al ser desde el nacimiento hasta la muerte. La adolescencia compone el paso a edad adulta y ser mujer implica la asignación sociocultural de los papeles de esposa y madre. La adolescencia es un período de rápido e intenso crecimiento físico, acompañado de profundos cambios en el cuerpo. (Valencia, Perinatología y reproduccion humana, 2015)

La adolescencia es un proceso de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, y los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, fortalece la autonomía socio-económica y asentada entre límites aproximados entre los 10 y 19 años.

Durante la adolescencia sufren diversas transformación es psicológicas, físicas- y cognoscitivas.

Estudios demuestran que en América Latina y el Caribe, se estima que existe una población de 140 millones de jóvenes. Uno de los elementos que incide de manera significativa en la situación de vulnerabilidad de las adolescentes es el embarazo no planificado. La región tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo y se estima que casi el 18% de todos los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años de edad.

En Brasil. La situación es considerable, ya que un estudio de la Organización Iberoamericana de Juventud, en España, revela que 73 de cada mil embarazos en América Latina, son de adolescentes.

Venezuela. Está en la cima de la escala de Sud-américa con el mayor número de embarazos adolescentes. La Organización de las Naciones Unidas, informó que de cada mil embarazadas, 91 son menores de 18 años. Esto se debe a que la edad promedio, en la que los jóvenes venezolanos inician su actividad sexual, oscila entre los 12 y 14 años.

En cambio estudios realizados en otros países como Nigeria. Más de 233 gestantes por cada mil mujeres adolescentes, cifra que lo posiciona a la cabeza, en todo el mundo, respecto a este problema.

Bangladesh e India. En estas naciones el principal motivo de los embarazos prematuros son los "matrimonios infantiles". El 47 y el 30%, respectivamente, de las adolescentes tienen un hijo antes de cumplir 18 años.

2.1 DEFINICIÓN Y CONCEPTOS

Adolescencia.

La adolescencia es un proceso de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, y los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, fortalece la autonomía socio-económica y asentada entre límites aproximados entre los 10 y 19 años. Durante la esta etapa sufren diversas transformaciones psicológicas, físicas- y cognoscitivas.(Valencia, Perinatología y reproduccion humana, 2013).

***La Salud Sexual Y Reproductiva*.-** La sexualidad y la reproducción están ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La SSRA .se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, la ausencia de enfermedades o dolencias. (Rodríguez Gázquez, 2012).

***Sexualidad*.-** Es un proceso de construcción permanente a lo largo de la vida, que rebasa los aspectos anatómicos y permite nombrar al conjunto de las condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo. El término también hace referencia al apetito sexual, así como al conjunto de fenómenos emocionales y conductuales vinculados al sexo. (Rodríguez Gázquez, 2012).

***Factores De Riesgos*.-** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

En Filipinas estudios realizados en 1960reporto un 66% de adolescentes comparando con estudios actualizado hecho en el 2015 esta cifra bajo a un 63% de embarazos a temprana edad.

El crecimiento que presenta un individuo desde la niñez es tan rápido en su evolución y tan desconcertante que va pasando por diversas fases sin tener un estado fijo .en esta se distinguen dos períodos: uno denominado "pubertad" y "adolescencia" propiamente dicha. Si comparamos la pubertad con la adolescencia, encontraremos que el primer período hace referencia más directo a los cambios fisiológicos (físicos, químicos) estos son más referentes a los cambios sexuales. (Valencia, Perinatología y reproduccion humana, 2013)

El segundo período se centra en la aparición de características y fenómenos afectivos que determinan cambios en toda su personalidad y (menarquía) y en los niños por las primeras eyaculaciones

Hoy en día, más de la mitad de las mujeres y casi el 75% de los varones han tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años. Los adolescentes que adoptan comportamientos de alto riesgo, como las relaciones sexuales sin protección , con mayor porcentaje de riesgo de quedar embarazadas y contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluida el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) e infertilidad futura(Américas, 2012).

2.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA

Búsqueda de la identidad

El auto-concepto se va desarrollando conforme el sujeto va cambiando e integrándose con las concepciones que acerca de sí mismo tienen varias personas, grupos e instituciones y va asimilando todos los valores que constituyen el ambiente social. (Knobel, 2012)

La integración del ¨yo¨ produce por la elaboración del duelo por partes de sí mismo y por sus objetos. Una vez que las figuras parentales son integradas e incorporadas a la personalidad del sujeto, este puede iniciar su proceso de individuación. (Knobel, 2012)

La identidad es una característica de cada momento evolutivo. El niño entra en la adolescencia con discultades, conflictos e incertidumbres que se magnifican en este momento vital, para salir luego a la madurez estabilizada con determinado carácter y personalidad de adultos. (Knobel, 2012)

Surgen varias identidades en este proceso como son las transitorias y ocasionales que se van dando mientras encuentran la propia identidad.

La tendencia grupal

Adolescente recurre como comportamiento defensivo a la búsqueda de uniformidad, ya que esta le brinda seguridad y estima personal.

El fenómeno grupal adquiere una importancia trascendental ya que se transfiere al grupo gran parte de la dependencia que antes se mantenía con la familia y los padres en especial. Este fenómeno facilita la conducta psicopática normal en el adolescente.

Necesidad de intelectualizar y fantasear

Una de las formas típicas del pensamiento adolescente es la de intelectualizar y fantasear.

La función del fantasear es mantener al ello dentro de ciertos límites por medio de prohibiciones.

El intelectualizar tiene como función, el ligar los fenómenos instintivos con contenidos ideáticos y hacerlos así accesibles a la conciencia y fáciles de controlar. (Knobel, 2012)

Las crisis religiosas

Se refiere a que el adolescente puede manifestarse como un ateo exacerbado o como un místico muy fervoroso. Estas situaciones son intentos de solución la ansiedad que está pasando y o en su búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con la muerte. (Knobel, 2012)

La desubicación temporal

El adolescente convierte el tiempo en presente y activo como un intento de manejarlo. Las urgencias son enormes y a veces las postergaciones son aparentemente irracionales. Vive su relación con el tiempo como un objeto, lo especializa para poder manejarlo. (Knobel, 2012)

Cuando el adolescente logra reconocer un pasado y formular proyectos de futuro, con capacidad de espera y elaboración en el presente, supera gran parte de la problemática de este proceso. (Knobel, 2012)

La evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad

En la adolescencia se ve claramente el fenómeno de la evolución del autoerotismo a la heterosexualidad (masturbación primero; el cual lleva a la exploración a través del tocar, bailes, juegos, etc.,). (Knobel, 2012)

Existe un oscilar permanente en esta etapa entre la actividad de tipo masturba-torio y los comienzos del ejercicio genital, donde hay más un contacto genital de tipo exploratorio y preparatorio que la verdadera genitalidad procreativa, para así asumir el rol parental. (Knobel, 2012)

Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta

Su conducta está dominada por la acción, es una personalidad permeable que recibe todo y que también proyecta enormemente, es decir que los procesos de proyección e introyección son intensos, variables y frecuentes. (Knobel, 2012)

Separación progresiva de los padres

La intensidad y calidad de la angustia con que se maneja la relación con los padres y su separación de estos, estará determinada por la forma en que se ha realizado y elaborado la fase genital previa de cada individuo, a la que se sumaran las experiencias infantiles anteriores y ulteriores y la actual de la propia adolescencia. Si la figuras de los padres aparece con roles bien definidos, en una unión amorosa y creativa, la escena primaria disminuye sus aspectos persecutorios y se convierte en el modelo del vínculo genital que el adolescente buscara realmente. Las figuras parentales no muy estables ni bien definidos en sus roles, pueden aparecer ante el adolescente como desvalorizadas y obligarlo a buscar identificaciones con personalidades más consistentes y firmes. (Knobel, 2012)

Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo

Los cambios de humor son típicos de la adolescencia y es preciso entenderlos sobre la base de los mecanismos de proyección y de duelo por la pérdida de objetos; al fallar los intentos de elaboración los cambios de humor aparecen como mini crisis maniaco-depresivas. (Knobel, 2012)

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se establece que es una de las evoluciones más importantes en la vida del ser humano, se caracteriza por un acelerado crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta etapa de evolución y cambios gracias a los constantes procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (OMS, desarrollo de la adolescencia, 2017)

2.1.2 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES

La sexualidad y la reproducción están ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La SSRA .se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, la ausencia de enfermedades o dolencias. (Rodríguez Gázquez, 2012)

2.1.3 LA SALUD SEXUAL

La sexualidad hace parte normal del desarrollo del adolescente. Ella es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: la genital o biológica que se expresa en los aspectos fisiológicos, el área erótica -relacionada con la búsqueda de placer-, y la moral - expresada en la estructura social fijados en los valores aceptados enfermedades o dolencias en

todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos. (Rodríguez Gázquez, 2012)

2.1.4 LA SALUD REPRODUCTIVA.

La salud reproductiva se refiere al bienestar físico, mental y social de mujeres y hombres en asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones.

La mayoría de programas adolescentes se esfuerzan para un propósito que es el de prevenir ciertas consecuencias de la salud reproductiva como el embarazo y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA (Rodríguez Gázquez, 2012)

2.1.5 ANTECEDENTES DE EMBARAZO EN LATINO AMÉRICA

En América Latina se evidencia un porcentaje de un 15-25%el cual los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. El embarazo adolescente es considerado un problema de Salud Pública grave ya que cada año nacen aproximadamente 40.355 neonatos de mujeres adolescentes y 1.175 neonatos de mujeres menores de 15 años. Así la incidencia anual del embarazo adolescente en nuestro país es de 16,16%. Se debe poner atención también en las variaciones que presenta entre las distintas regiones registrándose la mayor incidencia anual en la octava región (25%). (Paula León1, Embarazo adolescente, 2014 actualizado)

2.1.6 EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en adolescente hace referencia a toda gestación que ocurre durante la adolescencia y comprende las mujeres de hasta 19 años, es decir, todo embarazo que ocurre dentro del tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen. (J Guadalupe Panduro Barón, 2012)

Las adolescentes que se embarazan, más que cualquier otra adolescente, requiere de amor , apoyo, ayuda y comprensión , ya que está vulnerable,incierta y desplazada que cualquier otra mujer y con mayor razón para una adolescente, que no se convierte en adulto por el hecho de ser madre. (J Guadalupe Panduro Barón, 2012)

Para comprender como vive el embarazo una adolescente, se debe tener en cuenta que los cambios psicológicos, estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor de su hijo, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal. (Obstetricia, 2013)

2.2 FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTES

El riesgo de problemas durante el embarazo y el parto es máximo en la adolescente; aumento del porcentaje de niños bajo peso al nacer y de abortos recurrentes, así comodemortalidadinfantilesde2a3 veces más alta, que en las mujeres mayoresde25años.

Se ha logrado identificar a una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías: (Paula León1, Embarazo adolescente, 2014 actualizado)

Factores de riesgo individuales

Factores de riesgo familiares

Factores de riesgo sociales

2.2.1 FACTORES DE RIESGOS INDIVIDUALES:

- Menarquía precoz
- Bajo nivel de aspiraciones académicas
- Impulsividad
- Ideas de omnipotencia
- Adhesión a creencias
- Tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

2.2.2 FACTORES DE RIESGOS FAMILIARES:

- Disfunción familiar
- Antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia,
- Pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

2.2.2.1 Desarrollo moral:

El desarrollo cognoscitivo y psicosocial permite a los adolescentes un pensamiento más abstracto y un cuestionamiento de las opiniones morales de los padres. La vida social los pone en diversos de valores éticos. La gran parte de los adolescentes siguen régimen para adquirir la aprobación de los otros. A paso que crecen y adquieren conocimiento, para su propio código moral y personal. (Paula León1, Embarazo adolescente, 2014 actualizado)

2.2.3 FACTORES DE RIESGOS SOCIAL

Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del "amor romántico" en las relaciones sentimentales de los adolescentes. (Martínez-Pampliega, 2013)

2.2.3.1 desarrollo psicosocial

La tarea principal es la búsqueda de la identidad como persona y como miembro de la comunidad. Luchan por mantener su individualidad, aunque, al mismo tiempo dudan sobre sí mismos y buscan la aceptación de sus iguales. Además, dependen de sus padres en el plano económico y emocional. (MARÍA VICENTA MESTRE1 ANA MARÍA TUR, 2014)

2.2.4 LA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ

Esta actividad iniciada precozmente es en gran medida experimental y de exploración para la mayoría de los adolescentes. Las jóvenes cuyas vidas carecen de estructura, tienen mayor probabilidad de iniciar la actividad sexual de forma precoz, que las adolescentes que tienen ayuda de sus padres.

2.2.5 CONSECUENCIAS PARA LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

El embarazo cambia la percepción que ella tiene de la vida, más aún si este no ha sido planeado. Aparecen sentimientos fuertes y diversos (stress, ansiedad, socio económico y social), que afectan la adaptación social y la salud mental de los adolescentes.

- Frecuente abandono de los estudios, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realizarse de manera personal.
- Menor duración y más inestables en pareja adolescente.
- Discriminación por su grupo de pertenencia.
- Tendencia aun mayor número de hijos con intervalos Inter-genésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.(López, actualizado 2013)

2.2.5.1 Consecuencias para el hijo de la madre adolescente

- Mayor riesgo de bajo peso al nacer.
- Mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

2.2.6 EVALUACIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

El diagnóstico del embarazo en una adolescente ocurre en casi cualquier departamento clínico en el que haya profesionales atentos, puede aparecer consultas clínicas como molestias digestivas, aumento de peso o sintomatología urinaria y de un retraso menstrual sugestivo de una gestación. Siguiendo con los respectivos controles prenatales

Atención al embarazo Involucrar a cualquier madre es el objetivo primordial para un buen rendimiento de la atención prenatal. En el caso de l0as adolescentes la tarea es más complicada, pero también más importante, sobre todo cuando las gestaciones son accidentales y aún más cuando la opción es la entrega en adopción.

2.2.6.1 Nutrición

Las adolescentes suelen empezar su embarazo con menor peso que las de más edad. Por ello se debe valorar el estado nutricional de la adolescente, mediante el cálculo de su índice de masa corporal (IMC). Es propio que a esa edad sea dificultoso el cumplimiento de una correcta nutrición, su dieta suele ser pobre en micronutrientes (hierro [Fe], folatos, cinc, calcio [Ca]). Existen adolescentes obesas que son son posibles las carencias. mantener niveles adecuados de vitamina D durante el embarazo y la lactancia materna, con una adecuada exposición a la luz solar o en su defecto optar por un suplemento diario de 5 mg (200 UI) de vitamina D (grado de recomendación C) a las mujeres de bajo estatus socio-económico, con baja ingesta de productos lácteos, ausencia de consumo de pescado azul, huevos, carne o cereales (todos ellos fuentes dietéticas de vitamina D), con IMC > 30 kg/m2 previo al embarazo, Por lo general se suele tener que prescribir suplementos de Fe, 30 mg/día (grado de recomendación B) y Ca 1.300 mg/ día (grado de recomendación A) cuando se considere, para asegurar los requerimientos del embarazo (Obstetricia, 2013)

Se informa de la importancia de evitar beber alcohol durante todo el embarazo, y en particular durante los 3 primeros meses de embarazo

2.2.6.2 Prevención de trastornos de salud mental

A los factores de riesgo y vulnerabilidad propios de la adolescente hay que añadir el tener en cuenta situaciones de crisis psicosociales y antecedentes de enfermedad psiquiátrica en los

padres. Cuando hay dificultad para el abordaje, una interconsulta con un psicólogo de referencia puede procurar los recursos pertinentes.

2.2.6.3. Violencia doméstica

Los profesionales deben estar entrenados en reconocer y en cuidar a mujeres en situaciones de violencia doméstica, no olvidando que la familia es el foco de violencia más destacado en nuestra sociedad. En las consultas dentro de su embarazo se debe de ir valorando el papel de la pareja, si la hay, así como conocer cómo se tomaron, o no, precauciones para la anticoncepción antes del embarazo, aspectos que pueden orientar hacia como es su relación.

2.2.6.4 Vacunas

Prestar atención a mujeres procedentes de otros países que pueden haber observado pautas diversas a las recomendadas en nuestro medio o no haber sido vacunadas frente a algunas enfermedades que si se contraen en el embarazo pueden dar lugar a transmisión vertical y desencadenar enfermedades congénitas, o que pueden ser portadoras de enfermedades infecciosas por venir de zonas de alta prevalencia. Cuidados prenatales La evidencia sugiere que clases antenatales diseñadas para adolescentes mejoran el control del embarazo. (Obstetricia, 2013)

2.2.6.5 Complicaciones obstétricas en la adolescente embarazadas

Se ha convertido en un problema de salud pública importante, correspondiendo a que básicamente son las condiciones socio-económicos y culturales, ya que estas han determinado un aumento en su prevalencia, más marcada en los sectores rurales donde la economía está más disminuida.

Las complicaciones más frecuentes son:

- Diabetes gestacional
- Preeclampsia
- Amenazas de abortos
- Anemias
- Bajo peso
- Amenazas de partos prematuros

- Desgarros en el momento del parto
- Producto bajo pesos al nacer

2.2.7 CONTROL POSPARTO Y PREVENCIÓN

En todo momento se actuara en conjunto con los pediatras, enfermeras y médicos de familia. Se programaran visitas de puerperio: los primeros 6 meses de control posparto en la casa de salud para su respectiva planificación familiar control de peso y talla.

Si la madre adolescente no acude a esas visitas hay que tratar de recuperarla, si es preciso con la ayuda de trabajadores sociales.

2.2.7.1 Prevención de embarazo subsecuente

Debe prevenirse una segunda gestación, pues se producen en un 20% de casos. Una nula o ineficaz conducta anticonceptiva, o la dificultad en un correcto cumplimiento entre otras circunstancias pueden llevar a un nuevo embarazo

2.2.7.2 La planificación familiar en adolescentes embarazadas

Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción). (OMS, planificacion familiar , 2013)

2.2.7.3 Reducción de la morbi-mortalidad infantil

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad infantil más elevadas del mundo. Los neonatos de cuya madre adolescente muere por causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar. (OMS, desarrollo de la adolescencia, 2017)

2.2.7.4 Interrupción voluntaria del embarazo

Si la adolescente no tiene deseo de descendencia y opta por la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), se debe de dar el adecuado asesoramiento, constatando su derecho al aborto, según la ley y en un marco ético que garantice el respeto a su dignidad, privacidad y confidencialidad; su derecho a una información completa veraz y adecuada; su propia autonomía y tener libertad de expresión y decisión.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo otorga el marco legal para que una gestación pueda

interrumpirse por voluntad propia. Que constituye con el título antepuesto, con el objetivo de la Ley es garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, con actuaciones en información y educación sexual, perfeccionando el camino universal a los prestaciones y métodos eficaces. Se regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo a petición de la mujer en un plazo de 14 semanas y ante riesgos para la vida o salud de la mujer o por graves anomalías del feto en un plazo de 22 semanas. Es preciso la aprobación de la adolescente para interrumpir su gestación, de modo que no se puede realizar una IVE sin su consentimiento. (Obstetricia, 2013)

CAPÍTULO III

DESARROLLO METODOLÓGICO

3.1.- MATERIALES

3.1.1 LOCALIZACIÓN

El presente estudio se realizó en el hospital materno "MATILDE HIDALGO DE PROCEL" ubicado en la ciudad de Guayaquil - Guasmo sur.

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

Se encuentra en el Guasmo Sur en las calles Av-12-S-E entre 54CS-E Fernando López Lara Calle 54B y Segunda Peatonal a una temperatura de 25 °C y consta con una sala de consulta externa con especialidades, emergencia de hospitalización, sala de parto y cuatro quirófanos

3.1.3 PERIODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación comprendió desde septiembre de 2016 a marzo 2017

3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR

- Humanos
- Físicos

3.1.4.1 Humanos

- Tutora
- Investigadoras
- Pacientes
- Personal de la institución

3.1.4.2 Físicos

- Computadora
- Impresiones
- Anillados

- Copias
- Bibliografías. Libros, web
- Encuestas

3.2. UNIVERSO Y MUESTRA

3.2.1. UNIVERSO

El universo está constituido por 300 pacientes adolescentes embarazadasde 12 a 19 de años de edad, que acuden al Hospital Materno "MATILDE HIDALGO DE PROCEL" En la ciudad de Guayaquil – Guasmo Sur.

3.2.2. MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra aplicamos la siguiente Fórmula;

Fórmula

n = muestra……...?

N = universo……..300

E = margen de error…. 0.05

$$n = \frac{300}{(300-1)\ 0.05^2 + 1} \qquad n = \frac{300}{(299)\ 0.0025 + 1}$$

$$n = \frac{300}{0.74 + 1} \qquad n = \frac{300}{1.74}$$

$$n = \frac{N}{(N-1)e^2+1}$$

n = 172 pacientes.

3.3 MÉTODO

3.3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es tipo descriptivo, prospectivo, analítico, no experimental.

3.3.2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Fue un estudio descriptivo, prospectivo, analítico, no experimental que se realizó a través de la observación directa y mediante una encuesta personal, de esta manera se determinó causas y factores de riesgo que con llevan a desencadenar el aumento de embarazos no deseados en las adolescentes.

3.3.3 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Con el permiso de las autoridades del Hospital Matilde Hidalgo de Procel; se explicó sobre el estudio con fines del mismo, se ejecutóun banco de preguntas en forma minuciosa con las pacientes que asisten al materno, luego se procedió a revisión de los resultados en la relación del tema que se investigó.

3.3.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

3.3.4.1 análisis de datos

Para el análisis de los datos obtenidos se realizó una estadística descriptiva en base a porcentajes y frecuencias de cada una de las variables evaluadas y de sus posibles combinaciones.

Para determinar los factores desencadenantes se recogió los datos a través de una ficha de recolección de los mismos. Con cada una de las variables se estableció sus totales en frecuencia y su valor porcentual, sus totales en el tiempo de estudio y de esta manera se estableció con sus respectivas frecuencias y porcentajes.

3.3.4.2 Tabulación: se lo realizo de forma manual y posteriormente con las rutinas del programa Excel 2010.

3.3.4.3. Presentación de resultado:Para obtener los resultados de esta investigación se empleó tablas en base a los datos de las diferentes variables y luego realizados en gráficos .

3.3.4.4.- Plan de análisis de datos:Los datos fueron realizados en computadora y se utilizó el procesador de textos de Office 2010 para Windows que permitió el hallazgo de medidas de resumen como el porcentaje y la medida aritmética. Los resultados se expresan en tabla estadísticas

3.3.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.3.5.1. Criterios de inclusión

Embarazadas adolescentesde 12 a 19 años de edad

El periodo de investigación realizado septiembre 2016 a marzo 2017.

3.3.5.2. Criterios de exclusión

Adolescentes embarazadas menores de 12 años y mayores de 19 años de edad.

Pacientes que están fuera del periodo de investigación.

3.3.6.- ASPECTOS ÉTICA LEGALES

El desarrollo de este trabajo se apoya también desde el punto de vista legal en las principales líneas, políticas, reglamentos del estado en relación a la salud de la población ecuatoriana.

Según la Constitución de la República del Ecuador del 2010 en la séptima salud indica:

Artículo 32.- La salud es un derecho que certifica el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho del agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El estado certificara este derecho por medio de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a 41 programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La presentación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución, bioética, con enfoque de género y generacional.

En la sección cuarta acerca de mujeres embarazadas.

Artículo 43.- El estado garantizara a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1.- no ser discriminadas por su embarazo en el ámbito educativo, social y laboral.

2.- la facilidad del apoyo y ayuda en la salud materna.

3 El amparo prioritario y protección en su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.

4.- disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

En el plan del buen vivir también se considera lo siguiente:

Título VII: Régimen del buen vivir. Capítulo primero: Inclusión y Equidad.

Artículo 363.- El estado será responsable de:

Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y posparto.

Y en las disposiciones Transitorias: Trigésima consta lo siguiente:

El fondo de solidaridad, en el plazo de trescientos sesenta días, de forma previa a su liquidación, transformara al régimen de empresas públicas, las de régimen privado en las que sea accionistas. Para ello, dispondrá que dichas empresas realicen previamente un inventario detallado a sus activos y pasivos, y contraten en forma inmediata la realización de autorías, cuyo resultado servirá de base para su transformación.42

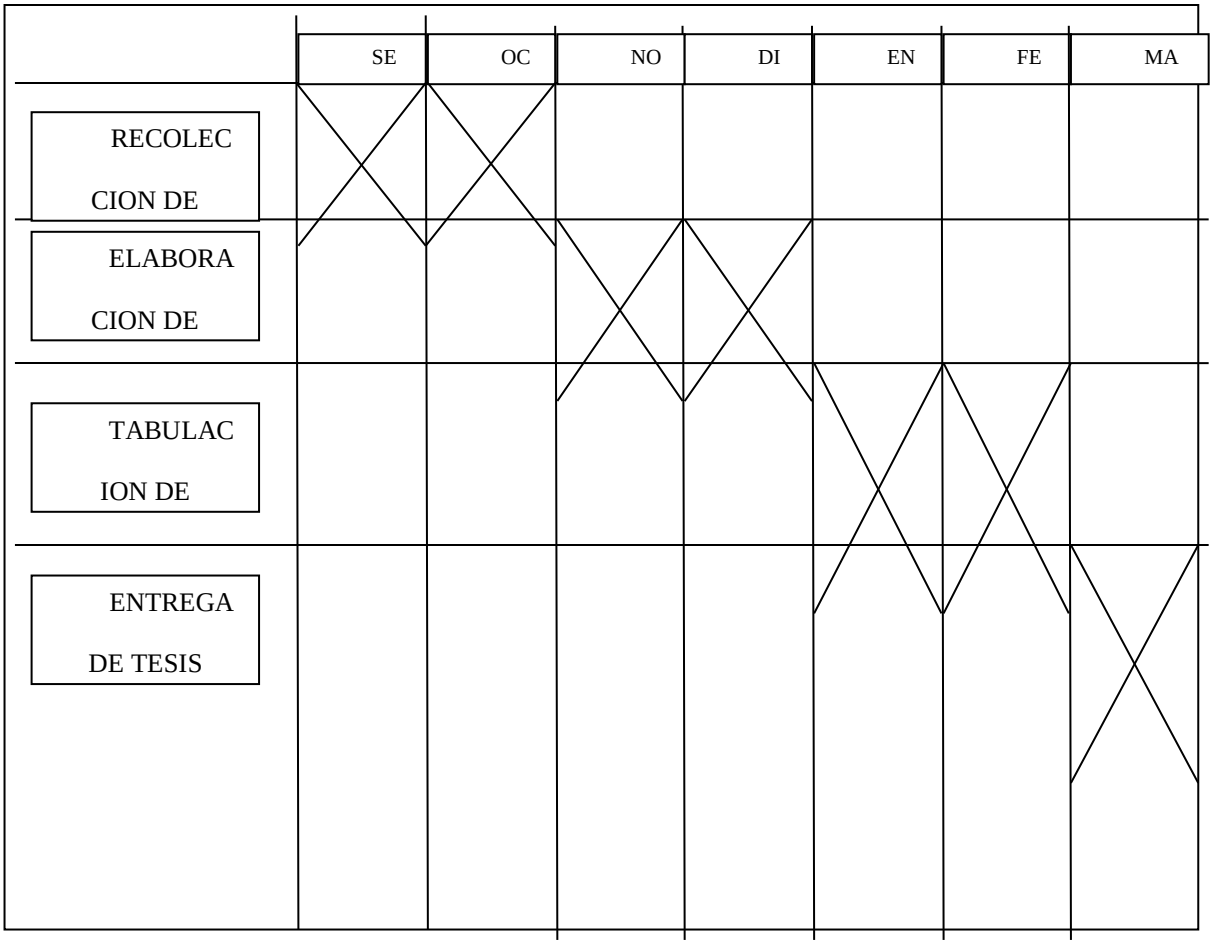
El estado garantizara el financiamiento de las prestaciones sociales atendidas por el fondo de solidaridad, en particular la de la maternidad gratuita y atención a la infancia, así como los recursos comprometidos por esa institución para los programas de desarrollo humano en ejecución hasta la culminación.

Con la plena autorización de las autoridades del Hospital "MATILDE HIDALGO DE PROCEL".y con la previa aprobación de las pacientes para poder iniciar con el cuestionario de preguntas.

3.3.7.- PRESUPUESTO

Este proyecto fue autofinanciado por los autores para su realización.

3.3.8.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



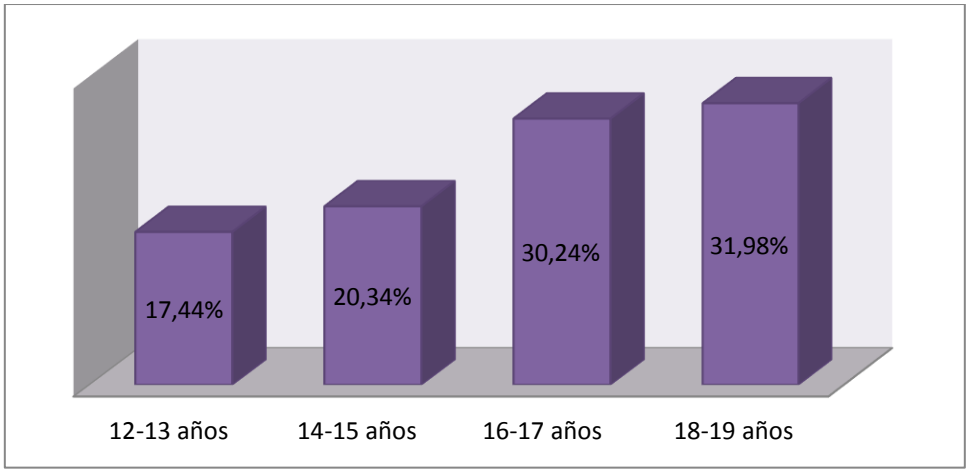
3.3.9 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA N° 1

EMBARAZOS EN ADOLESCENTES SEGÚN LA EDAD EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
12-13 años	30	17,44%
14-15 años	35	20,34%
16-17 años	52	30,24%
18-19 años	55	31,98%
TOTAL	**172**	**100%**

GRÁFICO 1



Fuente: Encuestas realizadas en el materno "Matilde Hidalgo De Procel" 2016-2017**Elaborado por:** Johana soledispa y Diana paladines.

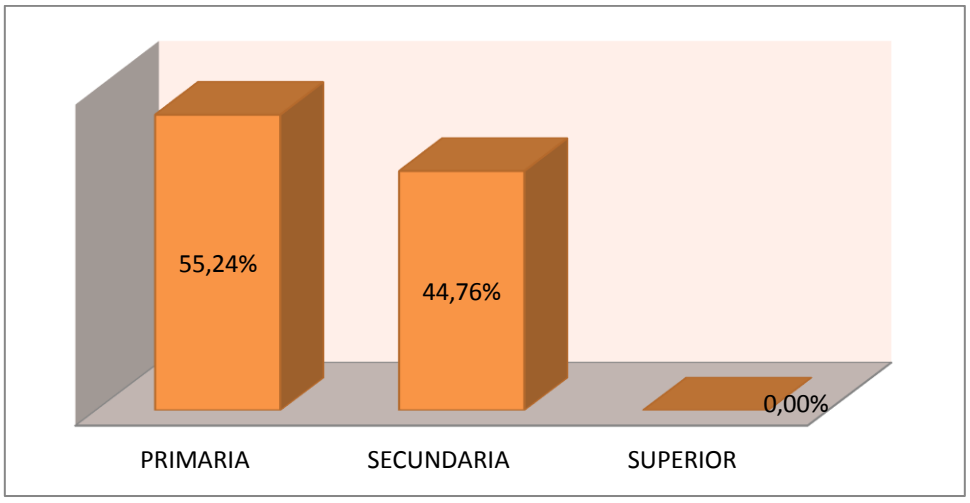
Interpretación Y Análisis: la tabla y el gráfico #1muestra que las adolescentes que alcanzaron un mayor porcentaje de embarazos corresponden a la grupo etario de 18-19 años que alcanzaron 31,98% , el 30,24% de edad entre 16-17 años, el 20,34% de edad entre 14-15 años, el 17,44% de edad entre 12-13 años de edad. Por lo tanto en el total de 172 adolescente embarazadas encuestados argumentaban que ya sintiendo ser mayores de edad podia tomar sus propias decisiónes y conllevar un embarazo a temprana edad.

TABLA N° 2

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO ENADOLESCENTES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

NIVEL EDUCATIVO	TOTAL	PORCENTAJE
BAJO	95	55,24%
MEDIO	77	44,76%
SUPERIOR	0	0,00%
TOTAL	172	100,00%

GRÁFICO 2



Fuente: Encuestas realizadas en el materno "Matilde Hidalgo De Procel" 2016-2017

Elaborado por: Johana soledispa y Diana paladines.

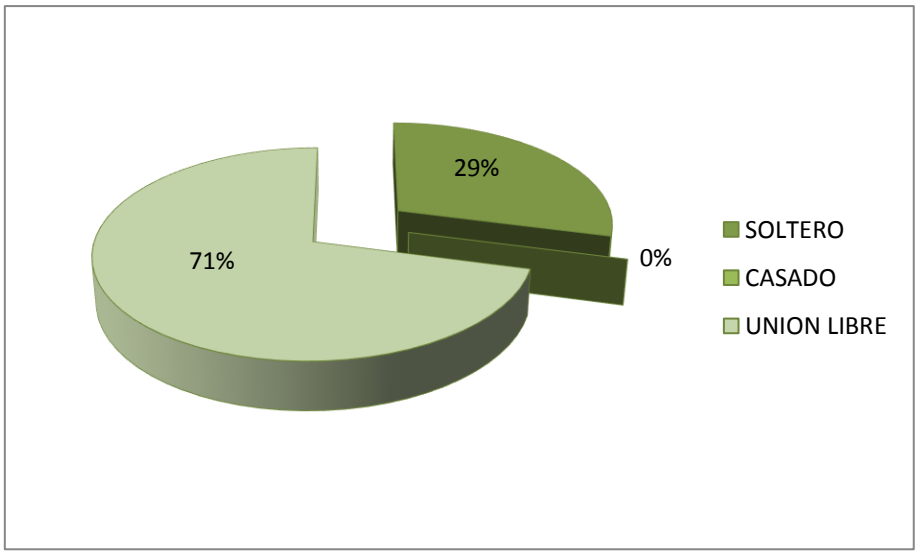
Interpretación Y Análisis:la tabla y el gráfico #2 muestran que el embarazo en adolescentes es mas frecuentes en las adolescentes de nivel bajo de 55,24% y seguidas del nivel medio que llevo 44,76%. y mientras que no se presentaron adolescentes embarazadas que esten cursando estudios superores. Lo quenos confirma la creencia general que en el embarazo en la dolescencia influye el nivel cultural y educativo.

TABLA N° 3

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN EL ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

ESTADO CIVIL	TOTAL	PORCENTAJE
SOLTERAS	50	29,06%
CASADAS	0	0%
UNION LIBRE	122	70,94%
TOTAL	**172**	**100,00%**

GRÁFICO 3



Fuente: Encuestas realizadas en el materno "Matilde Hidalgo De Procel" 2016-2017

Elaborado por: Johana soledispa y Diana paladines.

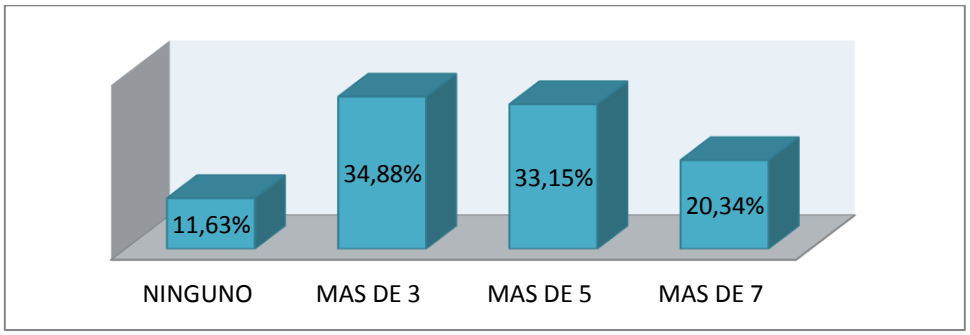
Interpretación Y Análisis: La tabla y gráfico# 3 muestran que el embarazo en la adolescencia predomina en las pacientes de unión libre que alcanzaron el 71% , seguidas por las adolescentes embaradas solteras con el 29%, mientras que en la muestrano hubieron pacientes dolescentes embarazdas casadas. Esto nos confirma la marcada inmadurez de las adolescentes y que por lo tanto no estanpreparadas para la maternidad.

TABLA N ° 4

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN EL CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

CONTROL PRENATAL	# PACIENTES	PORCENTAJE
NINGUNO	20	11,63%
MAS DE 3	60	34,88%
MAS DE 5	57	33,15%
MAS DE 7	35	20,34%
TOTAL	**172**	**100,00%**

GRÁFICO N°4



Fuente: Encuestas realizadas en el materno "Matilde Hidalgo De Procel" 2016-2017

Elaborado por: Johana soledispa y Diana paladines.

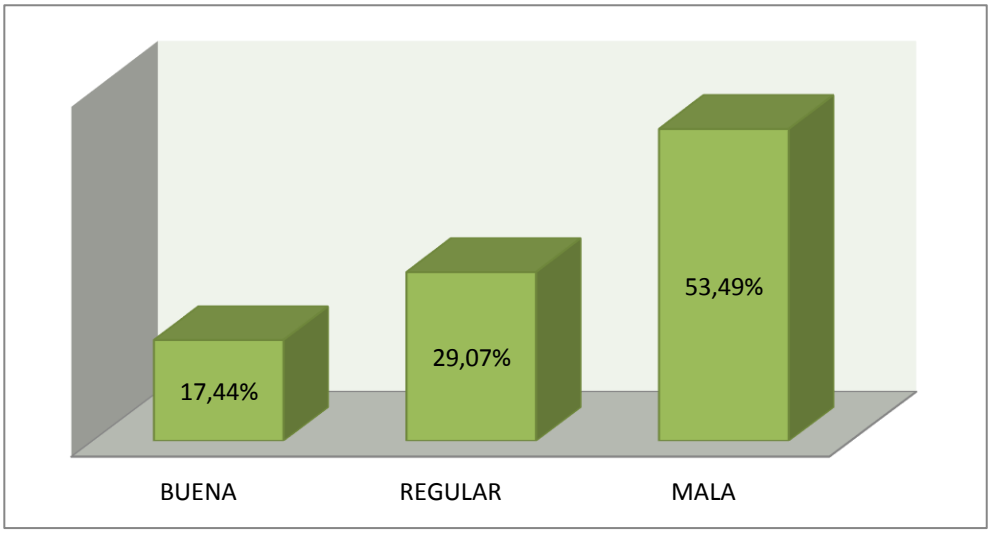
Interpretación Y Análisis: la tabla y gráfico#4 muestranque entre las adolescentes embarazas del estudios predominaron las que se realizaban mas de 3 controles que alcanzaron el 34,88%, seguidas por el 33,15% que se realizron mas de 5 controles y en tercer lugar con el 20,34% que se realizaron mas de 7 controles. en ultimo lugar estuvieron las que no se realizaron ningun control durante el embarazo que llegaron al 11,63%. Como se puede ver claramente el numero de controles prenatales en las adolescentes embarazadas fue (bajo mas de 3 controles) seguramente esto se debe a que las adolescentes embarazadas son dependientes de los padres o familiares cercanos y ellos no cuentan con las disposición económica y de tiempo que necesita una embarazada.

TABLA N° 5

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN A.DOLESCENTES SEGÚN EL TIPO DE RELACIÓN CON LOS PADRES EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

RELACIÓN	TOTAL	PORCENTAJE
BUENA	30	17,44%
REGULAR	50	29,07%
MALA	92	53,49%
TOTAL	**172**	**100,00%**

GRÁFICO N° 5



Fuente:Encuestas realizadas en el materno "Matilde Hidalgo De Procel" 2016-2017.

Elaborado por: Johana soledispa y diana paladines.

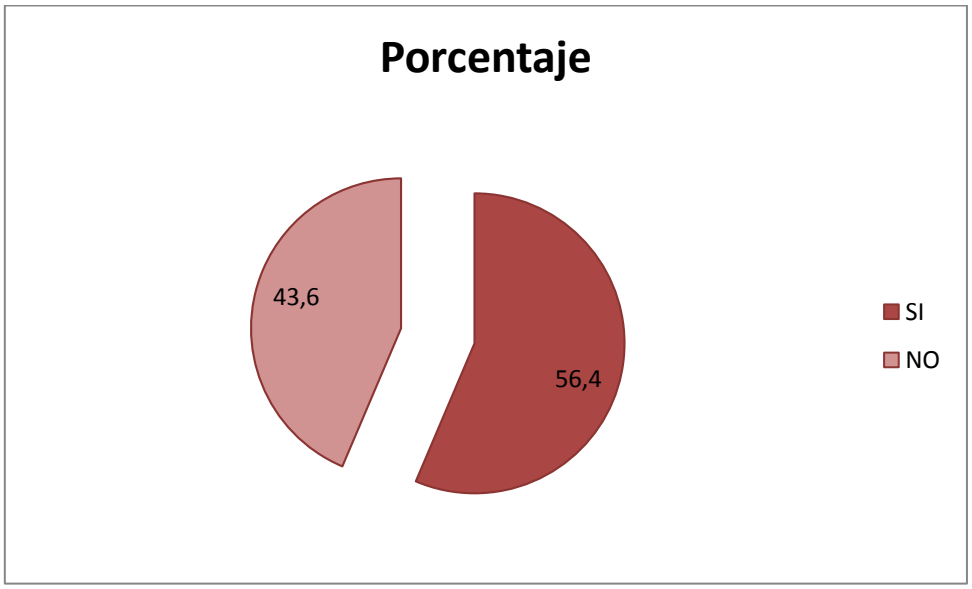
Interpretación Y Análisis:la tabla y gráfico # 5 muestran que el mayor procentaje de adolescentes del estudio realizado manteníanmalas relaciones con sus padres alcanzando un 53,49%, seguida de las que mantenían una regular con el 29,07% y por ultimolas adolescentes que mantenían una buena relacióncon con el 17,44%. Lo que demuestra en que las adolescentes embarazadas en su mayoría utilizan como justificación a su maternidad prematura la mala relación con sus padres y los culpan de su situación las falta de comprensión según ellas.

TABLA N ° 6

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES POR FALTA DE CONOCIMIENTO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

CONOCIMIENTO	PACIENTES	PORCENTAJES
Conocimiento errado	97	56.4
No tienen conocimiento	75	43.6
Total	172	100

GRÁFICO N 6



Fuente: Encuestas realizadas en el materno "Matilde Hidalgo De Procel" 2016-2017

Elaborado por: Johana soledispa y diana paladines.

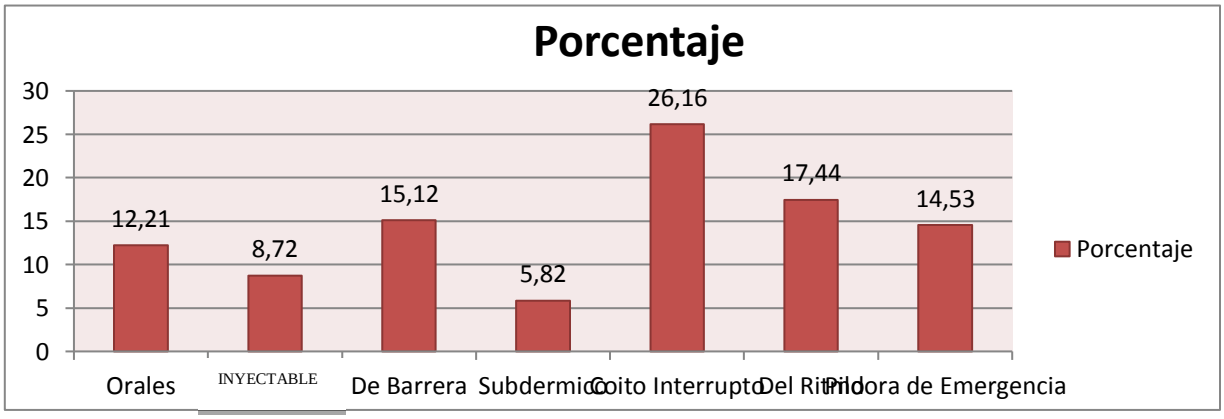
Interpretación Y Análisis: la tabla y gráfico # 6 muestran que el mayor procentaje de adolescentes que participaron en el presente estudio tenian concocimientos errados sobre planificación familiar alcanzando un 56,40%, mientras que las que no tenian conocimiento llego a un 43.60%. lo que demuestra que las adolescentes embarazdas en su mayoría no tenian claro concepto sobre planificación familiar.

TABLA N ° 7

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTE POR EL MAL EMPLEO DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

ANTICONCEPTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Orales	21	12.21%
Inyectables	15	8.72%
De Barrera	26	15.12%
Implantes Subdermicos	10	5.82%%
Coito Interruptus	45	26.16%
Del Ritmo	30	17.44%
Píldora de Emergencia	25	14.53%
Total	172	100%

GRÁFICO N °7



Fuente: Encuestas realizadas en el materno "Matilde Hidalgo De Procel" 2016-2017**Elaborado por:**Johana soledispa y diana paladines.

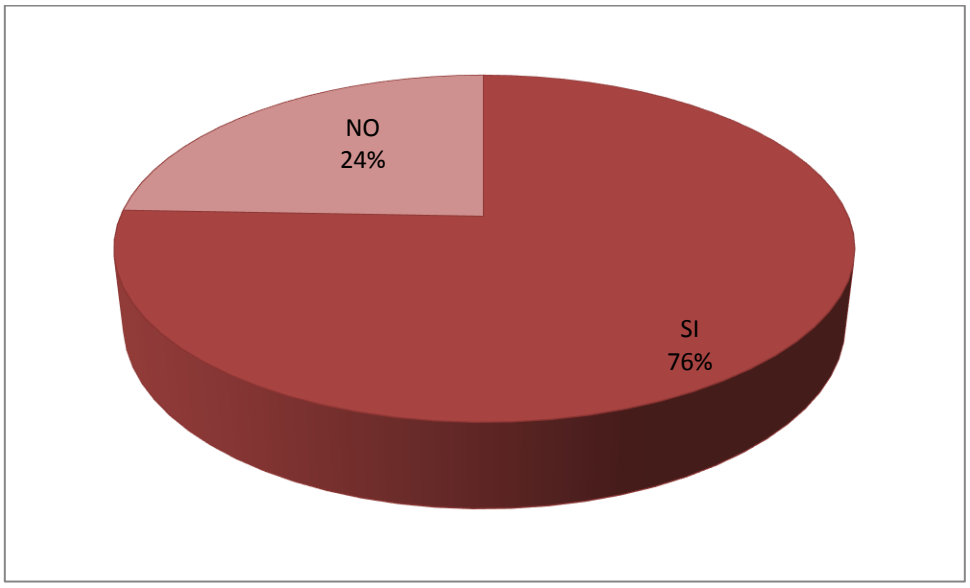
Interpretación Y Análisis: En la tabla y gráfico # 7lo que mas sobre sale es que las adolescentes utilizaban era el coito interruptus como método de planificación familiar que alcanzo un 26.16%,también nos llama la atención es que empleaban erroniamente la píldora del día después como un método anticonceptivo llegando a un14,53%.

Tabla N ° 8

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN PERCEPCIÓN DE RECHAZO DE LAS ADOLESCENTES EN SU ENTORNO EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

RECHAZO	TOTAL	PORCENTAJE
SI	130	75,58%
NO	42	24,42%
TOTAL	**172**	**100,00%**

GRÁFICO N°8



Fuente: Encuestas realizadas en el materno "Matilde Hidalgo De Procel" 2016-2017

Elaborado por: JOHANA SOLEDISPA Y DIANA PALADINES.

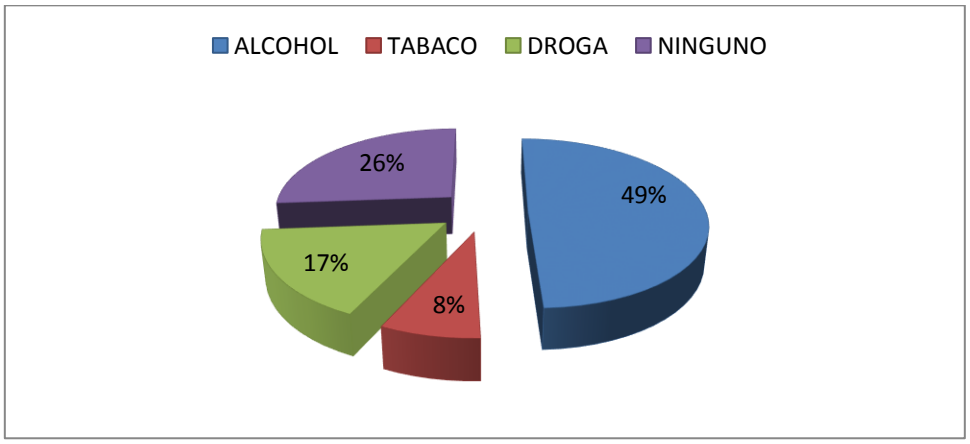
Interpretación Y Análisis: La tabla y gráfico # 8 muestra que el 75,58% de las adolescentes se sentian rechazas por sus padres, mientras que el el 24,42% no sentían ningún tipo en su rechazo en su entorno. Entendiéndosepor rechazo el favoritismo y la falta de comprensión que según las adolescentes demostraban los padres por sus hermanos lo que influyó para tomar la determinaciónde huir de sus hogares e ir a compartir la vida con sus parejas.

TABLA N °9

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS ADVERSAS EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

SUSTANCIAS	TOTAL	PORCENTAJE
ALCOHOL	85	49,41%
TABACO	13	7,55%
DROGA	29	16,86%
NINGUNO	45	26,18%
TOTAL	**172**	**100,00%**

GRÁFICO N° 9



Fuente: Encuestas realizadas en el materno "Matilde Hidalgo De Procel" 2016-2017

Elaborado por:JOHANA SOLEDISPA Y DIANA PALADINES.

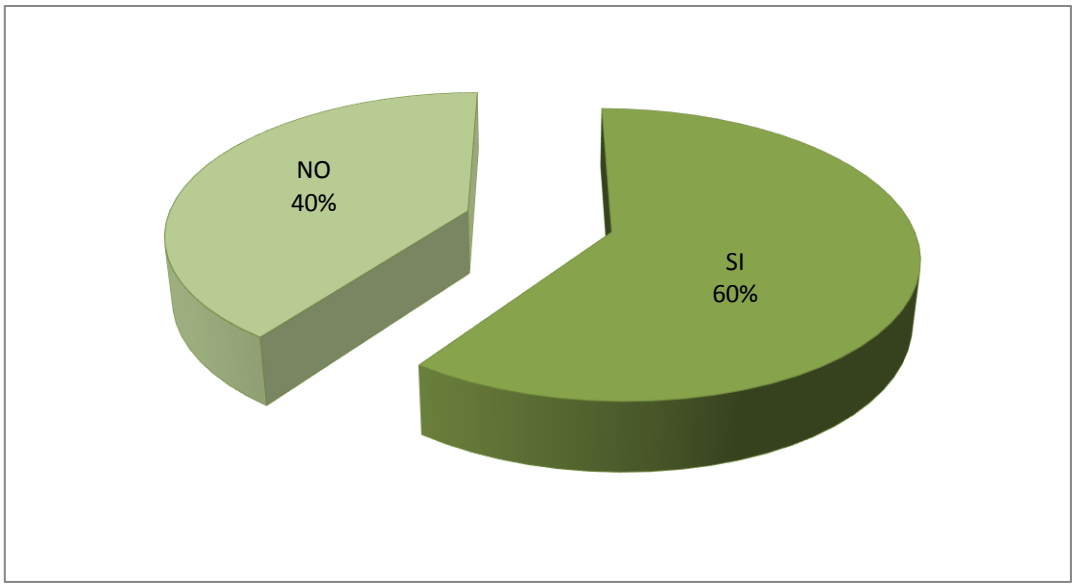
Interpretación Y Análisis: La tabla y gráfico# 9muestra que el consumo de sustancias adversas que infuyó el mayor porcentaje para que se produzca el embarazo en la aolescentes fue el consumo de alcohol que llego el 49,41%, seguida por el consumo de drogas que llego 16,18 % luego le sigue el tabaquismo con el 7,55%, mientras que el 26,18% no ha consumido ningún tipo de sustancia. Lo que demuestra que la mayoria de adolescentes no tiene una buena orientación en su hogar ni en los colegios y por lo tanto son víctimas de las influencias negativas de su entorno .

TABLA # 10

FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN VIOLENCIA FÍSICA O VERBAL EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

VIOLENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
SI	103	59,88%
NO	69	40,12%
TOTAL	**172**	**100,00%**

GRÁFICO N° 10



Fuente: Encuestas realizadas en el materno "Matilde Hidalgo De Procel" 2016-2017

Elaborado por: JOHANA SOLEDISPA Y DIANA PALADINES.

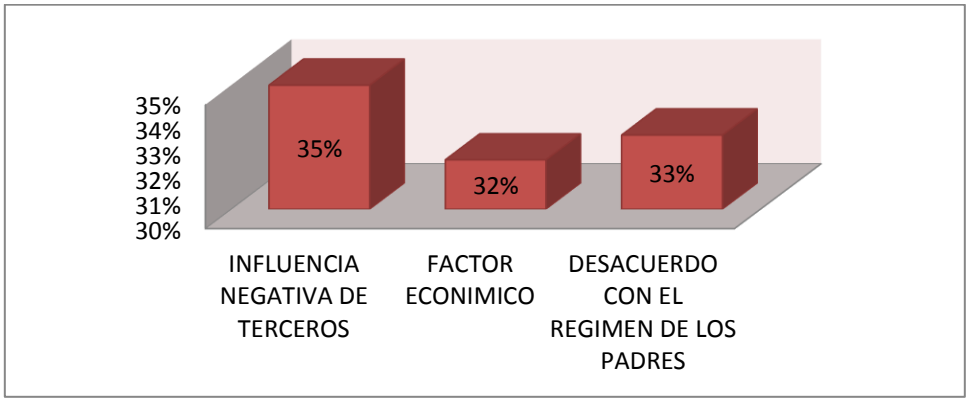
Interpretación Y Análisis: La tabla y gráfico # 10 muestra que el 59,88% son victimas a base de violencia física o verbal y seguido el 40,12% no ha recibido ningún tipo de violencial. Aunque en la entrevista personal pudimos constantar que ellas consideran violencia a la restrición del libertinaje que gran parte de la juventud actual quiere tener.

TABLA N° 11

FACTORES DE RIESGOS QUE INFLUYEN EN EL INCREMENTO EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.

FACTOR DE RIESGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFLUENCIA NEGATIVA DE TERCEROS	60	**35%**
FACTOR ECONOMICO	55	**32%**
DESACUERDO CON EL REGIMEN DE LOS PADRES	57	**33%**
TOTAL	**172**	**100%**

GRÁFICO N° 11



Fuente: Encuestas realizadas en el materno "Matilde Hidalgo De Procel" 2016-2017

Elaborado por: JOHANA SOLEDISPA Y DIANA PALADINES.

Interpretación Y Análisis: La tabla ygráfico # 11 muestran que según el argumento de las adolescentes el 35% tenían influencias negativas de terceros (amigos) , seguido de las las adolescentes que estaban en desacuerdo con el régimen de los padres con un 33%. y por ultimo el factor económico con un 32% por los resultados de estas variantes podémos deducir que las adolescentes que formaron parte del estudio en su mayoría salieron embarazadas por que según ella estaban viviendo una situación caótica en sus hogares y consideraban una manera de escape de esa situacion.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

De acuerdo a nuestro estudio realizado el 31.98 % de las pacientes adolescentes embarazadas correspondían al grupo etario de 18 a 19 años de edad, mientras que el grupo etario de 16 a 17 años de edad llego el 30.24 %. En tercer lugar las adolescentes de 14 a 15 años, con un 20.34% de embarazos, seguidas grupo etario de 12 a 13 años con el 17.44%. en cambio en el estudio realizado en san Martin Mendoza de octubre /2012, determinó que las adolescentes embarazadas entre 18 a 19 años alcanzo un 29.5 %, mientras que el grupo de 16 a 17 años de edad llegaron al 27.5 %, el grupo etario 14 a 15 años de edad logro el 27 % de embarazos y por último de 12 a 13 años de edad llego al 16%. Como podemos apreciar las variantes entre nuestro estudio en relación del estudio de argentina oscila entre el 2 a 3 % excepto el del grupo etario de 14 a 15 años de edad que en nuestro estudio fue menor en un 6.66 %con relación al grupo argentino.Según el nivel educativo en nuestro trabajo el embarazo en las adolescentes el nivel bajo llego al 55.24%, seguido del nivel medio con el 44.76%. En el estudio Argentino el nivel bajo llego al 39 %, mientras que el nivel medio alcanzó el 61%. Se puede evidenciar claramente de en nuestro estudio predomino el embarazo en la adolescencia el nivel bajo mientras que el trabajo argentino predomino el nivel medio

En nuestra investigación según el tipo de relación que mantienen las adolescentes con los padres el embarazo alcanzo un porcentaje del 53.49% en las que refirieron una mala relación, seguida del 29.07% con una relación regular y por ultimo 17.44% con una buena relación. En comparación con el otro estudio argentino las que tenían mala relación alcanzo el 43%, seguido por el 36% de las que tenían relaciones regulares y por ultimo con un 21 % de las que tenían buenas relaciones. Cómo se apreciar la mayoría de las adolescentes justificaba su embarazo precoz debido a la mala relación que mantienen con los padres y buscando así salir del régimen de ellos.Mediante nuestro estudio realizado se demostró que la mayoría de adolescentes tenían conocimientos erróneos acerca de planificación familiar llegando al 56.40%, mientras que un 43.6% que no tenía conocimientos. En relación con el otro estudio las que tenían conocimiento llegaron al 73% y las que no tenían conocimiento llegaron al 27%. lo que demuestra que las adolescentes embarazadas en su mayoria presentaban conocimientos sobre planificación familiar errados.

CAPÍTULO V

CONCLUSIÓNES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

5.1.- CONCLUSIÓNES,

Después de haber realizado nuestro trabajo se puede concluir diciendo:

1. Que el principal factor de riesgo que incrementa el embarazo en la adolescencia es la influencia negativa de terceros

2.- Que el mayor porcentaje de las adolescentes tiene un conocimiento equivoco acerca de la planificación familiar.

3.- Que el embarazo precoz está aumentando el porcentaje de adolescentes que abandonan sus estudios eincrementan el bajo nivel socio económico y cultural.

5.2.- RECOMENDACIONES

1-Realizar campañas de educación para la salud dirigidas a las adolescentes donde se le impartirá conocimiento sobre la planificación familiar con el fin de evitar el embarazo durante esta etapa.

2- Incentivar la comunicación familiar entre los padres e hijos por de medio de talleres educativos de esta manera, el adolescente sienta la confianza y libertad para despejar las dudas que son de interés, propias a su edad.

3.-Organizar competencias deportivas y recreacionales a nivel de colegios y sectores barriales para mantenerlos física y mentalmente ocupados en actividades productivas para su salud.

5.3.- PROPUESTA

CAPACITACIONES Y TALLERES EDUCATIVOS EN LOS CENTROS DE SALUD PARA ADOLESCENTES Y PADRES DE FAMILIA

PROPÓSITOS

Educación médica dirigida a los profesionales de salud acerca de la importancia de una adecuada orientación sexual y reproductiva a los adolescentes y padres de familia. Para que organicen talleres dirigidos a este grupo vulnerables y de esta manera disminuir el porcentaje de embarazos durante la adolescencia.

JUSTIFICACIÓN

El embarazo durante la adolescencia es un motivo de preocupación permanente para las profesionales de la obstetricia, lo que nos indujo a realizar el presente trabajo de investigación, ya que el embarazo precoz es un riesgo al que está expuesta toda adolescente tanto físico, como Psíquico y emocional.

Lo que motivó a conocer los principales factores que influyen en las adolescentes que se embarazan de forma prematura, generalmente por inmadurez lo que va ocasionar complicaciones maternas y fetales. Se consideró que conociendo los principales factores que influyen en el embarazo precoz; nos servirá, en un futuro cercano como profesionales para orientar a las adolescentes y así disminuir los factores que influyen en un embarazo no deseado durante esta etapa de la adolescencia

La importancia de la propuesta, radica en la necesidad de generar acciones que beneficie a este grupo vulnerable.

CAPACITACIONES Y TALLERES EDUCATIVOS

- Videos educativos acerca de los cambios fisiológicos de su cuerpo.
- Talleres educativos con el fin de Inculcar valores y mejorar la relación en su entorno familiar.
- Ofertar los diferentes métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFÍA

Américas, O. (2012). *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jovenes.* Recuperado el 10 de 3 de 2017, de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf: http://new.paho.org

J Guadalupe Panduro Barón, *. P. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. En J. G. Barón, *embarazo en adolescente* (pág. 696). mexico, mexico.

Knobel, A. A. (2012). *file:///C:/Users/JoEl/Downloads/La_adolescencia_normal_Un_enfoque_psicoa%20(1).pdf.* Recuperado el 2 de 3 de 2017, de La adolescencia normal Un enfoque psicoanalítico: file:///C:/Users/

López, M. J. (actualizado 2013). adolescencia. *Rev Cubana Pediatr v.82 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2010*.

MARÍA VICENTA MESTRE1 ANA MARÍA TUR. (2014). ESTILOS DE CRIANZA EN LA ADOLESCENCIA Y SU RELACIÓN CON EL COMPORTAMIENTO PROSOCIAL. *revista latino americana de psicologia*, 4.

Martínez-Pampliega, R. S. (2013). intervención comunitaria con adolescentes y familias en riesgo . barcelona-gao.

Obstetricia, S. E. (2 de 2013). *Embarazo en la adolescencia (actualizado febrero 2013).* Recuperado el 18 de 3 de 2017, de file:///C:/Users/JoEl/Downloads/S0304501314001745_S300_es%20(1).pdf: http://www.elsevier.es/es

OMS. (2013). *planificacion familiar* . Recuperado el 20 de 3 de 2013, de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/: http://www.who.int

OMS. (2017). *desarrollo de la adolescencia.* Recuperado el 10 de 3 de 2017, de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/: http://www.who.int

Paula León1, M. M. (2008). Embarazo adolescente . *pedriatica electronica*, 43.

Paula León1, M. M. (2014 actualizado). Embarazo adolescente. *pedriatica electronica*, 43.

Rodríguez Gázquez, M. d. (2012). *Factores de riesgo para embarazo adolescente.* Recuperado el 6 de 3 de 2017, de file:///C:/Users/JoEl/Downloads/159013072007.pdf: file:///C:/Users

Valencia, A. M. (4 de 5 de 2013). Perinatología y reproduccion humana. En A. M. Valencia, *Perinatología y reproduccion humana* (pág. 79). mexico.

Valencia, A. M. (4 de 5 de 2015). Perinatología y reproduccion humana. En A. M. Valencia, *Perinatología y reproduccion humana* (pág. 79). mexico.

ANEXOS

FORMATO DE ENCUESTA

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE OBSTETRICIA

ENCUESTAS DE INVESTIGACIÓN

1.- EDAD. ? _____

2.-NIVEL EDUCATIVO?

BAJO_____

MEDIO_____

SUPERIOR_____

3.- ESTADO CIVIL. ?

SOLTERO ☐ CASADO ☐ UNION LIBRE ☐

4CUÁNTOSCONTROLES UD SE REALIZÓEN SU EMBARAZO. ?

NINGUNO

MÁS DE 3

MÁS DE 5

MÁS DE 7

5. QUÉ TIPO DE RELACIÓNLLEVA UD CON SUS PADRES?

BUENA ☐ MALA ☐ REGULAR ☐

6.- UD TIENE CONOCIMINETO SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

SI ☐

NO ☐

7. QUE MÉTODO ANTICONCEPTIVO UD HA UTILIZADO

ORALES

INYECTABLES

DE BARRERA

IMPLANTES SUBDERMICOS

COITO UNTERRUPTUS

MÉTODO DEL RITMO

PÍLDORA DE EMERGENCIA

8. UD A SENTIDO ALGÚN TIPO DE RECHAZO EN TU ENTORNO?

SI ☐ NO ☐

9.- UD HA CONSUMIDO ALGÚN TIPO DE SUSTANCIASADVERSAS?

ALCOHOL ☐ TABACO ☐ DROGA ☐

NINGUNO ☐

10.- HA RECIBIDO ALGÚN N TIPO DE VIOLENCIA FISICO O VERBAL?

SI ☐ NO ☐

11. CUÁLCONSIDERA QUE FUE EL FACTOR DETERMINANTE PARA EMBARAZARSE A TEMPRANA EDAD?

INFLUENCIA NEGATIVA DE TERCEROS ☐

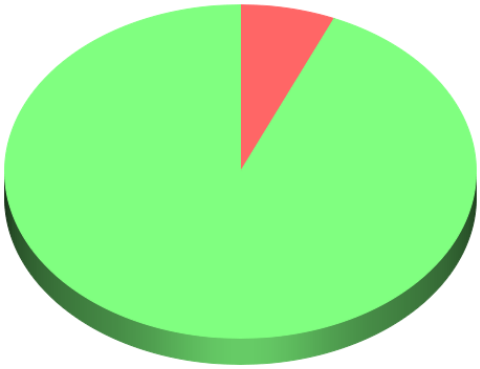
FACTOR ECONÓMICO ☐

DESACUERDO CON EL REGIMEN DE LOS PADRES ☐

Analysed by Plagius - Plagiarism Detector 2.3.4
24 April 2017 15:52

Result of analysis

File: tesis corregida j.docx



Statistics

Suspicious expressions on the Internet: **6.5%**
Percentage of expressions found on the internet
Suspicions validated: **0%**
Confirmed the existence of the sentences in the urls
Analysis success: **99.54%**
Percentage of successful searches, indicates the quality of the analysis, bigger is better.

Urls most relevant

URL	Occurrences	Similarity
http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-embarazo-adolescencia-actualizado-febrero-2013--S0304501314001745	28	16.3 %
http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf	21	-
http://yahi-m.blogspot.com/2007/09/el-sindrome-de-la-adolescencia-normal.html	19	15.5 %
https://de.slideshare.net/DiegoMori2/barrozo-mariela	14	15.03 %
http://fr.slideshare.net/stephaniemosquerarodriguez/embarazo-adolescente-48030054	14	15.05 %
http://html.rincondelvago.com/adolescencia_26.html	12	14.08 %

Analysed text

UNIVERSIDAD ESTATAL GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTETRICIA

TEMA:
FACTORES DE RIESGOS QUE INCREMENTAN EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA. MATERNIDAD MATILDE HIDALGO DE PROCEL. SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017.
TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE OBSTETRA
AUTORES
DIANA PALADINES ERAZO
JOHANA SOLEDISPA PIBAQUE
TUTOR
OBST BEATRIZ MORAN RIVAS

2017
GUAYAQUIL – ECUADOR