



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSE APOLO PINEDA”

FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS EN
ADOLESCENTES EN EL SUBCENTRO JUAN
BAUTISTA AGUIRRE DE DAULE PERIODO
2007- 2012

Tesis presentada como requisito para optar por el grado
de magíster en Salud Pública.

Maestrante

Md. Juan Carlos Calderón Reza

Nombre del Tutor
Dr. Carlos Correa Zea

Guayaquil Ecuador
2014



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSE APOLO PINEDA”

FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS EN
ADOLESCENTES EN EL SUBCENTRO JUAN
BAUTISTA AGUIRRE DE DAULE PERIODO
2007- 2012

Tesis presentada como requisito para optar por el grado
de magíster en Salud Pública.

Maestrante

Md. Juan Carlos Calderón Reza

Nombre del Tutor
Dr. Carlos Correa Zea

Guayaquil Ecuador
2014

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
“DR. JOSÉ APOLO PINEDA”

Esta Tesis cuya autoría corresponde al **Md. Juan Carlos Calderón Reza** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado nominado por la Universidad de Guayaquil, como requisito parcial para optar el Grado de **MAGISTER EN SALUD PÚBLICA**.

Dr. Washington Escudero Doltz
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Dra. Cecilia Rosero Armijos
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Miguel Álvarez Avilés
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Abg. Mercedes Morales López
SECRETARIA
FAC. PILOTO DE ODONTOLOGÍA

CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER EN **SALUD PÚBLICA**, DE LA FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR EL SR. MEDICO JUAN CARLOS CALDERON REZA CON C.I. 0923580690.

CUYO TEMA DE TESIS ES” **FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN EL SUBCENTRO JUAN BAUTISTA AGUIRRE DE DAULE PERIODO 2007-2012 “**

REVISADO Y CORREGIDO QUE FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

DR. CARLOS CORREA ZEA

TUTOR

CERTIFICADO DEL GRAMÁTICO

Dr. Luis Dominguez Medina, con domicilio ubicado en Guayaquil; por medio del presente tengo a bien **CERTIFICAR:** Que he revisado la tesis de grado elaborada por el Sr. Md. Juan Carlos Calderón Reza con C.I.0923580690, previo a la Obtención del título de **MAGISTER EN SALUD PUBLICA**

TEMA DE TESIS: “FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN EL SUBCENTRO JUAN BAUTISTA AGUIRRE DE DAULE PERIODO 2007- 2012”

La tesis revisada ha sido escrita de acuerdo a las normas gramaticales y de sintaxis vigentes de la lengua española.

Dr. Luis Dominguez Medina.

C.I. 0911529139

de registro 1006-03-405478

Celular: 0985224899

DEDICATORIA

Le dedico mi esfuerzo a Dios, es el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar.

De igual manera, a mis Padres, a quienes les debo todo, les agradezco el cariño y su comprensión, a ustedes quienes han sabido formarme con buenos sentimientos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre la superación personal

A mis maestros antiguos y presentes, gracias por sus enseñanzas, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Primero dar gracias a Dios, por estar junto a mí en cada paso, por fortalecer mi corazón e iluminarme y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante toda la colegiatura.

Agradecer hoy y siempre a mi familia por el esfuerzo realizado. El apoyo cada día, sin ellos no hubiese sido posible. A mi esposa ya que me brindan el apoyo y fortaleza necesaria para seguir adelante.

I

RESUMEN

El embarazo en la adolescencia es un problema de Salud Pública de primer orden en la actualidad; definido como la gestación durante la etapa de la adolescencia, esto conducirá a diversos trastornos, no solo físicos, sino también psicológicos y sociales, estas adolescente puede requerir de varias consultas con un especialista para que le explique todas las opciones disponibles evitando así el sentimiento de frustración muy frecuente ante esta problemática.

Se debe estimular y ayudar a las adolescentes embarazadas y a las que ya han dado a luz recientemente a no caer en la deserción académica, para ser mejores padres y poder encargarse de su hijo afectivo y económicamente. El cuidado infantil accesible y de costo apropiado es un factor muy importante para que las madres adolescentes continúen sus actividades escolares y puedan ingresar a la fuerza laboral.

Palabras clave:

Embarazo

Adolescencia

Deserción académica

Cuidado infantil

Frustración

II

SUMMARY

the adolescent pregnancy is a problem of public health of first order nowadays; defined as the gestation during the adolescence, this will lead to various disorders, not only physical but also psychological and social, these adolescent would require several consultations by specialist to explain all options available avoiding the feeling of very frequent frustration at this problem. It should be encouraged and assist pregnant teens and they already have given birth recently to avoid academic attrition, to be better parents and be able to take care of your emotional child and economically. The appropriate cost and accessible child care is a very important factor for teenagers mothers to continue their schooling and can enter the labor force.

Key words:

Pregnancy

Teenager

Academic drop-out

Child care

Frustration

III

INDICE

RESUMEN Y SUMARIO

I	INTRODUCCION	1
1.1	Planteamiento del problema	1
1.1.1	Determinación del problema	2
1.1.2	Preguntas de investigación	3
1.1.3	Justificación	4
1.1.4	Viabilidad	4
1.2	Formulación de los objetivos	5
1.2.1	Objetivos generales	5
1.2.2	Objetivos específicos	5
1.3	Hipótesis	5
1.4	Variables	5
1.5	Operacionalización de Variables	6
II.-	MARCO TEORICO	8
2.1	Definición de embarazo.	8
2.2	Definición de adolescencia	10
2.3	Embarazo en adolescentes en el mundo	10
2.4	Embarazo en adolescentes en el Ecuador	12
2.5	Embarazos prematuros	13
2.6	Maternidad conflictiva	19

2.7 Aplicación práctica de los resultados	21
III.- MATERIALES Y METODOS	21
3.1 Materiales	21
3.1.1 Lugar de investigación	21
3.1.2 Periodo de investigación	21
3.1.3 Universo	21
3.1.4 Muestra	21
3.1.5 Criterios de inclusión y exclusión	21
3.2 Tipo de investigación	22
3.2.1 Diseño de la investigación	22
3.2.2 Técnica de recolección de datos	22
3.3 Recursos empleados	22
IV.- RESULTADOS Y DISCUSION	23
V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	55
VI.- BIBLIOGRAFÍA	58
VII. ANEXOS	63



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT

SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: *Factores de riesgo en embarazos en adolescentes en el subcentro Juan Bautista Aguirre de Daule periodo 2007- 2012*

AUTOR/ ES:
Md. Juan Carlos Calderón Reza.

REVISORES:
Msc. Dr. Carlos Correa Zea

INSTITUCIÓN: *Universidad de Guayaquil*

FACULTAD: Piloto de Odontología

CARRERA: *Maestría en Salud Pública*

FECHA DE PUBLICACION: *7 de Diciembre del 2013*

Nº DE PÁGS: *70*

ÁREAS TEMÁTICAS:

El embarazo en los adolescentes como problema de salud pública, determinar factores que ponen en riesgo a los adolescentes de tener embarazo.

PALABRAS CLAVE: *Embarazo, adolescencia, deserción académica, cuidado infantil, frustración*

RESUMEN: *El embarazo en la adolescencia es un problema de Salud Pública de primer orden en la actualidad; definido como la gestación durante la etapa de la adolescencia, esto conducirá a diversos trastornos, no solo físicos, sino también psicológicos y sociales, estas adolescente puede requerir de varias consultas con un especialista para que le explique todas las opciones disponibles evitando así el sentimiento de frustración muy frecuente ante esta problemática. Se debe estimular y ayudar a las adolescentes embarazadas y a las que ya han dado a luz recientemente a no caer en la deserción académica, para ser mejores padres y poder encargarse de su hijo afectivo y económicamente. El cuidado infantil accesible y de costo apropiado es un factor muy importante para que las madres adolescentes continúen sus actividades escolares y puedan ingresar a la fuerza laboral*

Nº DE REGISTRO (en base de datos):

Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI X

NO

**CONTACTO CON
AUTOR/ES:**

Teléfono:
0994702387

E-mail:

**CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:**

Nombre:

Teléfono:

E-mail:

I.-INTRODUCCION.

El hecho de tener el primer hijo durante la adolescencia hace que una mujer tenga mayores probabilidades de tener más hijos tempranamente. Las madres adolescentes se atrasan aproximadamente dos años con respecto a su grupo de edad para completar sus estudios. Las mujeres que tienen su primer hijo durante los años de adolescencia tienen mayor probabilidad de vivir en mala situación económica.

Las madres adolescentes con antecedentes de abuso de sustancias son más propensas a reincidir en este comportamiento después del parto.

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad que las madres que ya pasaron esta etapa de tener un segundo hijo dentro de los dos años siguientes al primer hijo.

Los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar desarrollo no apropiado. Asimismo, las niñas que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidad de convertirse en madres adolescentes igualmente y los niños varones tienen mayor probabilidad de cometer actos delictivos.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones graves durante la gestación

Los bebés nacidos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 5 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La prematuridad juega el mayor papel en el bajo peso al nacer

Cuanto más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la chica sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo.

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.

Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada. Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social. Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que aproximadamente el 80% de estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres. Respecto a los factores de tipo social, el fundamental sería el bajo estatus socioeconómico y sociocultural que suelen tener estas pacientes

1.1.1 DETERMINACION DEL PROBLEMA.

La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello". Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada por su corta edad. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio del llamado "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele frustrarse en el logro de sus metas evolutivas, en la culminación de su educación, en establecer una vocación y conseguir su independencia económica

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, depresión, e inclusive, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las adolescentes embarazadas que entre sus homólogos sin esta problemática.

1.1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuáles son los principales factores para que se produzcan los embarazos en las adolescentes?

¿Cuál es la importancia de la educación sexual para prevenir los embarazos en adolescentes?

¿En que influye la migración familiar para que las adolescentes se embaracen?

¿Existe un algoritmo para identificar a las adolescentes en riesgo de embarazo?

¿Cuántas adolescentes después del embarazo no pueden ser insertadas en el plano laboral?

1.1.3 JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo se realizará al existir una manifestación clara, del fenómeno social que representan las altas tasas de embarazos en las adolescentes, que se registran en el Sub Centro Juan Bautista Aguirre de Daule, lo que es originado probablemente por las relaciones sexuales tempranas, la migración de sus tutores, la falta de planificación familiar y los anticonceptivos incorrectamente empleados

Ante esta realidad es necesario realizar un estudio y análisis de las razones por lo que este fenómeno educativo se está acrecentando en el Cantón Daule de la Provincia del Guayas y en todo el Ecuador.

Se debe destacar que la educación sexual es, en primer término permite desarrollar conocimientos de la sexualidad y los valores en los jóvenes, es una educación para el amor humano en sus expresiones conductuales y en sus contenidos psicoemocionales.

El ejercicio de la sexualidad prepara para la maternidad y la paternidad. Porque en la sociedad moderna, el hijo y su concepción no son únicamente el producto de uniones y transformaciones biológicas sino, sobre todo, el efecto de una preparación corporal, psicológica, académica, económica, que comenzó en la mujer y en el varón desde el momento de su nacimiento.

1.1.4 VIABILIDAD.

El presente proyecto es viable y factible puesto que cuenta con todos los recursos necesarios para su elaboración y ejecución, logrando que los usuarios del Sub Centro Juan Bautista Aguirre de Daule y la población en general conozcan los factores que producen los embarazos en las adolescentes.

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

1.2.1 OBJETIVO GENERAL.

Conocer los factores que incidieron en los embarazos de las adolescentes de 10 a 19 años inscritos en el denominado “Club del adolescente” del subcentro Juan Bautista Aguirre-Daule desde el 1 de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2012

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar los factores de riesgo para que se presenten los embarazos en las adolescentes en dicho sector geográfico.
2. Determinar las principales causas de los embarazos en adolescentes en la muestra de estudio.
3. Precisar las consecuencias más importantes que se presentan en los embarazos en la adolescencia.
4. Cuantificar el número de adolescentes embarazadas que no pudieron ser insertadas en el plano laboral.
5. Elaborar un algoritmo de identificación de la adolescente en riesgo de embarazo.
6. Proponer el algoritmo como parte del programa del Club del Adolescente.

1.3 HIPÓTESIS.

La prevalencia del embarazo en adolescentes cuyos tutores migraron es superior al 50% en la muestra de estudio.

1.4 VARIABLES.

Independiente

Embarazo en adolescentes.

Dependiente

Migración de tutores.

Interviniente

Promiscuidad

Educación Sexual

Nivel socio- económica

1.5 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

Variab	Definición	Dimensión	Indicador
Variable Dependiente: Migración de tutores	Es todo desplazamiento de la población desde su lugar de origen a otro destino. La Tutela tiene por objeto la guarda de la persona y/o sus bienes, cuando es incapaz de gobernarse por sí mismo por ser menor de edad o estar incapacitado.	Personas con parentesco encargada del cuidado de los adolescentes que migraron durante el periodo de investigación .	Cuantitativa por medio de las encuestas a la muestra de estudio.
Variable Independiente : Embarazo en adolescentes	Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, la OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.	Pacientes inscritos en el club del adolescente entre los 10 y 19 años embarazadas	De forma cuantitativa por medio de las encuestas a la muestra de estudio.

VARIABLES INTERVINIENTES: Promiscuidad	Condición sexual y psicológica de la persona que vive plenamente una sexualidad acorde al sexo ocasional o casual con varias personas.	Edad de inicio de relaciones sexuales en adolescentes de 10 a 19 años.	De forma cuantitativa, por la edad más frecuente de inicio de relaciones sexuales.
Educación sexual	Normas que permiten el desarrollo de la capacidad sexual, su coordinación con las demás facultades consiguiendo respeto y estima para el resto de personas.	Influencia de la educación sexual en los pacientes de 10 a 19 años.	Cualitativamente por medio de las encuestas la muestra de estudio
Nivel socio-económico	Es una medida de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus	Pacientes que pudieron continuar con sus estudios y/o laborar durante el periodo de investigación	Cuantitativo por medio de las encuestas obteniendo el resultado de si laboraron o estudiaron durante el periodo de

	ingresos, educación y empleo.	a pesar de ser madres.	investigación.
--	-------------------------------------	---------------------------	----------------

II. MARCO TEÓRICO.

2.1 DEFINICION DE EMBARAZO.

El embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos que se producen en la mujer a fin de proteger, nutrir y permitir el desarrollo fetal, como la interrupción de los ciclos menstruales y el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.¹

El embarazo humano dura aproximadamente 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación. El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo.

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo su material genético para dar lugar a la fecundación.

Dentro del útero, el feto está rodeado del líquido amniótico, y este a su vez por el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina

El embarazo supone diversos cambios somáticos que serán característicos sin importar la edad a la que se inicie la gestación. A medida que se extiende el útero, comprime la vejiga. Muchas mujeres refieren poliuria desde la primera semana tras la concepción. Esto también se debe al efecto de la progesterona, ya que es un potente relajante de músculo liso, esto mantiene el útero en reposo hasta el momento del parto

También ocurre congestión en las mamas debido al factor hormonal y la aparición del calostro. Puede aparecer durante la gestación por el aumento de la prolactina, Las areolas se vuelven más sensibles e hiperpigmentadas.

En la mayoría de las embarazadas se aprecian estrías abdominales y mamaria solo para citar ejemplos de los muy variados aspectos físicos que se modifican durante esta etapa de la vida del paciente en estudio.

El adecuado control médico jugara un papel fundamental en la búsqueda del equilibrio vital del producto y su madre quien se encuentra en un periodo rico en cambios no solo somático sino también psicológico.

De esta manera según cita la Norma y Protocolo de Normas Materno del Ministerio de salud de nuestro país en la página 27 refiriéndose al control prenatal:

” Actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a.

Los componentes que abarca son promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna y neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional. ”

2.2 DEFINICION DE ADOLESCENCIA.

Según la OMS, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años. La adolescencia inicial (pubertad) comienza frecuentemente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía abarca hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años.

Algunos psicólogos consideran que la adolescencia abarca hasta los 21 años e incluso algunos autores han extendido en estudios recientes la adolescencia a los 25 años. Hay poca evidencia de que este es el caso, sin embargo. Al estudiar el desarrollo del adolescente, la adolescencia puede ser definida biológicamente, como la transición física marcada por el inicio de la pubertad y la terminación del crecimiento somático, tanto como los cambios en la habilidad del pensamiento abstracto y multi-dimensional.

2.3 EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL MUNDO.

Es destacable la diferencia en las cifras de embarazos en adolescentes que varía incluso entre los países desarrollados como Estados Unidos e Inglaterra teniendo estos los niveles más alto de embarazos en adolescentes, mientras que Japón y Corea del Sur tienen los más bajos.

Esto se contraponen al conocimiento común que supone que los embarazos son directamente proporcional a la pobreza, por supuesto no siendo del todo excluyente si tomamos otros ejemplos, lo que nos hace pensar que deben haber otros factores además del económico que conduzcan al embarazo en adolescentes.

También es posible que sea la economía el desencadenante de los demás factores contemplados en esta tesis, volviendo probablemente al resto de variables independientes factores de segundo orden, ya que en busca de una superación económica,

estatus y satisfacción personal millones de habitantes de países subdesarrollados han optado por la migración, dejando en muchos casos a los adolescentes a su libre albedrío, con resultados negativos evidentes en nuestras sociedades.

Según Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor cantidad de embarazos de adolescentes en el mundo está en África, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Nigeria, por ejemplo, el 87% de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53% había dado a luz a un niño antes de la edad de 18.

Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o no tener un fácil acceso a su adquisición. También pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos.

En Estados Unidos las mujeres adolescentes sexualmente activas que desean evitar el embarazo tienen menos posibilidades que las de otras edades para el uso de anticonceptivos. Así, un 18% de las adolescentes entre 15 y 19 años no utilizan métodos anticonceptivos, frente a 10,7% de mujeres de 15 a 44 años.

En las adolescentes más del 80% de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos. El 23% de las mujeres jóvenes sexualmente activas admitió haber tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que no utilizó un preservativo, mientras que el 70% de las adolescentes manifestaron que les daba vergüenza

comprar preservativos o cualquier otro anticonceptivo y también solicitar información a un médico.

En muchos casos se usan métodos anticonceptivos pero de modo inadecuado. Muchos adolescentes sin experiencia puede usar el condón incorrectamente y las adolescentes se olvidan tomar con cierta frecuencia los anticonceptivos orales. Las tasas de fracaso anticonceptivo son mayores en las adolescentes, especialmente en los pobres, que para las usuarias de más edad.

Los métodos reversibles a largo plazo, tales como el dispositivo intrauterino, el anticonceptivo subdérmico, el parche anticonceptivo o inyecciones de anticonceptivos inyectables combinados, requieren la intervención del usuario con menos frecuencia , y puede prevenir el embarazo con mayor eficacia en mujeres que tienen problemas para seguir las rutinas, incluidas las jóvenes. El uso simultáneo de más de un método anticonceptivo disminuye el riesgo de embarazos no deseados.

2.4 EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR.

En nuestro país, en los últimos 10 años, el embarazo adolescente se incrementó en 2,3% anual, llama la atención la estadística que detalla que el 75% de las madres adolescentes son económicamente inactivas, lo cual revela un enorme problema de Salud pública al pensar en que opciones tendrán estas madres para sustentar a sus hijos, de las limitaciones económico que vivirán a diario, siempre tendientes a la autopropagación de la pobreza y el rezago social.

El Censo de Población y Vivienda (1999, 2001,2010), arroja una información reveladora, de los 3,6 millones de madres que existen en nuestro país, aproximadamente de 122 mil son adolescentes.

Además, solo en 2011 se registraron 45.708 partos en madres adolescentes. Por regiones, un 55.3% de estos partos son de la

Costa mientras que el 38.4% en la Sierra y solo un el 6.3% en pertenecen a la Amazonía. Lo más alarmante es que solo Llegaron al matrimonio un 15,7 % mientras que un 55,8% mantiene unión libre, 20.2% permanecieron solteras, separadas un 7,6%, divorciada el 0,2% y viudas 0,5%, estas son cifras temibles cuando nos enfocamos en el soporte que tendrán estos niños si notamos que el 84.3% de ellos pertenecerán a hogares inestables, no comprometidos e incluso sin ningún apoyo paterno.

2.5. EMBARAZOS PREMATUROS.

Reyes, 2001, afirma

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia. (p. 43)

La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

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

La adolescencia, es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez, dicho término se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad.

Para muchos jóvenes la adolescencia es un período de incertidumbre e inclusive de desesperación; para otros, es una etapa de amistades internas, de aflojamiento de ligaduras con los padres, y de sueños acerca del futuro.

En casa de alguno de los padres y con su novia o novio, buena parte de los jóvenes se inicia sexualmente cuando está promediando los 15 años.

Sin estadísticas oficiales, el comportamiento de los adolescentes se refleja en los hospitales públicos. Allí se realizan encuestas, las que arrojan como resultado que la edad promedio en que las adolescentes tienen su primera relación sexual es casi a los 16 años; y los jóvenes un año antes.

Pero en la cuestión de la primera vez de los latinos, los especialistas consultados encuentran una relación entre la edad del debut y el nivel de educación.

Por lo ya mencionado entendemos que el embarazo de las adolescentes es producto de una escasa e insuficiente información y educación sexual, por lo tanto es muy importante que el adolescente conozca todo lo relacionado al sexo y los roles, porque es necesario para que éste se pueda adaptar a su ambiente y a los individuos que lo rodean, para que comprenda las responsabilidades y deberes que va a tener, y también para poder desempeñar esa función sexual "aprobada por la sociedad".

Torres, 2005 lo define como:

"El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". (p. 32)

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de

fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable, por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado.

Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

En 1985, en EE.UU, el aborto alcanzó el 42%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción).

La interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos.

Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis.

Mite, 2005, afirma

En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. (Pág. 32)

Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "salud integral del adolescente". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar

elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad paternidad.

Peñaloza, 2005, afirma

La adolescencia organiza la sexualidad de muchachas y varones, de conformidad con las nuevas concepciones sociales y culturales. Ya no una sexualidad destinada, de forma prioritaria, a la maternidad y la paternidad, sino a construir la masculinidad y la feminidad en un contexto de experiencias placenteras y gozosas en la relación con los otros. (Pág. 4)

En la adolescencia, el ejercicio de la sexualidad de jóvenes también prepara para la maternidad y la paternidad.

Porque en la sociedad contemporánea, el hijo y su concepción no son únicamente el producto de uniones y transformaciones biológicas sino, sobre todo, el efecto de una preparación corporal, psicológica, académica, económica y social, que comenzó en la mujer y en el varón desde el momento de su nacimiento.

No basta ser púber. En el mundo contemporáneo, ya no es posible improvisar la venida de un niño. Ya no se quieren justificaciones para el nacimiento de hijos e hijas no queridos ni esperados. La adolescencia no es el tiempo para la maternidad ni la paternidad sino para su preparación. Sin embargo, numerosas adolescentes quedan embarazadas y otro tanto número de jóvenes embarazan a sus amigas o enamoradas.

En su infinita mayoría, los embarazos no deseados han llegado a constituir uno de los más graves conflictos sociales de algunos países en desarrollo. El mundo ha cambiado de manera radical. Y no es posible dar marcha atrás. Mujeres y varones hacen el amor a edades cada vez más tempranas. Y cuanto más precozmente lo hagan, mayor será el riesgo del embarazo. Hacer el amor es ir en busca de esa totalidad que se realiza en la unión entre dos. Una fusión que conduce a ambos a los espacios imaginarios en los que todo es posible. Mutua absorción en un goce presentido, imaginado y vivido sin palabras que puedan explicarlo ni justificarlo. No es para nadie más que para los dos, y permanece como una vivencia única y absolutamente personal.

Pero, a esta experiencia innombrable no se halla exenta de riesgos, que son más complejos cuanto menos edad posee la pareja amorosa. Y el primero y quizás más importante riesgo es el embarazo. De hecho, gran parte de la poca información que se da a la chica en casa y en el colegio respecto a la primera regla está destinada a prevenir el embarazo. La menarquia adquiere sentido familiar y social en la medida en que avisa que una mujer es capaz de quedar embarazada. De ahí que el "cuidarse de los hombres", como suelen aconsejar las mamás a sus hijas, no significa otra cosa que un acto destinado a prevenir el embarazo prematuro, no deseado y fuera del matrimonio.

Martínez, 2005, afirma

"A nosotras nos han dicho en la casa y en la escuela que, una vez que hay el flujo, la mujer tiene que cuidarse, no tener relaciones sexuales porque se puede embarazar".

En el Ecuador, dos de cada diez chicas que tuvieron sexo iniciaron sus experiencias entre los 12 y 14 años. Según los adolescentes,

casi siete de cada diez mujeres adolescentes tienen sexo. Y prácticamente todos, varones y mujeres adolescentes, conocen casos de chicas de su entorno que han quedado embarazadas.

Algunas terminan siendo mamás, mientras otras recurren al aborto como la alternativa para solucionar un problema personal y social para el que no encuentran otra salida posible. En los sectores populares y marginales, ocho de cada diez chicas embarazadas tienen el bebé. Las dos restantes acuden al aborto. En cambio, en los estratos sociales medios altos y altos, el número de chicas que recurren al aborto es mayor porque en estos grupos la maternidad adolescente es muy mal tolerada.

2.6 MATERNIDAD CONFLICTIVA.

El hijo forma parte fundamental de la estructura de la feminidad. Está en la vida de la mujer, desde siempre, desde que alguien le dice: has nacido mujer, eres mujer. Porque de ella se puede decir que es la que puede tener un hijo. Una capacidad que, en la práctica, puede llegar o no a transformarse en realidad, pues una mujer puede o no optar por la maternidad. Pero en sí misma lleva esa posibilidad. De hecho, todos los adelantos de la ingeniería genética se originaron en la necesidad de hallar soluciones a la infertilidad y la esterilidad: niños de probeta, banco de semen, inseminación artificial y la misma clonación.

Pero la mujer se prepara para ser madre de un hijo deseado en todo el sentido de la palabra: en el tiempo que ella desea, un deseo compartido con un otro al que desea y con quien goza. Por lo mismo, un hijo producto de sus derechos, de sus ilusiones y expectativas. No un hijo impuesto ni obligado. Un hijo amado al que se le ofrece, desde antes, algo más que un nombre y un espacio físico.

Según investigaciones recientes realizadas en el Ecuador, el 30% de mujeres indica que su último embarazo no fue ni deseado ni planificado.

Este porcentaje se refiere a mujeres casadas o que han organizado una familia a través de unión libre consensual. Cuando se trata de adolescentes solteras, este porcentaje bordea el 100%. ¿Cómo ser mamá de una hija o hijo no deseado, no planificado y que, además, viene a alterar toda la vida? ¿Cómo no ver en esa niña un obstáculo que impide conseguir lo que se tenía planificado, el causante de haber dejado los estudios, de haber pedido amistades, de no salir a fiestas, de pasar en casa? En casos de chicas de 13 ó 14 años que se transformaron en mamás, ni siquiera hubo el tiempo para construir un proyecto de vida. Cuando esta niña mamá crece con su hijo, descubre que entre ella y el mundo que en verdad le pertenece se ha abierto una inmensa brecha que no podrá superar sino con grandes dificultades.

¿Que si amas y adoras a tu hijo? Sin duda. Y estás dispuesta a todo por él. Sin embargo, más de un día amanece que no lo soportas un minuto más: su llanto, sus exigencias, sus malestares, los cuidados que demanda, el desorden que ocasiona, se tornan insoportables. Hasta llegas a decir que estás harta, hasta la coronilla. ¿Que el niño no tuvo la culpa de tu situación? Claro que sí. Pero es propio de nosotros que echemos la culpa de nuestros fracasos y conflictos a la persona que tenemos a mano. Y nadie está más cerca de una mujer que su niño.

De pronto, te das cuenta que, sin saber por qué, le estás regañando por todo, que lo gritas, lo insultas, le dices cosas que a ti misma te asustan. Y así pasas de la ternura sin medida, a las agresiones y violencias. Porque suele acontecer que los niños no deseados, las hijas y los hijos de adolescentes, terminan siendo agredidos y maltratados mucho más que los otros niños.

Aplicación práctica de los resultados

La aplicación se realizará en el Sub Centro Juan Bautista Aguirre de Daule, los resultados de la investigación esperan contribuir a la formación de los adolescentes, logrando mejorar su formación integral y esperando como resultado concienciar a los jóvenes prevenir los embarazos en la adolescencia.

III.- MATERIALES Y METODOS.

3.1 MATERIALES.

3.1.1 LUGAR DE INVESTIGACION:

Daule, Sub Centro Juan Bautista Aguirre

3.1.2 PERIODO DE INVESTIGACION:

1 de Enero del 2007 al 31 de Diciembre del 2012

3.1.3 UNIVERSO:

Todos los pacientes inscritos en el “Club del Adolescente” del subcentro Juan Bautista Aguirre- Daule durante el periodo 2007-2012.

3.1.4 MUESTRA:

La muestra será la misma del universo considerando los criterios de inclusión y de exclusión.

3.1.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

3.1.5.1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes femeninas de 10 a 19 años inscritas en el programa “Club del adolescente” del subcentro Juan Bautista Aguirre- Daule.
- Pacientes inscritas en el programa “Club del adolescente” y que se encuentren en estado de gestación.
- Pacientes que decidieron ser parte del estudio y que aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que estuvieron en el programa durante el periodo de estudio.

3.1.5.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes masculinos inscritos en el programa “Club del adolescente” del subcentro Juan Bautista Aguirre- Daule.
- Pacientes femeninas menores de 10 años y mayores de 19 años.
- Pacientes inscritas en el programa “Club del adolescente” y que se no encuentren en estado de gestación.
- Pacientes que no quisieron ser parte del estudio y que no aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que se inscribieron en el Club del Adolescente fuera del periodo de estudio.

3.2 TIPO DE INVESTIGACION.

Se realizó un trabajo retrospectivo, descriptivo.

3.2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

Longitudinal

No experimental

3.2.2 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.

Encuestas aplicadas por el autor del trabajo.

3.3 RECURSOS EMPLEADOS.

3.3.1 INSUMOS:

Vehículo (aveo emotion 1.6)

Laptop Hacer Core i5

Impresora Canon p1800

Tablero

Bolígrafos

Hoja de encuestas

Carpetas manila

Cámara fotográfica

3.3.2 TALENTO HUMANO:

Tutor

Medico

Enfermera

Profesores

IV.- RESULTADOS Y DISCUSION.

**TABLA N°1
DISTRIBUCION ADOLESCENTES SEGÚN SU
ESTADO CIVIL.**

Estado civil	N° DE CASOS	% DE CASOS
Solteras	76	80,85
Unidas	16	17,02
Casadas	2	2,13
Viudas y divorciadas	0	0
TOTAL	94	100

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION.

En la tabla N°1, distribución del estado civil de las adolescentes en estudio, cabe recalcar que se analiza a este grupo humano independientemente del número de hijos tenidos, es decir toma en consideración al total de jóvenes.

Podemos observar que el 80,85% de las adolescentes de 10 a 19 años se mantienen solteras, lo cual está acorde a la concepción social, de que a estas tempranas edades no se está apto para la responsabilidad del matrimonio o simplemente del cuidado de la pareja.

Solo el 2,12% ha contraído matrimonio, y solo el 17,02% se encuentran en unión libre; en este estudio no tuvimos casos de divorcios ni de viudez.

GRAFICO N° 1: Distribucion de las adolescentes segun su estado civil.

■ Solteros ■ Unidos ■ Casados ■ Viudos y divorciados

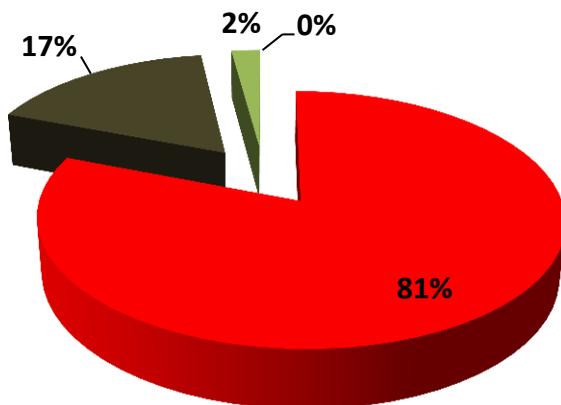


TABLA N°2 DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES SEGÚN MATERNIDAD.

Adolescentes	N° DE CASOS	% DE CASOS
Con hijos	20	21,2765957
Sin hijos	74	78,7234043
TOTAL	94	100

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION.

La tabla N°2 nos permite apreciar el porcentaje elevado de adolescentes que han tenido hijos durante el periodo de estudio, así observamos que el 21,27% de adolescentes en estudio ya son padres.

Si comparamos con los resultados de la tabla n°1 notaremos que el porcentaje de adolescentes casadas en aquella tabla es 2,12% y unidos 17,02%, los cuales sumados llegan solo al 19,14%, el cual es menor al porcentaje que revela la tabla No° 2 con un 21% de adolescentes con hijos.

Esta comparación nos hace ver que hay un porcentaje considerable de adolescentes con hijos en este sector geográfico, el cual no es directamente proporcional al grado de responsabilidad o solidaridad de pareja al no optar por el matrimonio o cuando menos unirse.

GRAFICO N°2: DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES SEGUN MATERNIDAD.

■ Con hijos ■ Sin hijos

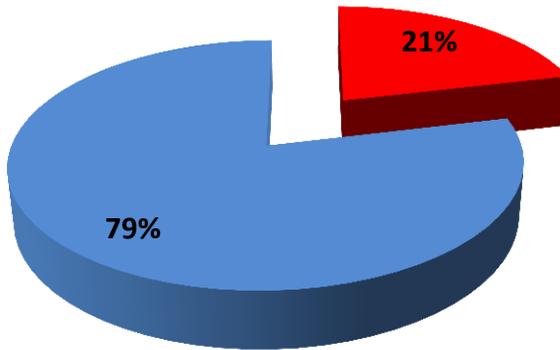


TABLA N°3 DISTRIBUCION DE MADRES ADOLESCENTES SEGUN SU ESTADO CIVIL.

Estado civil	N° DE CASOS	% DE CASOS
Solteras	4	20
Unidas	14	70
Casadas	2	10
Viudas y divorciadas	0	0
TOTAL	20	100

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

La tabla N° 3 Distribución de los adolescentes según su estado civil, tiene como objetivo demostrar el grado de responsabilidad que tuvieron las parejas al tener un hijo en el rango de edad de 10 a 19 años.

Los porcentajes nos revelan que en la población en estudio solo el 10% optó por el casamiento, un 70% se inclinaron por la unión y un desafortunado 20% se mantienen en el plano de soltero con hijos.

Todo lo descrito es acorde con la concepción general, ya que a estas cortas edades, aun no se dispone de un grado académico, que dé luces a un futuro laboral promisorio, aún no han obtenido su independencia psicológica ni económica, por ende un gran número de adolescentes ante esta situación optan por el no reconocimiento, el aborto e incluso la fuga.

GRAFICO N°3 DISTRIBUCION DE MADRES ADOLESCENTES SEGUN SU ESTADO CIVIL.

■ Solteros ■ Unidos ■ Casados ■ Viudos y divorciados

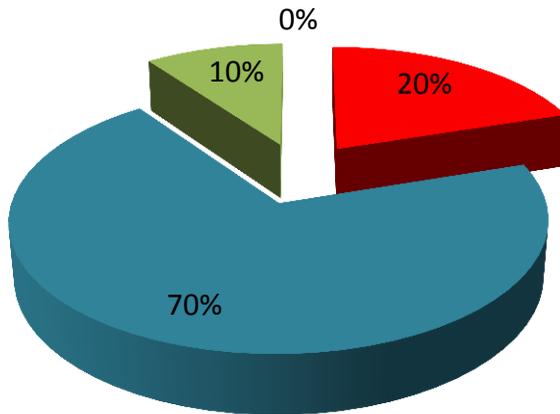


TABLA N°4 PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES QUE REFIEREN HABER PLANIFICADO SUS HIJOS.

PLANIFICACION FAMILIAR	N° DE CASOS	% DE CASOS
Si planificaron	12	60
No planificaron	8	40
TOTAL	20	100

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

La tabla N° 4 Porcentaje de madres adolescentes que refieren haber planificado sus hijos, hemos buscado el nivel de preparación que tuvieron estos adolescentes en el sector de Juan Bautista Aguirre en lo referente a la decisión de tener prole, su manutención y cuidado conlleva gran responsabilidad.

Se observa en las estadísticas arrojadas por esta tabla, que el 60% de los adolescentes con hijos refieren haberlos planificado. Los resultados obtenidos en esta tabla se oponen a lo lógica, ya que toda gestación en adolescente se considera embarazo no planificado, ya que en esta etapa el hablar de temas sexuales aún se considera tabú en el hogar, la información sobre métodos de planificación familiar es muy somera, ya que para el buen uso de dichos métodos se requiere entrenamiento, este último se lo da habitualmente en el subcentro de salud de Juan Bautista Aguirre, pero el número de adeptos al “club del adolescente” es limitado, y la demanda espontanea suele ser curativa y no preventiva.

**GRAFICO 4.
PORCENTAJE DE MADRES
ADOLESCENTES QUE REFIEREN HABER
PLANIFICADO SUS HIJOS.**

■ Si planificaron ■ No planificaron

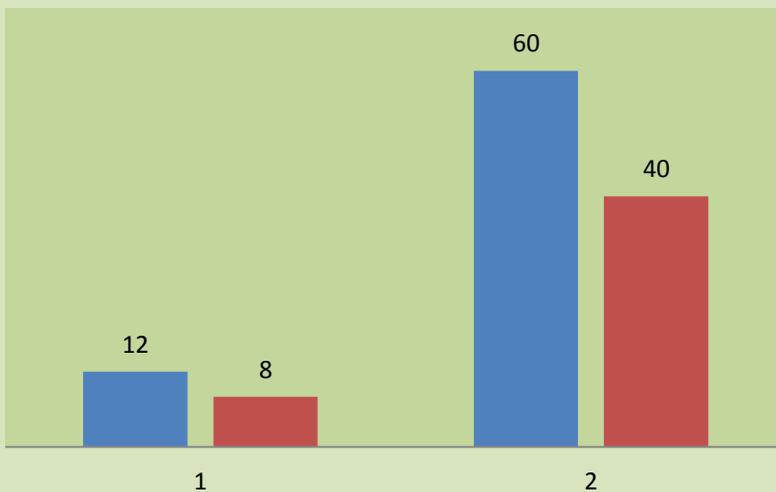


TABLA N°5 ADOLESCENTES CUYOS TUTORES MIGRARON EN EL PERIODO DE INVESTIGACION.

MIGRACION	N° DE CASOS	% DE CASOS
Si Migraron	8	8,51
No migraron	86	91,48
TOTAL	94	100

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

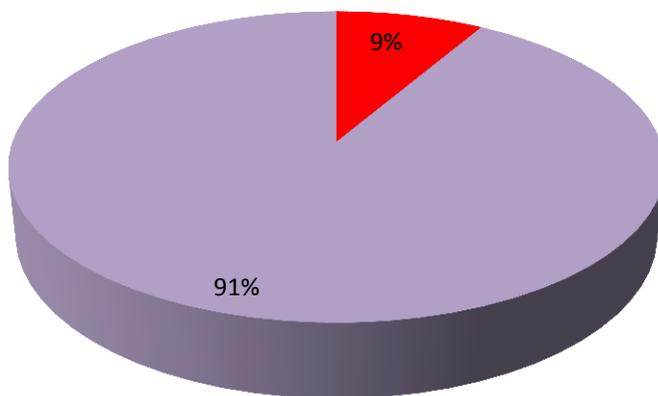
La tabla N° 5 toma en cuenta el porcentaje de adolescentes cuyos tutores debieron migrar en el periodo de investigación, indistintamente del número de hijos ni estado civil de dicho adolescente.

De esta manera se arroja solo un 9% de adolescentes cuyos mayores o responsables migraron en el periodo mencionado.

Podemos apreciar que el grupo de adolescentes que ha sufrido el ausentismo de sus tutores es pequeño, en la tabla N°6 apreciaremos la repercusión de la migración sobre este menudo grupo humano.

GRAFICO N°5. ADOLESCENTES CUYOS TUTORES MIGRARON EN EL PERIODO DE INVESTIGACION.

■ Si Migraron ■ No migraron



TABLAN°6. ADOLESCENTES CON HIJOS CUYOS TUTORES MIGRARON EN EL PERIODO DE INVESTIGACIÓN.

MIGRACION	N° DE CASOS	% DE CASOS
SIN HIJOS	2	25
CON HIJOS	6	75
TOTAL	8	100

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

En la tabla N°6, podemos apreciar el elevado porcentaje de adolescentes que tuvieron hijos durante la migración de sus tutores en el periodo de estudio, representado la tabla por el 75%, esto nos hace notar la enorme repercusión que tiene el ausentismo familiar en el desenlace reproductivo de un adolescente.

Si observamos nuevamente la tablaN°5 apreciamos que solo migraron los tutores del 9% de adolescentes en estudio, pero de este 9%, tuvieron hijos el 75% de adolescentes.

Con esto entendemos que en este sector geográfico sería realmente nocivo el aumento de en la migración.

**GRAFICO N°6. ADOLESCENTES CON HIJOS
CUYOS TUTORES MIGRARON EN EL PERIODO
DE INVESTIGACION.**

■ SIN HIJOS ■ CON HIJOS

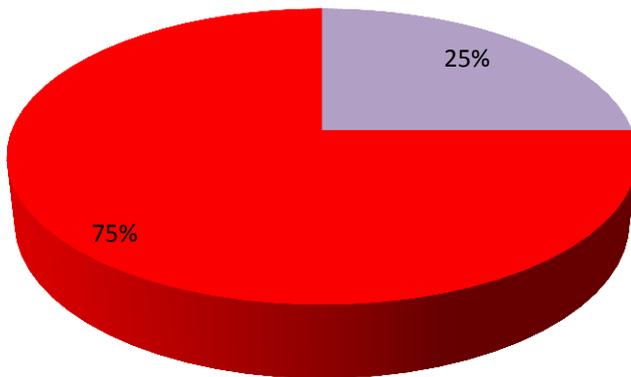


TABLA N°7. TOTAL DE ADOLESCENTES QUE INTERRUMPIERON SUS ESTUDIOS DURANTE EL PERIODO DE INVESTIGACION.

Deserción académica	N° DE CASOS	% DE CASOS
TOTAL	94	100
No abandonaron el estudio	82	87,23
si abandonaron el estudio	12	12,77

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

En la tabla N°7 se aprecia que del total de adolescentes en estudio independientemente de su número de hijos y de estado civil, el 13% de ellos sufrieron deserción académica.

Este es un porcentaje muy representativo, que nos ayudara al compararlo más adelante con la tabla N°8 a fin de determinar la proporción de adolescentes que desertaron académicamente a causa de los hijos.

**GRAFICO N° 7. TOTAL DE ADOLESCENTES
QUE INTERRUMPIERON SUS ESTUDIOS
DURANTE EL PERIODO DE INVESTIGACION.**

■ No abandonaron el estudio ■ si abandonaron el estudio

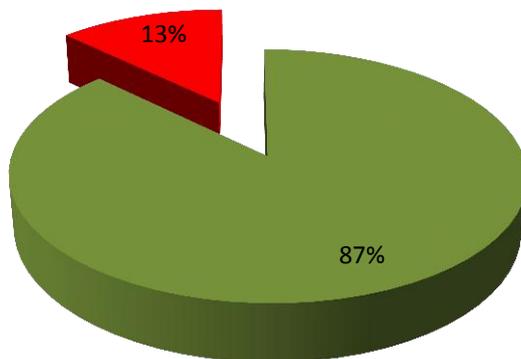


TABLA N°8. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON HIJOS QUE SUFRIERON DESERCIÓN ACADÉMICA DURANTE EL PERIODO DE INVESTIGACION.

Deserción académica	N° DE CASOS	% DE CASOS
TOTAL	12	100
Deserción académica e hijos	10	83,33
Solo deserción académica	2	16,66

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

La tabla N°8 se encarga de determinar el porcentaje de adolescentes con hijos que debieron abandonar los estudios durante el periodo de investigación, siendo los resultados un 83%. Si observamos nuevamente la tabla N°7 arroja solo un 13% de deserción académica en el total del grupo en estudio, y de ese total el 83,33% son adolescentes con hijos, lo cual demuestra una estrecha relación entre la postergación de los estudios y el tener hijos.

Todo lo anterior nos hace notar que en Juan Bautista Aguirre-Daule el incremento de las cifras de embarazo en adolescentes, sería nocivo en la economía de dicho sector geográfico al causar un enorme porcentaje de deserción académica, creando un círculo vicioso de pobreza.

GRAFICO N°8 PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON HIJOS QUE SUFRIERON DESERCIÓN ACADÉMICA DURANTE EL PERIODO DE INVESTIGACION.

■ Desercion academica e hijos ■ Solo desercion academica

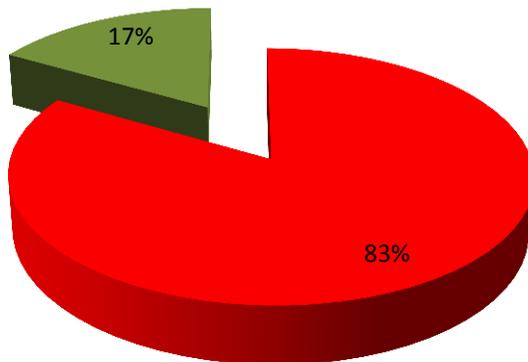


TABLA N°9. ADOLESCENTES EN ESTUDIO QUE TRABAJAN ACTUALMENTE.

Estado laboral	N° DE CASOS	% DE CASOS
No laboran	86	91,4893617
Si laboran	8	8,5106383
TOTAL	94	100

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

La tabla N°9 busca el total de adolescentes que actualmente trabajan, a fin de poder determinar el porcentaje atribuible al hecho de tener hijos, esto será analizado en la tabla N°10.

Al momento esta tabla arroja un 9% de adolescentes de entre 10 y 19 años que actualmente se encuentran laborando mientras que el 91% restante no trabajan.

GRAFICO N°9. ADOLESCENTES EN ESTUDIO QUE TRABAJAN ACTUALMENTE

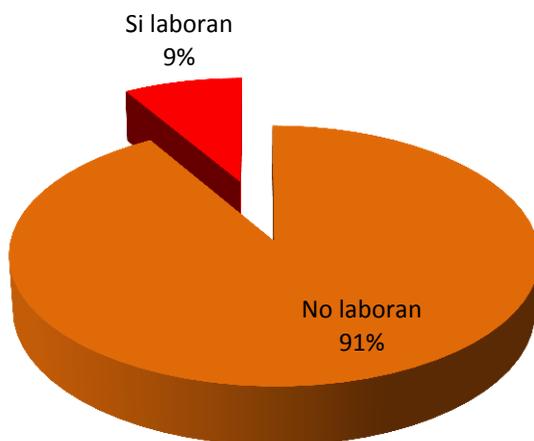


TABLA N°10. ADOLESCENTES CON HIJOS QUE ACTUALMENTE TRABAJAN.

Situación laboral	N° DE CASOS	% DE CASOS
Solo trabajan	6	75
Tienen hijos y trabajan	2	25
TOTAL	8	100

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

En la tabla N° 10 se aprecia el porcentaje de adolescentes que laboran, tomando en cuenta si tienen hijos o no.

Esta tabla nos brinda datos muy diferentes a los que normalmente se espera, ya que se piensa que una persona con hijo busque empleo con premura, pero en este sector geográfico, encontramos que del total de adolescentes que laboran, solo el 25% corresponde a aquellos que tienen hijos de nuestro grupo de estudio.

Estas proporciones indican que a un adolescente con hijos le cuesta más trabajo acoplarse a la maquinaria productiva.

GRAFICO N°10
ADOLESCENTES CON HIJOS QUE
ACTUALMENTE TRABAJAN.

■ Solo trabajan ■ Tienen hijos y trabajan

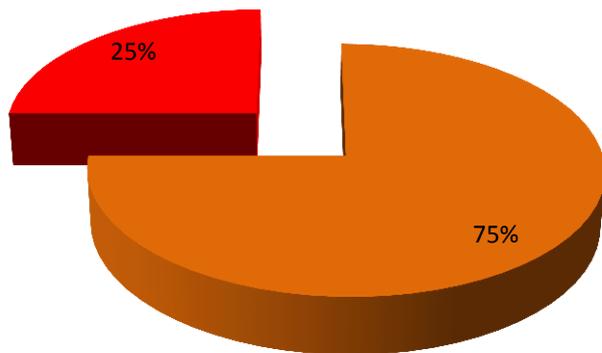


TABLA N°11. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON HIJOS QUE DEBIERON RECHAZAR OPORTUNIDADES LABORALES.

Rechazar empleos	N° DE CASOS	% DE CASOS
Adolescente con hijos	8	80
Adolescente sin hijos	2	20
TOTAL	10	100

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

La tabla N°11 porcentajes de adolescentes con hijos que debieron rechazar oportunidades laborales durante los últimos 5 años, nos demuestra que el 80% de estos padres jóvenes tuvieron que dejar pasar la oportunidad de un ingreso a pesar de seguramente quererlo al tener en sus hombros la responsabilidad del cuidado de su hijo.

El pensamiento general de este tema afirma que las personas con hijos tomaran toda oportunidad que se presente a fin de poder sustentarse a sí mismos y a su prole, situación que como podemos ver en esta tabla no se cumple en las adolescentes con hijos.

GRAFICO N°11
PORCENTAJE DE ADOLESCENTES CON HIJOS
QUE DEBIERON RECHAZAR
OPORTUNIDADES LABORALES

■ Adolescente con hijos ■ Adolescente sin hijos

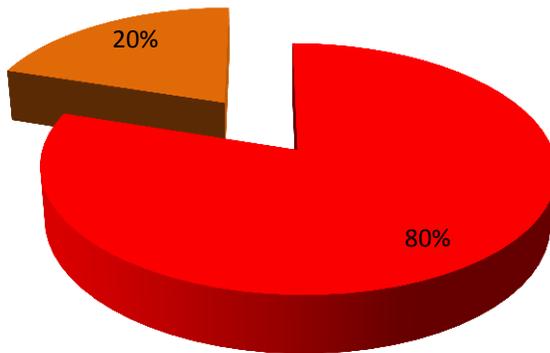


TABLA N°12. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE TUVIERON EMBARAZOS DURANTE EL PERIODO DE INVESTIGACIÓN.

Adolescentes:	N° DE CASOS	% DE CASOS
embarazaron	20	21,27
no embarazaron	74	78,72
TOTAL	94	100

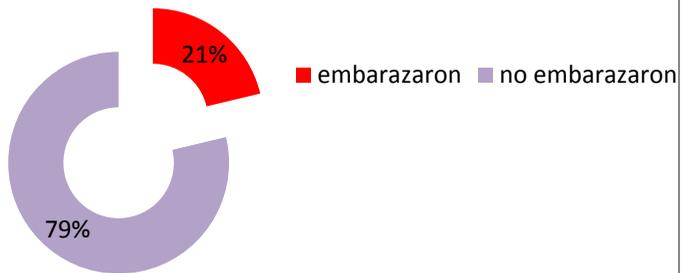
Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

En la tabla N°12 apreciamos el número considerable de adolescentes en estudio que presentaron embarazos durante el periodo de investigación, correspondiendo esta cifra al 21.27% del total de adolescentes.

GRAFICO N°12. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE TUVIERON EMBARAZOS DURANTE EL PERIODO DE INVESTIGACION.



TABLAN°13. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON ABORTOS DURANTE EL PERIODO DE INVESTIGACION

Abortaron	N° DE CASOS	% DE CASOS
Si Realizaron abortos	8	8,5106383
No han realizado abortos	86	91,4893617
TOTAL	94	100

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

En la tabla N°13 porcentaje de adolescentes que se realizaron abortos en el periodo de investigación, podemos ver que el 8.51 %de adolescentes optaron por este recurso.

Si retomamos la tabla N° 12 notaremos que el 21,27% de adolescentes habían embarazado, entonces entendemos que la cifra de abortos para este mismo periodo es superior a un tercio de abortos para el total de embarazos en adolescentes.

GRAFICO N°13. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE SE REALIZARON ABORTOS EN EL PERIODO DE INVESTIGACION.

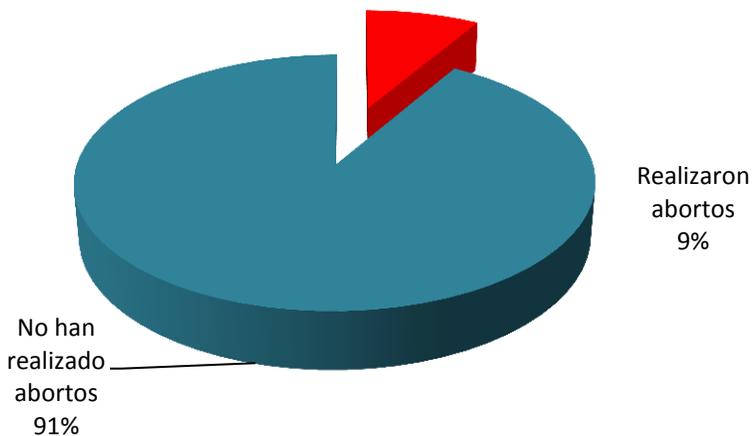


TABLA N°14. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES.

edad de inicio	N° DE CASOS	% DE CASOS
12 años	6	20
13 años	10	33,33
14 años	2	6,67
15 años	6	20,00
16 años	2	6,67
17 años	4	13,33
TOTAL	30	100,00

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

La tabla N° 14 edad de inicio de relaciones sexuales, nos demuestra que la edad con mayor índice de frecuencia en inicio del coito son los 13 años con un 33% de los adolescentes en estudio, seguido de los 12 y 15 años con 20% para ambos casos.

Esto nos permite apreciar que en este sector geográfico la población es muy precoz sexualmente hablando, lo que conlleva a un mayor riesgo de tener un embarazo para sus adolescentes. Dado el rango de edad más frecuente, se evidencia la importancia de la educación sexual ya sea en alguna entidad educativa o en el hogar.

Al momento de realizar nuestras encuestas, no encontramos casos de inicio de relaciones sexuales posteriores a los 17 años, lo que nos indica que la instrucción sobre la sexualidad no puede rezagarse a los últimos años del colegio, sino que debería darse desde la escuela, a fin de que los adolescentes previo a llegar a la edad de mayor riesgo que serían los 13 años, ya tenga suficientes nociones del costo beneficio de la promiscuidad.

GRAFICO N°14. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES.

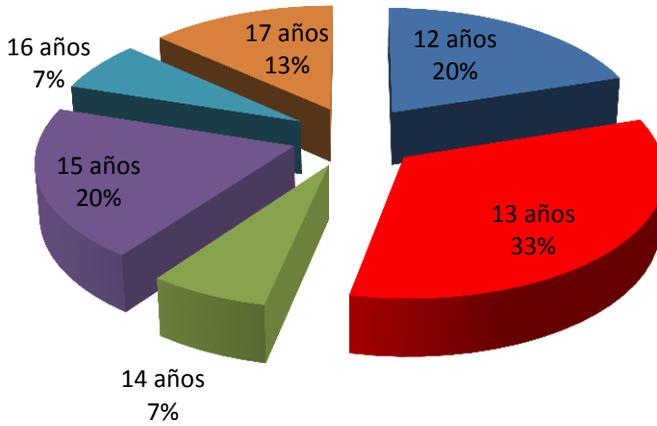


TABLA N°15. METODO ANTICONCEPTIVO MÁS EMPLEADO.

METODO	N° DE CASOS	% DE CASOS
ACO	12	57,14
INYECTABLES	4	19,05
CONDONES	1	4,76
IMPLANTES	0	0,00
RITMO	2	9,52
DIU	2	9,52
TOTAL	21	100,00

Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

La tabla N°15 métodos anticonceptivos más empleados, exalta los anticonceptivos orales como el método de mayor difusión en Juan Bautista Aguirre-Daule, con un 57% de referencia de uso, seguido de forma distante por los métodos inyectables con un 19%, luego el DIU con un 10%, el método del ritmo un 9% y los de barrera como lo es el condón con un 5%, todos estos promocionados y proporcionados por el MSP en sus diversos despachos de atención a usuarios.

Llamo la atención no encontrar pacientes con implantes a pesar de que estos también son distribuidos gratuitamente por el Ministerio de salud Pública del Ecuador.

GRAFICO N°15. METODO ANTICONCEPTIVO MAS EMPLEADO.

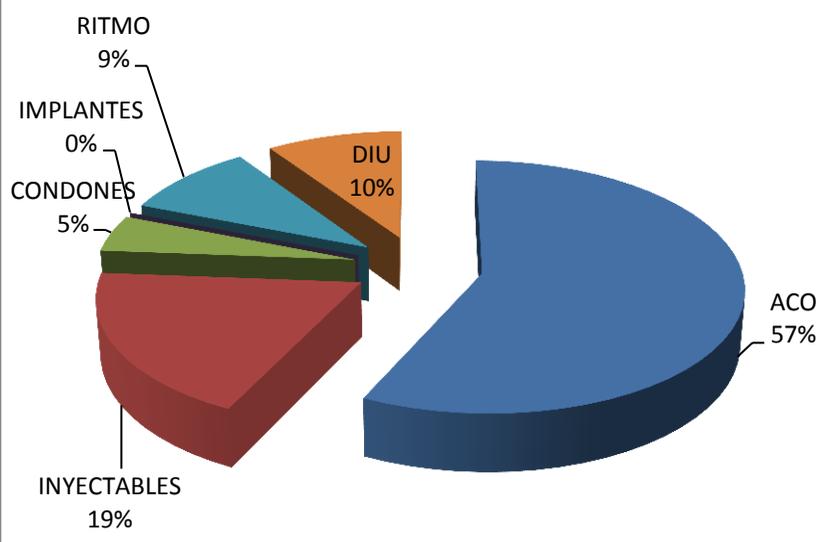


TABLA N°16. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE RECIBIERON INSTRUCCIÓN DE COMO EMPLEAR LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

¿SABE USARLOS?	N° DE CASOS	% DE CASOS
INSTRUIDOS	32	34,04
NO INSTRUIDOS	62	65,95
TOTAL	94	100

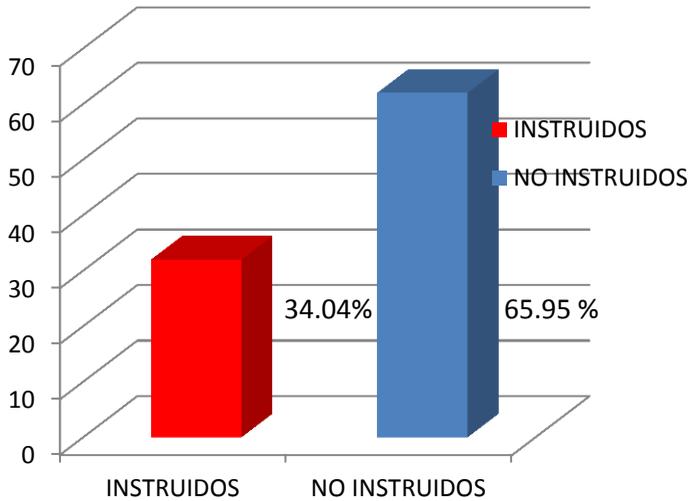
Fuente: Encuestas al Club del adolescente JBA.

Elaborado por: Dr. Juan Carlos Calderón

DISCUSION:

En la tabla N°16 apreciamos el porcentaje de adolescentes que refieren haber recibido algún tipo de instrucción respecto al métodos anticonceptivos, de esta forma tenemos que el 65,95% de los adolescentes admiten no tener conocimiento del uso correcto de los métodos anticonceptivos, mientras que el 34,04% restante refieren haber recibido instrucción por parte del Ministerio de Salud Pública, padres o profesores sobre la forma correcta de emplear un método anticonceptivo.

GRAFICO N°16. PORCENTAJE DE ADOLESCENTES QUE RECIBIERON INSTRUCCION DE COMO EMPLEAR LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.



V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

En la investigación realizada se empleó 94 encuestas confidenciales a adolescentes entre los 10 y 19 años de edad del SCS Juan Bautista Aguirre inscritos en un periodo de 5 años comprendido entre el 2007-2012 al Club del Adolescentes.

Concluimos finalmente:

Se confirma que la migración fue la principal causa de embarazo en adolescentes, ya que la prevalencia del embarazo en adolescentes cuyos tutores migraron es superior al 50% de la muestra de estudio. Obteniéndose que el 75% de adolescentes cuyos tutores migraron en el periodo de estudio en la muestra dada tuvieron embarazos.

La deserción académica fue la principal consecuencia de los embarazos en adolescentes

1. Las relaciones sexuales a temprana edad en este sector geográfico son una constante, siendo los 13 años la edad más frecuente de inicio de relaciones sexuales y por tanto de exposición al embarazo como se aprecia en tabla N°14 con un 33%. Además notamos que de 10 a 14 años se encuentran el 60% de inicios de relaciones sexuales.

La migración fue decisiva en el grupo estudiado, ya que a pesar de solo haber quedado sin tutores un 9% de adolescentes, el 75 % de ellos tuvieron embarazos, siendo el grupo de edad de 15 a 19 años afectado en el 100% de casos.

También la falta de instrucción respecto al manejo adecuado de los métodos anticonceptivos es una determinante, ya que el 65,95% de los adolescentes refieren no haber recibido la instrucción necesaria. Tabla N° 16

2. La migración de los padres o de los tutores de los adolescentes es un factor determinante en su embarazo, ya que el 75% de los adolescentes en esta situación en el periodo de estudio tuvieron embarazos como se aprecia en la tabla N°6.
3. El embarazo en adolescentes si influye en la deserción académica, de la población en estudio, observamos que solo el 12,77% de adolescentes abandonaron sus estudios en el periodo de estudio, pero de este grupo, el 83,33% fueron adolescentes con hijos. tablas 7 y 8.
4. El embarazo en adolescentes impide la correcta inserción laboral, se aprecia en la tabla N° 9 que solo el 8,51% de adolescentes laboran, de ese grupo de trabajadores, solo el 25% son adolescentes con hijos (tabla N° 10).a la vez apreciamos que de los adolescentes que debieron rechazar oportunidades laborales, el 80% han sido adolescentes con hijos como consta en la tabla N° 11.
5. Los métodos anticonceptivos más empleados por los adolescentes son los anticonceptivos orales 57,14%; métodos inyectables 19,05%; dispositivo intrauterino y método del ritmo 9,52% cada uno, y finalmente los condones con el 4,76%. Nos llamó la atención no encontrar adolescentes que utilicen los implantes a pesar de también ser suministrados por el ministerio de salud pública del Ecuador de forma gratuita. Tabla N° 15.

RECOMENDACIONES:

1. Debe fortalecerse la política económica nacional evitando de esta forma la migración, que ha sido en esta tesis el factor más agresivos para el embarazo de las adolescentes.
2. Realizar programas académicos con facilidades para que lo culminen las adolescentes embarazadas, ya que la deserción académica es la principal consecuencia del embarazo en adolescentes.
3. Aplicación del algoritmo de identificación del adolescente en riesgo de embarazo, con seguimiento de los pacientes en riesgo moderado y severo en el Club del Adolescente.

VI.- BIBLIOGRAFÍA.

- Beltrán, Luz; Puerta, Hernán. "Proyecto de Educación Sexual y Planificación Familiar" Manual para formar multiplicadores. 21 nov., Vol.2, 1990.

- Cáceres, C.; Rosasco, A.M.; Goicoechea, P. "Comprendiendo nuestra sexualidad". Módulo de apoyo e instrucción Manual del estudiante. Lima, Perú, Ídem,

- Canessa, Patricia; Nykiel, Connie. "Manual para la Educación Reproductiva y Salud Integral del Adolescente". Washington D.C., USA, 2002

- Castrejón Diez, Jaime. El Sistema Educativo Mexicano. Rev. Perfiles Educativos, UNAM, México.

- CEMERA, FUNDP. Stgo.,Chile,2002

- COESPO. Folletos ¿qué es la sexualidad? Y Todos somos Educadores de la Sexualidad.

- Diccionario de las Ciencias de la Educación. V.I. A-H. Santillana, México, 2001
- Ginecología de Gori, Jorge R. Gori, Antonio Lorusso y colaboradores 2da edición
- Guía de atención integral a PVVS, MSP, programa nacional de prevención y control del VIH/SIDA- ITS 2007
- Instituto de la Mujer. "Adolescencia y Sexualidad". Stgo.,Chile, 2001
- Jara, Germán; Molina, Ramiro. "Educación Sexual. Manual para Educadores".
- Jara, Germán. "Validación de un Modelo de Curso de Capacitación Docente en Educación Sexual" (Tesis). Sgto., Chile, 2001
- Krauskopf, Dina. "Adolescencia y Educación". San José, Costa Rica. 2001
- Manual de trabajo en grupo. Stgo, Chile, 2003
- Muñoz Izquierdo, Carlos. Análisis e Interpretación de las políticas educativas: El Caso México (1930-1980). En sociología de la educación Centro de Estudios Educativos, U.N.A.M., México.2003

- Nassif, Ricardo, Rama, Germán W. Y Tadesco, Juan Carlos. El Sistema Educativo en América Latina. Kapeluz, buenos Aires, 2000

- Miranda, Martín. "Guía para la Educación Sexual Escolar". Stgo., Chile, 2001

- Miranda, Martín. "Capacitación de profesores en Educación de la Sexualidad y prevención de ETS y SIDA. Sistematización de un Modelo". Sgto., Chile, 2001

- Miranda, Martín. "Unidades de Educación Sexual y prevención de ETS y SIDA". CIDE. Stgo., Chile, 2001

- Molina, Ramiro; Luengo, Ximena. Enfoque y experiencia en Educación Sexual del Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente. REV.SOGIA. 2001

- Norma y protocolo materno, Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

- PAESMI. "Educación Sexual. Experiencias y desafíos". Stgo, Chile, 2002

- Paredes Myriam, Villegas Aurora. "Familia y Educación Sexual". Stgo. Chile, 1993.

- Pick de Weiss, Susan y cols. "Planeando tu vida". Programa de Educación Sexual para Adolescentes. México, 2001

- Sepúlveda, G.; Valderrama, P.; Donoso, P. "Adolescencia y Sexualidad".

- Silva, Mónica. "Sexualidad y Adolescencia". Stgo, Chile, 2001

- Toledo, V; Luengo, X; Molina, R; Lobos, L; Fuentes, E; Jara, G. y cols. "Adolescencia. Tiempo de decisiones. Actividades de apoyo para el desarrollo integral del adolescente. Educando en afectividad y sexualidad". Stgo, Chile, 2003

- Ureta, Margarita; Christensen, Cyril. "Vida y Amor. Educación Sexual para Niños". Stgo., Chile, 2001

- Vistazo, Revista Nacional, Agosto del 2013

- Reynoso Rodríguez, Ema et.al. Ciencias naturales: 1er curso de Educación Media Básica, 2ª. Ed. Continental, México, 1977, 426 pp.

VII.- ANEXOS:

7.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Tema: Factores de riesgo en embarazo en adolescentes en el subcentro Juan Bautista Aguirre de Daule periodo 2007-2012.

Posterior a la información recibida sobre la temática de la encuesta y por ende de la tesis que se realiza sobre el embarazo en adolescentes, **Autorizo** se utilice la información de la encuesta que llenare a continuación, para los fines académicos pertinentes.

Usuario del Club del
Club del adolescente

Trabajador de la Salud

8. ¿ha interrumpido sus estudios total o parcialmente en los últimos 5 años?_____

9. ¿Actualmente trabaja? Si- no

10. ¿Ha rechazado alguna oportunidad laboral en los últimos 5 años? Si -no

11. ¿qué método anticonceptivo utiliza con mayor frecuencia?

12. ¿Recibió instrucción de cómo emplear eficientemente dicho método anticonceptivo? Si-No

7.3 IMÁGENES.









**PRESERVATIVO
GRATUITO** ✓



HABLA SERIO

sexualidad sin misterios

**EDUCACIÓN
ADANA**
Adana

MCDS
Ministerio de
Desarrollo Social

MIES
Ministerio de
Ejercicio
Económico y Social

ministerio de
educación
ecuador

m p
Ministerio de Salud Pública

7.4 ALGORITMO DE IDENTIFICACIÓN DEL ADOLESCENTE EN RIESGO DE EMBARAZO.

MIGRACION	SI	3
	NO	1
PROMISCUIDAD	SI	3
	NO	1
ASISTE AL SCS CON REGULARIDAD	SI	1
	NO	2
EDAD	10-14.	3
	15-17	2
	18-19	1
INSTRUCCIÓN DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	SI	1
	NO	2

MAXIMO	13
MININO	5

RIESGO DE EMBARAZO	LEVE	5-6.
	MODERADO	7- 9.
	SEVERO	10 O MAS