



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

Informe final de investigación previo a la obtención del título de

MÉDICO GENERAL

TRABAJO DE TITULACIÓN

**Factores asociados al embarazo adolescente en población rural San Andrés -Guano
2020-2021**

Autores:

Andrade Almeida Wendy Alexandra

Maldonado Rojas Andrea Belén

Tutor: Dr. Telmo Velasco Jara

Riobamba – Ecuador
2021

CARTA DE ACEPTACION DEL TRIBUNAL

Miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación con título: **Factores asociados al embarazo adolescente en población rural San Andrés -Guano 2020-2021**, presentado por los estudiantes ANDRADE ALMEIDA WENDY ALEXANDRA, MALDONADO ROJAS ANDREA BELÉN, dirigido por el Dr. Telmo Velasco. Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación escrito con fines de graduación en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la salud en la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para constancia de lo expuesto firman:



Dr. Patricio Vásquez Andrade
**PRESIDENTE DELEGADO DEL
DECANO**



Dr. Wilson Nina.
MIEMBRO DEL JURADO



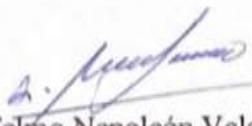
Dra. Cristina Noboa
MIEMBRO DEL JURADO



Dr. Telmo Velasco J.
TUTOR

CERTIFICADO DE TUTORÍA

Que el presente trabajo ***FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE EN POBLACIÓN RURAL SAN ANDRÉS -GUANO 2020-2021***, de autoría de los estudiantes ANDRADE ALMEIDA WENDY ALEXANDRA Y MALDONADO ROJAS ANDREA BELEN ha sido dirigido y revisado durante todo el proceso de investigación, cumple con todos los requisitos metodológicos y los requerimientos esenciales exigidos por las normas generales para la graduación, para la cual autorizo dicha presentación para su evaluación y calificación correspondiente.



Dr. Telmo Napoleón Velasco J.

CC: 1705051587

TUTOR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DERECHO DE AUTORÍA

Somos responsables de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con su respectiva autoría para enriquecer el marco teórico del presente proyecto. En tal virtud los resultados, conclusiones y recomendaciones realizadas en la presente investigación titulada: ***FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE EN POBLACIÓN RURAL SAN ANDRÉS -GUANO 2020-2021*** son de exclusividad de autora y del patrimonio intelectual de la Universidad Nacional de Chimborazo.



Andrade Almeida Wendy Alexandra
CI: 1004146682



Maldonado Rojas Andrea Belén
CI 0604322040

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta donde estoy el día de hoy. Por todos los triunfos que me ha ayudado a conseguir y por las enseñanzas que día a día me han convertido en la mujer que soy ahora.

A mi Abuelita quien es y será siempre ese ángel que no a soltado mi mano desde el día que nací hasta ahora.

A mis padres, por ser mi fortaleza en los momentos más difíciles, por creer en mí y alentarme a seguir adelante recordándome que nada es imposible.

A mi hermana Ariana por ser mi apoyo incondicional en todo este proceso y por ser esa gota de ternura y de infinito amor en mi vida.

A todas aquellas personas que conocí durante este tiempo que de una u otra manera estuvieron ayudándome a lo largo del camino.

Andrea Belén Maldonado Rojas

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi madre, Ana, y mi abuelito Hernán, por ser los pilares más importantes y los motores de mis sueños, por confiar y creer en mí, por los consejos, valores y principios que me han inculcado y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional.

A todas las personas que estuvieron conmigo a lo largo de esta etapa apoyándome

Wendy Alexandra Andrade Almeida

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a **Dios** por regalarnos la vida y habernos guiado a lo largo de esta etapa estudiantil y permitimos continuar con salud, fuerza y empeño hasta la culminación de nuestros estudios con éxito.

A nuestras **familias** por su apoyo incondicional, por su amor, su bondad y su apoyo, ya que gracias a ellos lo complicado de lograr esta meta ha sido más llevadera. Les agradecemos y les hacemos presente nuestro afecto.

Agradecemos a la **Universidad Nacional de Chimborazo**, por habernos acogido durante todos estos años y a nuestros queridos docentes por las enseñanzas, su dedicación y paciencia, por impartir en nosotros y formarnos con valores para ser profesionales de bien.

Un agradecimiento especial al **Doctor Telmo Velasco** por toda la colaboración brindada, durante la elaboración de este proyecto y ser nuestro guía en el internado rotativo.

Finalmente agradecemos a todos nuestros amigos y compañeros los cuales nos brindaron su apoyo durante la realización de este proyecto.

ANDRADE ALMEIDA W

MALDONADO ROJAS A

ÍNDICE GENERAL

CARTA DE ACEPTACION DEL TRIBUNAL	2
CERTIFICADO DE TUTORÍA.....	3
DERECHO DE AUTORÍA	4
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTO	7
ÍNDICE GENERAL.....	8
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	10
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I.	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
OBJETIVOS	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos.....	18
CAPITULO II.....	19
MARCO TEÓRICO	19
DESARROLLO COGNITIVO Y PSICOEMOCIONAL.....	19
DESARROLLO FISIOLÓGICO.....	19
EMBARAZO ADOLESCENTE	20
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES	20
SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA	22
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN AMÉRICA LATINA.....	24
ENFOQUE DE ABORDAJE CON RESPECTO AL BIENESTAR Y ENFOQUE INTERCULTURAL COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE EMBARAZO PRECOZ.....	29
CAPÍTULO III.	32
METODOLOGÍA.....	32
3.1 Tipo de investigación	32
3.2 Unidad de análisis	32
3.3 Población de estudio.....	32
3.4 Tamaño de muestra	32
3.5 Técnicas de recolección de datos	32

3.6 Técnicas de análisis e interpretación de la información.....	33
Identificación de variables	33
Identificación de variables	35
El análisis estructural comprende tres etapas.....	35
1.1.1 Inventario de las variables.....	35
1.1.2 Descripción de relaciones entre las variables.....	35
CAPÍTULO IV	36
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
CAPITULO V.....	54
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES.....	55
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Edad de las pacientes.	36
Gráfico 2. Estado civil de la encuestada.....	37
Gráfico 3. Ocupación de la encuestada	38
Gráfico 4. Edad de la primera menstruación.....	39
Gráfico 5. Edad de la primera relación sexual	40
Gráfico 6. Edad del primer embarazo	41
Gráfico 7. Información de embarazo en Centro de Salud	42
Gráfico 8. Acceso a información sobre embarazo	43
Gráfico 9. Responsabilidad del embarazo.....	44
Gráfico 10. Uso de método anticonceptivo	45
Gráfico 11. Método anticonceptivo de la encuesta	46
Gráfico 12. Estado actual de la paciente sobre embarazo	47
Gráfico 13. Planificación de embarazo	48
Gráfico 14. Comunicación de embarazo	49
Gráfico 15. Acceso a controles de salud	50
Gráfico 16. Lugar de control del embarazo.....	51
Gráfico 17. Acceso al primer control de embarazo.....	52
Gráfico 18. Lugar de atención del parto.....	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Listado de variables para análisis posterior de resultados.	33
Tabla 2: Edad de pacientes embarazadas y atendidas en el Centro de Salud San Andrés.....	36
Tabla 3: Estado Civil de las pacientes embarazadas.....	37
Tabla 4: Ocupación de pacientes embarazadas.....	38
Tabla 5: Primera menstruación de mujeres adolescentes embarazadas.....	39
Tabla 6: Primera relación sexual de mujeres adolescentes embarazadas.	40
Tabla 7: Edad del primer embarazo de mujeres adolescentes atendidas en el centro de salud am Andrés.	41
Tabla 8: Mujeres adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud San Andrés que recibieron información.....	42
Tabla 9: Tipo de acceso a información de parte de mujeres adolescentes embarazadas del Centro de salud de San Andrés.....	43
Tabla 10: Responsabilidad en mujeres adolescentes atendidas en el centro de Salud de San Andrés.....	44
Tabla 11: Uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo, en mujeres adolescentes embarazadas atendidas en el centro de Salud de San Andrés,.....	45
Tabla 12: Método anticonceptivo utilizado en las pacientes adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de San Andrés.....	46
Tabla 13: Mujeres adolescentes en el Centro de Salud de San Andrés que al momento cursan con embarazo.....	47
Tabla 14: Planificación de embarazo en mujeres adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de salud de San Andrés.....	48
Tabla 15: Comunicación del embarazo de mujeres adolescentes atendidas en el Centro de Salud de San Andrés.....	49
Tabla 16: Acceso a centros de salud de pacientes embarazadas en el centro de Salud de San Andrés.....	50
Tabla 17: Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés.....	51
Tabla 18: Búsqueda de control de embarazo en mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud de San Andrés.....	52
Tabla 19: Lugar en donde se atendió o tiene planificado el parto por las mujeres adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés.....	53

RESUMEN

Nuestro tema de investigación consistió en buscar los factores de riesgo más frecuentes en pacientes adolescentes embarazadas que se realizaban sus controles en el Centro de Salud de San Andrés, perteneciente a la provincia de Chimborazo en el periodo 2020 - 2021, para dicho fin utilizamos métodos como, la recolección de datos de las historias clínicas que se encuentran en la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS), encuestas realizadas a pacientes adolescentes mismas que estaban registradas en el sistema y se realizaban sus controles en esta casa de Salud. Las pacientes que participaron en este estudio fueron 15 y del análisis de ellas se obtuvo como resultado que en el periodo que comprende la adolescencia tardía es decir entre 18 a 19 fue en donde se produjo el mayor número de embarazos con el 47 % del total. Además, partiendo del punto de promoción y prevención obtuvimos que el 53% es decir 8 pacientes si recibieron cierta información acerca de educación sexual y de este porcentaje el 27% manifestaron que fueron charlas directas por parte del equipo de salud. Es importante destacar que la promoción y prevención de la salud utilizados en estos pacientes son determinantes que aún falta complementarlos y de aquí perfeccionar la educación sexual brindada a pacientes mujeres adolescentes en edad fértil, reduciendo así embarazos precoces, colaborando así al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

PALABRAS CLAVES: embarazo, factores de riesgo, adolescente

ABSTRACT

Our research topic consisted of looking for the most frequent risk factors in pregnant adolescent patients who underwent their controls at the San Andrés Health Center, belonging to the province of Chimborazo in the period 2020 - 2021, for this purpose we used methods such as the collection of data from the medical records found in the Health Care Registry Platform (PRAS), surveys carried out on adolescent patients who were registered in the system and their controls were carried out in this Health Center. The patients who participated in this study were 15 and the analysis of them was obtained as a result that in the period includes late adolescence, that is, between 18 and 19, was where the highest number of pregnancies occurred with 47% of the total. In addition, starting from the point of promotion and prevention, we obtained that 53%, that is, 8 patients, if they received certain information about sexual education and of this percentage, 27% stated they were direct talks by the health team. It is important to emphasize that the health promotion and prevention used in these patients are determinants that still need to be complemented and hence perfecting the sexual education provided to adolescent female patients of childbearing age, thus reducing early pregnancies, collaborating in this way to the improvement of the population life's quality.

KEY WORDS: Pregnancy. Risk factors, Teenagers.

Reviewed by:
Dra. Nelly Moreano Ojeda
ENGLISH PROFESSOR
c.c. 1801807288

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. (OMS, 2020).

Los embarazos precoces se ha vinculado a múltiples factores determinantes sociales (bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ausencia de proyecto de vida, así como también se le ha relacionado con inequidades en el acceso a servicios de salud), políticos (insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, falta de políticas públicas de ser para adolescentes y mujeres jóvenes no unidas, y la no consideración de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes), individuales (inicio cada vez más temprano del ejercicio de la actividad sexual y bajas tasas de planificación familiar) y de los medios de comunicación (“erotización” de los medios de comunicación). (Sanchez Valencia, Mendoza Tascon, Grisale Lopez, & Ceballos Molina, 2013)

Según los datos del ministerio de salud pública, en Ecuador se registraron 413.318 nacidos vivos de niñas y adolescentes, de 10 a 19 años. Las cifras son desde el 2010 hasta el 2016. además, según el plan nacional de salud sexual y reproductiva 2017-2021, Ecuador es el tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos, entre esos rangos de edad. (García, 2018) En los últimos años, el incremento de los índices de maternidad adolescente, es un motivo de preocupación, en especial en la zona rural perteneciente a nuestra provincia, es por eso la motivación de realizar un estudio para ayudar a determinar los factores principales que intervienen en el desarrollo e incremento de este suceso.

Los embarazos en adolescentes traen consigo consecuencias no solo en la madre sino también para el hijo. Según él (Fondo de Población de las Naciones Unidas - Unfpa, 2020) es importante destacar los efectos sobre la salud tanto de niñas y adolescentes como de sus hijos, el embarazo en la adolescencia y la maternidad precoz se relacionan con altos niveles de mortalidad materna e infantil.

La importancia de estudiar los factores asociados al embarazo radica en identificar las principales causas por los que se da este fenómeno a edades muy tempranas en las comunidades de la parroquia San Andrés y que esta información pueda ser utilizada para la creación de campañas y estrategias de salud sexual y reproductiva en adolescentes al personal de salud al que brinda apoyo a estas comunidades.

La muestra obtenida para realizar este estudio comprende una población de mujeres adolescentes en un rango de edad entre 10 y 19 años que habitan en las comunidades de la parroquia San Andrés de la provincia de Chimborazo.

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Planteamiento del Problema y Justificación

El embarazo precoz supone una crisis grave en su existencia. En esta etapa empiezan a surgir contraindicaciones con visiones, discursos, patrones culturales y éticos inculcados por la familia, el tipo de religión y el sistema de educación. El problema está en contraindicaciones que se presentan en su mayoría por el entorno con pobre información o muy limitada y con una visión de la sexualidad solamente desde la perspectiva moral y con escasa indagación científica, lo que incide en su capacidad para tomar decisiones.

Los adolescentes no suelen usar métodos anticonceptivos en sus primeras relaciones sexuales. A pesar de que de cada 9 de 10 adolescentes conoce los métodos anticonceptivos, solo 1 de cada 10 los usa y solamente 1 de cada 5 adolescentes conoce su periodo fértil. (Peláez Mendoza, 2016)

Aunque existe controversia entre un embarazo a temprana edad y la presencia de problemas de salud, referido estrictamente a condiciones biomédicas, en la madre y el niño, si hay consenso que un embarazo en la adolescencia puede traer consecuencias psicológicas y sociales negativas a la madre y al bebé, principalmente cuando este evento se presenta en poblaciones con desventaja socioeconómica. (Donoso S, 2008)

Cualquiera que sea la situación individual o grupo social al que pertenece la adolescente, un embarazo en la adolescencia implica repercusiones biológicas, sociales, económicas y psicológicas que clasifican la situación como de muy alto riesgo. esto amerita que sea visualizado desde una perspectiva integral, considerando a la familia, a la sociedad, los medios de comunicación, el sector salud y educativo, entre otros. (De la Peña Fernández, 2010)

Se escogió un sector rural determinado como muestra a las adolescentes que quedaron embarazadas en el periodo 2020-2021 de la parroquia San Andrés perteneciente a la provincia de Chimborazo ya que en el nivel rural generalmente se conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan principalmente son de orden biológico, como desnutrición y un

malo o nulo control prenatal o la deficiencia de calidad o problemas económicos.

En el ámbito nacional se han realizado intervenciones sobre la salud sexual y procreativa con adolescentes enfocadas a promover el acceso y el uso de métodos de planificación, a aumentar los conocimientos sobre las conductas protectoras y de riesgo y a mejorar el uso de servicios de salud reproductiva.

Pese a los esfuerzos realizados en el mundo, se reconoce que no habido aun el impacto esperado sobre la maternidad temprana. el embarazo adolescente va en aumento mundial presentándose cada vez más a edades precoces. Varias investigaciones revelan que en América Latina entre un 15 a 25% de los recién nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. Es importante recalcar que la vida sexual de los jóvenes está atravesada por componentes culturales, sociales, étnicos y económicos.

Según datos del hospital de Gineco Obstetricia Isidro Ayora de la ciudad de Quito- Ecuador en el año de 1999 el hospital atendió un promedio de 18,5% de embarazos en adolescentes, otros datos estadísticos del año 2008, en la provincia de Azuay se encontró una prevalencia de 34,53% de embarazos adolescentes. Según cifras del Ministerio de inclusión social del Ecuador, presentados en julio de 2010. el 18% de las adolescentes están embarazadas y dos de cada diez aseguran haber sido víctimas de abuso sexual. (Ministerio de Salud Pública (MSP), 2011)

Por lo antes expuesto, en este contexto, es que es necesario analizar en qué medida el sector salud del país asegura una efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad y servicios de salud sexual y reproductiva que garantice el acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces.

Con respecto a la fuente de información que utilizaremos incluye como primordiales datos obtenidos de la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) del Centro de Salud “San Andrés” que opera en esta área respetando los principios de confidencialidad y privacidad por los mismos que jóvenes y adolescentes ejercen sus derechos sexuales y reproductivos. Además, se usarán cuestionarios de encuesta para obtener información a las adolescentes embarazadas y así poder detectar los factores de riesgo a los que están expuestas.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar los factores asociados para la ocurrencia de embarazos en adolescentes de la parroquia San Andrés perteneciente a la provincia de Chimborazo, en el periodo 2020 - 2021.

Objetivos Específicos

- Determinar la edad más frecuente de la ocurrencia de embarazos en adolescentes de la parroquia San Andrés en el periodo 2020 – 2021.
- Identificar actividades de promoción y prevención del embarazo en adolescentes realizadas por el EAIS del Centro de Salud Tipo A San Andrés.
- Establecer el acceso de las adolescentes de las comunidades de la parroquia San Andrés a los métodos anticonceptivos.
- Evidenciar el acceso a los servicios de salud de las adolescentes embarazadas de la parroquia San Andrés perteneciente a la provincia de Chimborazo.

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO

En la adolescencia, el embarazo comprende una variedad de cambios psicológicos, esto conlleva al incremento de la emotividad y una enfatización de conflictos que anteriormente no existían.

DESARROLLO COGNITIVO Y PSICOEMOCIONAL

Un adolescente comprende 3 etapas en su trayectoria: Adolescencia temprana entre 10 a 14 años, media entre 15 a 17 años y tardía entre 18 a 19 años.

Una adolescente embarazada se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando. El embarazo no la hace madurar a etapas posteriores. (Perkal, 2015)

La tarea principal es la búsqueda de la identidad como persona y como miembro de la sociedad. Lidiando por mantener su individualidad, pero al mismo tiempo dudando sobre sí mismos y buscan la aceptación de los demás.

En esta etapa inician las relaciones de pareja y estas se asientan como un nuevo vínculo que provoca curiosidad en donde cada adolescente vive la afectividad y en donde la sexualidad cumple un papel predominante, de esta manera se van configurando diferentes condiciones que constituyen relaciones amorosas, adquiriendo nuevas expresiones que cada adolescente debe vivirla. (Vásquez B, 2019)

DESARROLLO FISIOLÓGICO

Se sabe que la maduración física comienza y termina antes que la maduración cognitiva y psicológica. Durante la adolescencia temprana se desencadenan y liberan diferentes segregaciones hormonales. El inicio de esta fase, esto ocurre bajo el influjo de varios factores, entre ellos la herencia, genética, la salud y el tipo de nutrición.

En lo referente a la talla. Durante la adolescencia se logra alcanzar entre el 15 al 25 % de talla de una persona adulta, además de que un 50 % de las adolescentes continúan crecimiento después de los 16 años. Ahora bien, el peso y su pico de ganancia ocurre aproximadamente 6 meses después del brote de crecimiento entre los 12 y 13 años, la ganancia de peso continuará de manera lenta en el periodo de la adolescencia media y la tardía. La masa ósea en cambio alcanzará el 90% de su composición total a los 18 años.

EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en la adolescencia afecta la vida de las mujeres y su trayectoria. Esto incluye su desarrollo psicosocial, lo que provoca resultados pobres y limitados en materia de salud para las adolescentes y sus hijos, afectando de manera negativa en sus oportunidades educativas y de trabajo; generando la perpetuación de fases intergeneracionales de salud, pobreza y educación precarias.

El embarazo en la adolescencia no se encuentra distribuido de manera equitativa dentro de los países y entre ellos. En varios países de América las niñas de los grupos más pobres, de menor nivel de escolaridad, rurales, indígenas y afrodescendientes, tienden a llevar una carga desproporcionada del embarazo temprano. (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2020)

Por ende, el embarazo en la adolescencia es un reflejo de varios elementos que se entrelazan entre sí y aportan a un mayor decaimiento y un pobre acceso a la información, además de servicios e insumos, incluyendo métodos anticonceptivos.

La problemática de esta situación es más seria en los sectores rurales, en poblaciones indígenas y en los lugares en donde predomina la migración del país. Por lo tanto, y ante esta realidad, los embarazos adolescentes deben ser entendidos y atendidos como un tema prioritario para nuestro país, independientemente de los esfuerzos hechos hasta el momento por las instituciones de salud y de educación del país.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Personales: Menarquia temprana, metas académicas de instrucción baja, falta de conocimiento acerca de métodos de planificación familiar, relaciones sentimentales desordenadas en adolescentes.

Familiares: Familia disfuncional, familiares de primera línea (madre o hermana) con antecedentes de embarazo precoz, abandono o pérdida de familiares cercanos o representantes, nivel de educación inferior de los padres.

Sociales: Vivienda en malas condiciones además de hacinamiento, sucesos en el área del hogar que provoquen riesgos: drogadicción, delincuencia, alcoholismo, prostitución, empleo infantil o precoz, vivienda en el área rural, conocimientos rezagados y costumbres ancestrales acerca de sexualidad. Además de que el nivel sociocultural y el grupo étnico están asociados podrían ser mecanismos de desarrollo del embarazo. (Rosende G. , 2017)

Las embarazadas, en especial las adolescentes, están expuestas a discriminación en la escuela o lugar de trabajo. Estas contrariedades deben ser superadas por medio de la introducción de los entornos sociales, jurídicos y políticos. (Organización Mundial de la Salud, 2005)

Existen casos en que los adolescentes son vulnerables a la mala organización y resultados decadentes en cuanto a salud se refiere, esto como resultado de factores individuales y ambientales, uno de los principales motivos el vivir sin el apoyo de los padres y de aquí se desencadenan la explotación y la marginación. (Organización Mundial de la Salud, 2010)

Hernández y Valdés refieren que la falta de vigilancia de la familia como elemento regulador de la conducta de la adolescente, le da a ella una mayor disponibilidad de tiempo y se implica más profundamente en sucesos antisociales y sexuales a tempranas edades. La falta de una adecuada y buena funcionalidad familiar provoca en el adolescente una carencia afectiva proyectando al adolescente a involucrarse en relaciones sexuales precoces. (Hernández Nuñez, Valdés Yong, Moreno González, & Pérez Pérez., 2014)

Consecuencias:

La consecuencia del Embarazo Adolescente afecta a los dos miembros de la pareja, sin embargo, aunque es la mujer quien más las sufre. Entre ellas se puede destacar, la gran carga emocional como consecuencia todos los cambios físicos que conlleva este proceso fisiológico y por la influencia negativa del ambiente donde vive. (Loredó-Abdalá, Vargas-Campuzano, Casas-Muñoz, González-Corona, & Gutiérrez-Leyva, 2017)

Entre las consecuencias más frecuentes que trae consigo un embarazo adolescente están el rompimiento del proyecto de vida, la deserción escolar, los conflictos familiares ya que aparece una discrepancia entre los integrantes de la familia, la desmoralización ante la sociedad por el evento imprevisto, así como cambios económicos desfavorables, por lo que afecta también la calidad de vida de la familia y la comunidad. Se puede dar también la expulsión del hogar, el

abandono por parte de la pareja, las diversas alteraciones emocionales, el rechazo escolar y social, problemas para obtener un empleo, carencia de un ingreso monetario suficiente, inclinación al consumo de sustancias lícitas e ilícitas e incluso e incluso tendencia a la prostitución o delincuencia.

El embarazo durante la adolescencia trae problemas simultáneos como altos costos emocionales, sociales, financieros tanto para la salud de las madres adolescentes como de sus hijos, de ahí, recalcar la importancia de comenzar las acciones relacionadas con la prevención de este problema de salud, a partir del núcleo de la sociedad, que es la familia, en donde juega un rol importante el equipo básico de la Atención Primaria de Salud en trabajar con las familias para propiciar hábitos y estilos de vida saludables, mediante acciones de salud que permitan contribuir al desarrollo más sano de la adolescencia, y así evitar el embarazo en etapas tempranas de la vida y sus consecuencias tan dañinas para la salud de la madre y su hijo(a).

SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Según la ENSANUT 2012 (Freire, y otros, 2012):

- El 39.2% de adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado una vida sexual activa.
- El 7,5% tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años, mientras que el 30,1% la tuvo antes de los 18 años.
- En mujeres de 15 a 24 años la información sobre sexualidad y salud sexual y salud reproductiva es mayor cuando éstas tienen mayor nivel de instrucción, sobrepasa el 80% en mujeres con instrucción secundaria completa o instrucción superior. La información sobre anticoncepción de emergencia es menor a los otros temas en todos los niveles de instrucción.
- La escuela y el colegio son la fuente principal de información en temas de sexualidad.
- El 89,9 % de niñas de 10 a 14 años que han tenido relaciones sexuales, las tuvo con personas mayores a ellas.
- Las adolescentes entre 15 a 24 años, en un 67,7%, no utilizaron método anticonceptivo en su primera relación sexual. Las principales razones para ello son no conocer los métodos anticonceptivos y no poder conseguirlos.
- El 7,5% de embarazos en menores de 15 años termina en abortos.

- El 44,3% de mujeres que se embarazaron (15 a 24 años) interrumpió sus estudios y no volvió a estudiar.

EMBARAZO DOLESCENTE ALREDEDOR MUNDO

Desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, sin embargo hay que tomar en cuenta que un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre jóvenes de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos, alrededor del 95% se produce en países de ingresos bajos y medianos.

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana. (OMS, 2020); es decir que el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

La tasa de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continua siendo la segunda más alta del mundo, estimada en 66,5 nacimientos por cada 1.000 niñas en una edad comprendida entre 15 a 19 años, más que la tasa de embarazo en África subsahariana.

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte entre las adolescentes y mujeres jóvenes de 15 a 24 años en América. Por ejemplo, alrededor de 1900 adolescentes murieron por problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto en 2014. A nivel mundial, el riesgo de mortalidad materna para las madres menores de 15 años en los países de ingresos bajos y medianos se ha duplicado.

Los países desarrollados se caracterizan por tener tasas de embarazo en la adolescencia muy bajas en comparación con los países en desarrollo. Sin embargo, varía mucho de un país a otro, lo que se expresa tanto en los niveles alcanzados como en la variación observada en los últimos cincuenta años. La tasa de fecundidad adolescente al principio de los años sesenta se encontraba en un rango entre 10 y 85 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años de edad, valores que hasta 2013 se encontraba entre menos de 1 y 30 nacimientos por mil; entre inicios de 1960 y 2012 ha alcanzado valores de alrededor del 2% anual en Eslovenia y Austria y de menos del 1% anual en el Reino Unido, Grecia, Irlanda, Estonia y España, este último mencionado es el único en haber experimentado una tasa de variación cercana a cero. (Di Cesare, 2014)

Rumanía y Bulgaria en el año 2015 fueron los países con mayor proporción de madres adolescentes de la unión Europea. En 2015, último año del que se disponen este tipo de datos, alrededor de uno de cada diez partos en estos dos países fueron de una adolescente o una niña. Este porcentaje es tres veces mayor que el de la media europea. Según los expertos, las principales razones para que se produzca este fenómeno es la cultura sexista represiva y la falta de respeto por las mujeres. (Euronews, 2017)

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN AMÉRICA LATINA

En 2014, 662 adolescentes en América Latina fallecieron por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el periodo postparto temprano, esta es la información que se tiene procedente de 32 países. Además de diversas encuestas que se realizaron en siete países entre el 2008 y el año 2016 indicaron como resultados que las adolescentes sin estudios o que solo contaban con educación primaria tenían hasta cuatro veces más probabilidades de quedar embarazadas en comparación con adolescentes con instrucción superior. (Organización Panamericana de la Salud, 2020)

En la investigación de (Rodríguez, Cala, Nápoles, & Aguilar, 2017) en Cuba resultaron factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia el tener sus primeras relaciones sexuales entre los 15 y 19 años y no tener conocimiento acerca de complicaciones del embarazo en la adolescencia, lo que indica que la educación sexual a los adolescentes dentro de las familias y en las escuelas, debe estar dirigida a la implementación de métodos anticonceptivos y de esta manera, prevenir los embarazos adolescentes.

Según (Castillo Riascos, 2016) en una investigación realizada en Colombia, menciona que, el 20% de las mujeres embarazadas son adolescentes, aunque la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en este ciclo de vida que entre las mujeres de 20 a 29 años. Además de las complicaciones materno-perinatales asociadas con la inmadurez biológica, tener un hijo antes de los 20 genera un impacto socioeconómico negativo que puede prolongarse por toda la vida.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL ECUADOR

En Ecuador, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2012, el 39,2% de adolescentes entre 15 y 19 años ha iniciado una vida sexual activa, cifra que ha aumentado en comparación con mediciones de 2004 y que se debe poner gran atención por

los riesgos que están asociados a ella, tales como la gran probabilidad de embarazo y mayor exposición a infecciones de transmisión sexual.

En América del Sur Venezuela, Ecuador y Bolivia tienen las tasas más altas de fecundidad en adolescentes de entre 10 a 19 años: 80.9%, 77.3% y 72.6% respectivamente; definiéndose a Tasa de fecundidad como el número de hijos, en promedio, que se pronostica tendrá una mujer durante su edad reproductiva. (Organismo Andino de Salud & Convenio Hipólito Unanu, 2016)

Según el INEC en el año de 2020, se registraron 1.631 nacidos vivos, hijos de niñas de 10 a 14 años de edad que corresponde a una tasa de 2 nacidos vivos por cada 1.000 niñas de ese rango de edad, esta es una cifra alarmante todavía a pesar de haber disminuido levemente en comparación a los 2 últimos años. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2020)

En el año 2020, se registraron 43.260 nacidos vivos, hijos de adolescentes de 15 a 19 años de edad que corresponde a una tasa de 54,6 nacidos vivos por cada 1.000 adolescentes en ese rango de edad, cifra que ha incrementado en comparación con el año 2005. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2020)

Según el estudio de Costos de Omisión en SSR, en 2015, 25.400 embarazos ocurridos en adolescentes de 15 a 19 años fueron no intencionados, entendiendo como no intencionados los embarazos no planificados más los no deseados. En este mismo año se registraron 24.794 partos en adolescentes, esto es el 26% del total de partos del año; de esas, casi 7% correspondió a niñas de 10 a 14 años. (Ministerio de Salud Pública; Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016)

Por otro lado, diversos estudios muestran que existe una relación entre el embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana con los rendimientos educativos. En el caso de Ecuador, según datos obtenidos en 2017, dentro del grupo de mujeres que fueron madres con menos de 15 años de edad³, el 73,5% contaba con educación básica, mientras que tan solo el 25,5% contaba con educación media/bachillerato. Por otro lado, en el grupo de madres 15 a 19 años⁴, el 39,9% de nacidos vivos fueron de madres con educación básica, el 56,1% fueron de madres

con educación media/bachillerato y el 0,35% de nacidos vivos fueron de madres sin ningún nivel de educación.

Es frente a la constatación de todos estos y otros efectos del embarazo en la adolescencia que Unicef Ecuador, en el marco de su nuevo programa país 2019-2022, ha colocado entre sus prioridades de trabajo la prevención y la atención al embarazo en la adolescencia por tratarse de una amenaza directa al desarrollo pleno, particularmente, de las niñas y las adolescentes. Unicef Ecuador junto al UNFPA y otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas trabajan de la mano. (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2020)

Según la Constitución, Ecuador es un “Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico” (Asamblea Nacional, 2008, pág. Art 1) que se encarga de garantizar el adecuado goce de la salud y la educación como derechos fundamentales, además del derecho a la protección especial de grupos de atención prioritaria, entre ellos niñas y adolescentes que son el grupo en el que se enfoca este trabajo. A su vez, la Constitución reconoce la responsabilidad del Estado de asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, así como la de garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y post parto (Asamblea Nacional, 2008, pág. Art 363)

Por las razones citadas anteriormente y buscando atender a esta responsabilidad, en 2017 se crea el Plan Nacional de Desarrollo “Toda una Vida” (2017- 2021), que busca cumplir con el mandato de “planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al buen vivir” (Asamblea Nacional, 2008, pág. Art 3), este plan incluye metas en salud materna, especialmente enfocadas a la mortalidad y el embarazo en la adolescencia. Dicho Plan busca asegurar los entornos para el pleno ejercicio del derecho de la población a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su salud sexual y reproductiva, teniendo en consideración sus contextos geográficos, sociales y culturales (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), 2017).

Para la reducción de embarazo en la adolescencia, se discutió y aprobó la Política Intersectorial para la Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes en el año 2018, la cual parte por entender que los embarazos en niñas y adolescentes corresponden a un conjunto de determinantes sociales y económicos como la pobreza, el deficiente acceso a servicios de salud sexual y reproductiva como son los métodos anticonceptivos (SSR), matrimonios o uniones tempranas dentro de las comunidades y la familia, la falta de educación integral de la sexualidad, la violencia tanto de género como violencia sexual. Para esto, dicha política se centra en trabajar sobre los determinantes del embarazo de las adolescentes de 10 a 14 y de 15 a 19 años, población en la que resulta de especial urgencia prevenir el embarazo, ya que son quienes están expuestas más frecuentemente a este tipo de situaciones (Ministerio de Salud Pública (MSP); Ministerio de Educación y Cultura (MINEDU); Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), 2018).

EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHIMBORAZO

Se conoce que en la provincia de Chimborazo la mayoría de los 500.000 habitantes pertenecen a la comunidad Quichua y dos tercios viven en situación de pobreza, la tasa oficial de embarazo adolescente es menor que la media nacional del 18%. Sin embargo, el dato probablemente sobrepasa el 15% recogido por fuentes oficiales. Muchos embarazos ocurridos en la adolescencia pasan inadvertidos por los hospitales en Chimborazo porque existe mucho secretismo sobre los embarazos en las comunidades de esta provincia, normalmente esta discreción es motivada por la vergüenza, quedarse embarazada sin estar casada acarrea un gran estigma entre las personas indígenas.

Según un reporte del 2011, en la provincia se registraron 2.658 casos de adolescentes en estado de gestación o que ya dieron a luz; es decir, 7 embarazos por día. Información proporcionada por el Club de Adolescentes del Hospital Docente de Riobamba, señaló que diariamente unas cinco mujeres en edades comprendidas entre 12 y 17 años son atendidas por presunto embarazo en el Departamento de Ginecología, y muchos de esos casos terminan por confirmarse. Por otro lado se evidencia que las campañas de anticoncepción parecen no surtir efecto, mientras se insiste a las jóvenes que se cuiden, que piensen en las consecuencias, que la abstinencia es la mejor opción, en la televisión y redes sociales se pasan diariamente contenido de escenas de sexo, en las que es muy popular las aventuras sexuales, promiscuidad, sexo sin protección, etc. y se les vende la idea de que tener un bebé no involucra mayor problema. (Telegrafo, 2013)

Se ha visto bastantes casos de embarazos en niñas y en adolescentes en nuestra provincia, y una de las causas en ocasiones es el desconocimiento de la de madurez de cada una de las personas, en especial los padres no tratan de ayudar a sus hijos, no tratan de conversar con los chicos, ya sea por miedo o por timidez para que sepan la importancia de llegar a una madurez y respetar su cuerpo para evitar los embarazos en las adolescentes o tempranas.

Demanda, conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar en adolescentes

Entre los derechos de los y las adolescentes, se cita el derecho a vivir su sexualidad en condiciones seguras y satisfactorias, a decidir de manera autónoma e informada, si quieren o no tener hijos, cuántos, cuántas, en qué momento y con quién; así como a ser protegidos/as de toda forma de violencia y abuso sexual. Para todo esto, es indispensable que el Estado garantice información actualizada, eficiente y veraz sobre educación integral de la sexualidad, así como acceso a métodos anticonceptivos modernos, que incluya tantos métodos de larga duración y anticoncepción oral de emergencia. Asimismo, promover el uso de condones femeninos o masculinos, factor que contribuye a la prevención de embarazos no intencionados como infecciones de transmisión sexual.

De acuerdo con los datos del (ENSANUT, 2012):

El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes mujeres de 12 a 14 años es de 79.5%, en comparación con el 98% de mujeres entre 15 y 49 años. Se menciona también que las adolescentes y jóvenes entre 15 a 24 años, en un 67,7%, no utilizaron método anticonceptivo en su primera relación sexual, las principales razones para ello fueron en que no pensaba que iba a tener relaciones sexuales (58,2%), no conocía los métodos anticonceptivos (18,5%) y no poder conseguirlos (4%). De las mujeres casadas o unidas de 15 a 19 años, el 68.9% utilizan algún método anticonceptivo, de estas el 60.5% usan un método moderno, del total de población que utiliza este tipo de métodos el 48% lo hace a través de servicios del Ministerio de Salud, y el 37.7% de farmacias y clínicas privadas.

La evidencia a nivel mundial demuestra que satisfacer la demanda de métodos anticonceptivos, especialmente de larga duración resulta una intervención efectiva en la reducción de embarazos no intencionados y de abortos inseguros, por lo tanto, en la reducción de muertes maternas.

BARRERAS PARA EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA Y EL ACCESO A LA INFORMACIÓN

En general todavía existen barreras que pueden limitar el acceso a los servicios de salud a la población en general y sobre todo a los y las adolescentes. La adolescencia es considerada muchas veces como un período de riesgos y problemas, sobre todo en temas de sexualidad, donde las y los adolescentes responden y cumplen con estrictas normas y patrones de género, tabúes y actitudes negativas frente a la sexualidad. Son muchas las barreras para el acceso servicios de salud, y sobre todo para los servicios de salud y salud reproductiva.

Estas barreras se explican tanto en la demanda, como en la oferta. Por el lado de la oferta existen aspectos como el costo, la distancia y el horario de apertura inadecuado, actitudes críticas por parte del personal de salud, así disponibilidad en asesoría y provisión de métodos de planificación modernos. Desde la demanda existen gran cantidad de adolescentes con poco conocimiento sobre sus derechos, sexualidad y métodos anticonceptivos que afectan a su autonomía y toma de decisiones.

Para que ocurra un embarazo adolescente tiene gran influencia las barreras tales como vergüenza y temor a buscar atención médica, el costo de los servicios, falta de privacidad, maltrato, barreras administrativas, el no saber a dónde acudir para buscar métodos anticonceptivos. Cuando el embarazo adolescente es resultado de violencia sexual, estas barreras se agravan, por el silencio, la culpabilizarían y falta de apoyo, especialmente en menores de 15 años.

ENFOQUE DE ABORDAJE CON RESPECTO AL BIENESTAR Y ENFOQUE INTERCULTURAL COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE EMBARAZO PRECOZ

Este enfoque orienta a medidas multisectoriales dirigidas a la promoción y prevención de la salud durante todo el ciclo de vida, para garantizar a las personas un desarrollo saludable en la

niñez y la adolescencia y evitar de esta forma, alteraciones físicas y mentales que pueden aparecer.

El reconocimiento intercultural se centra en la aceptación, aprendizaje y valoración de las personas de diferentes culturas como sujetos de derechos, sin jerarquías ni murallas sociales. El adecuado entendimiento étnico y cultural de la vivencia de la sexualidad apoyará en la definición de aquellos mecanismos de prevención que se implementan en el contexto educativo y de formación, suscitando el diálogo entre diferentes saberes culturales para la construcción de relaciones equitativas.

Si se genera una adecuada promoción de una cultura de paz y de formación de equidad entre hombres y mujeres, así se logra desnaturalizar los patrones socioculturales de género que promueven relaciones violentas entre hombres y mujeres, para ello es de suma importancia la identificación de posibles situaciones de ímpetu. (UNICEF, 2014)

Es importante crear procesos, tanto educativos como de salud que involucren a la comunidad y que estos sean sostenibles en el tiempo y que se vinculen con las herramientas de gestión llevadas a cabo en las Unidades de Salud.

Partiendo del punto de promoción y prevención se recomienda brindar información clara y basada en datos científicos sobre los cambios que pueden producirse durante la adolescencia y la transición a la adultez, además de hablar acerca de experiencias que promuevan prácticas positivas de la sexualidad a partir del cuidado personal y de las demás personas.

Un ejemplo claro es abordar con las adolescentes el hito de la menstruación cuestionando los mitos y tabúes que existen a su alrededor para apartar dudas o miedos que puedan existir al respecto y que este acontecimiento no esté cargado de vergüenza, si no que pueda ser aceptado con normalidad como un proceso biológico. Desde ahí podemos emprender un buen diálogo acerca de todo lo que conlleva el reconocimiento y configuración de las etapas de la adolescencia.

Dar información además sobre estándares culturales y las prácticas desfavorables sobre sexualidad de la mujer que le impiden tener autonomía y tomar decisiones libres e informadas sobre su cuerpo y su sexualidad, lo que puede perturbar grandemente su Proyecto de Vida, abarcando principalmente embarazos no deseados, violencia sexual o matrimonio precoz. (Paz Enriquez, 2019)

CAPÍTULO III.

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo ya que nos basamos en el periodo a estudiar hasta el mes de febrero de 2021 y observacional por tener un carácter estadístico o demográfico, basado en datos obtenidos mediante la aplicación técnicas válidas que permiten cumplir con los objetivos, determinar los factores asociados para la ocurrencia de embarazos en adolescentes de la parroquia San Andrés perteneciente a la provincia de Chimborazo, en el periodo 2020 - 2021.

Es un estudio de corte transversal, ya que trabaja con una población definida, que son adolescentes que son atendidos en el Centro de Salud Tipo A San Andrés y que han sido diagnosticadas con embarazo. Dentro del estudio se describe variables como género de pacientes atendidos, autodenominación de mujeres embarazadas, tipo de cobertura que reciben, mujeres de grupos prioritarios, edad, semanas de embarazo, tipo de medicamento que recibieron, etc.

3.2 Unidad de análisis

El estudio e investigación se realizó con pacientes mujeres adolescentes que fueron atendidas durante el periodo de periodo 2020 - 2021, en el Centro de Salud Tipo A San Andrés de la provincia de Chimborazo.

3.3 Población de estudio

Mujeres adolescentes en el Centro de Salud Tipo A San Andrés.

3.4 Tamaño de muestra

La muestra está conformada por el número total de pacientes mujeres adolescentes en estado de gestación o embarazadas, que han sido atendidos en el Centro de Salud Tipo A San Andrés, 15 es la muestra objetivo de estudio.

3.5 Técnicas de recolección de datos

Fuentes de información: Artículos científicos, tesis, libros, artículos de internet y encuestas.

Revisión documental: Historial médico, fichas médicas.

Revisión del sistema de apoyo del personal médico: La Plataforma de Registro de Atención

en Salud (PRAS).

Se evaluaron a 15 pacientes quienes llegaron al Centro de Salud a controles de embarazo en el periodo 2020 - 2021, con la utilización de hojas de registro en Excel para documentar la información de historias clínicas y con la debida autorización para hacer uno académico de la información que es confidencial.

3.6 Técnicas de análisis e interpretación de la información

Para el desarrollo de este estudio, se utilizó el método inductivo-deductivo, ya que se estableció información a partir de mujeres adolescentes en estado de embarazo, por otro lado, se utilizó la técnica de investigación analítica-sintética, ya que se realizó un análisis de toda la información que consta en el Centro de Salud San Andrés respecto a cada paciente, y en donde de forma detallada se ha registrado datos de género, edad, estado civil, ocupación, métodos anticonceptivos utilizados, entre otros. Respecto al análisis de variables de estudios, se estableció un análisis cualitativo y cuantitativo, para esto se desarrolló una encuesta con la población de estudio (15 pacientes adolescentes mujeres), en donde luego de tabular la información, se procedió al análisis e interpretación de los resultados que se obtuvo luego de la aplicación de esta técnica.

Con la finalidad de garantizar la seguridad de información que viene a ser confidencial, este estudio se llevó a cabo con todos los permisos y autorizaciones de las autoridades del Centro de Salud Tipo A de San Andrés, para que el acceso a la información no sea limitado y se cuente con datos estadísticos que permitan tener información de mujeres adolescentes embarazadas de la localidad.

Identificación de variables

Tabla 1: Listado de variables para análisis posterior de resultados.

Variable	Tipo	Escala	Definición Operacional	Indicadores
Edad	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • 10-14 años 15-17 años 18-19 años 	Años cumplidos	Número de embarazos según edad
Estado Civil	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Casada • Soltera • Unión Libre • Separada • Viuda 	Estado Civil	Número de mujeres adolescentes en diferente estado civil
Ocupación	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Quehaceres domésticos • Agricultura 	Ocupación	
Edad primera relación sexual	Cuantitativa	10-14 años 15-17 años 18-19 años	Edad cumplida	Porcentaje de primera relación sexual por edad
Edad de embarazo	Cuantitativa	10-14 años 15-17 años 18-19 años	Edad cumplida	Porcentaje de adolescentes con edad de embarazo
Educación sexual	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce • Desconoce 	Educación sexual	Porcentaje de mujeres embarazadas de tienen conocimiento acerca de salud sexual
Persona responsable del embarazo	Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer • Hombre • Pareja • Personal de salud 	Persona responsable del embarazo	
Métodos anticonceptivos	Cualitativa	• Píldora	Métodos para prevención de embarazos	Porcentaje de método más utilizado
		• Condón		
		• Parche		
		• Sistema intrauterino		
		• Inyección		
		• Implante		

Fuente: Encuestas realizadas

Elaboración: Andrade W, Maldonado A.

Identificación de variables

El análisis estructural comprende tres etapas.

1. Inventario de variables.
2. Descripción de las relaciones entre variables.
3. Identificación de variables esenciales.

1.1.1 Inventario de las variables

En esta primera etapa consiste en enumerar todas las variables que caracterizan el sistema de estudio y su entorno, al referirse a las variables internas y externas. Este listado sugiere debe ser exhaustivo sin obviar ninguna pista de investigación, según la experiencia se menciona que este listado de variables no debe sobrepasar de 80. Además, se considera fundamental incluir una explicación detallada de las variables para facilitar el análisis y la localización de relaciones entre estas, y con esto la base para toda reflexión prospectiva.

1.1.2 Descripción de relaciones entre las variables

Esta fase de relleno de la matriz corresponde a la descripción de variables es cualitativa en donde se plantea las interrogantes: ¿existe una relación de influencia directa entre la variable i y la variable j ?; de tal forma que si no es el caso se la valora con 0, en el caso que si exista una relación de influencia se cuestiona si esta influencia directa es débil, mediana, fuerte o potencial; con la valoración de 0, 1, 2, 3, y 4, respectivamente.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN Y REALIZACIÓN DE ENCUESTAS

1. Pregunta 1

Tabla 2: Edad de pacientes embarazadas y atendidas en el Centro de Salud San Andrés

Edad	N° de mujeres embarazadas	% de personas embarazadas por edad
13 años	1	7%
14 años	1	7%
15 años	2	13%
16 años	2	13%
17 años	2	13%
18 años	5	33%
19 años	2	13%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

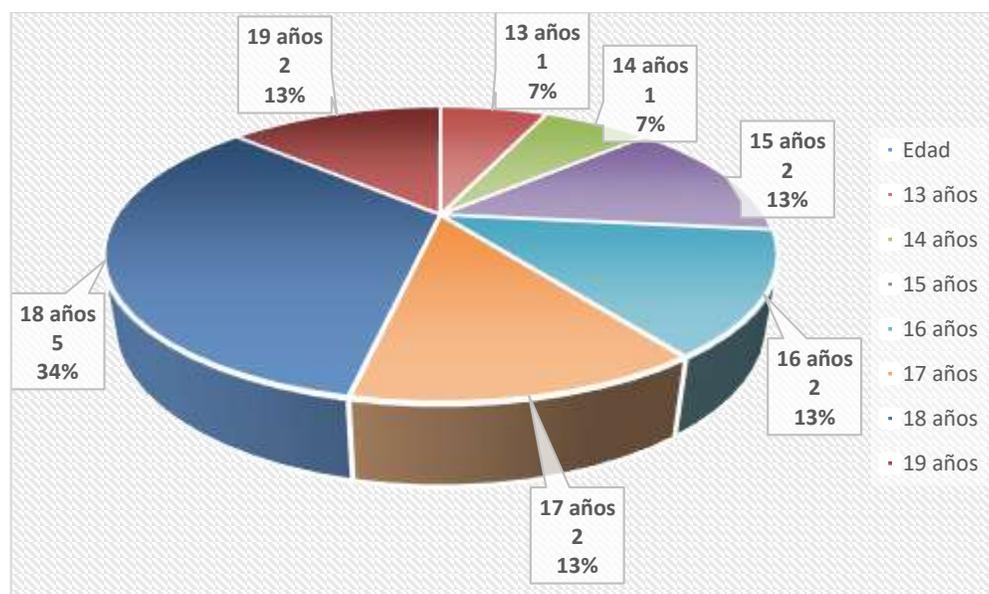


Gráfico 1: Edad de las pacientes.

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas.

ANÁLISIS:

De los datos observados en la tabla 1, se puede evidenciar que en el período de la adolescencia tardía se generan el mayor número de embarazos (47%); seguido de la adolescencia mediana

con el 39% y un 14% corresponde a la adolescencia temprana.

2. Pregunta 2

Tabla 3: Estado Civil de las pacientes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés

Estado Civil	N° de mujeres por estado civil	% de estado civil de pacientes
Casada	3	20%
Soltera	6	40%
Separada	0	0%
Unión Libre	6	40%
Viuda	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

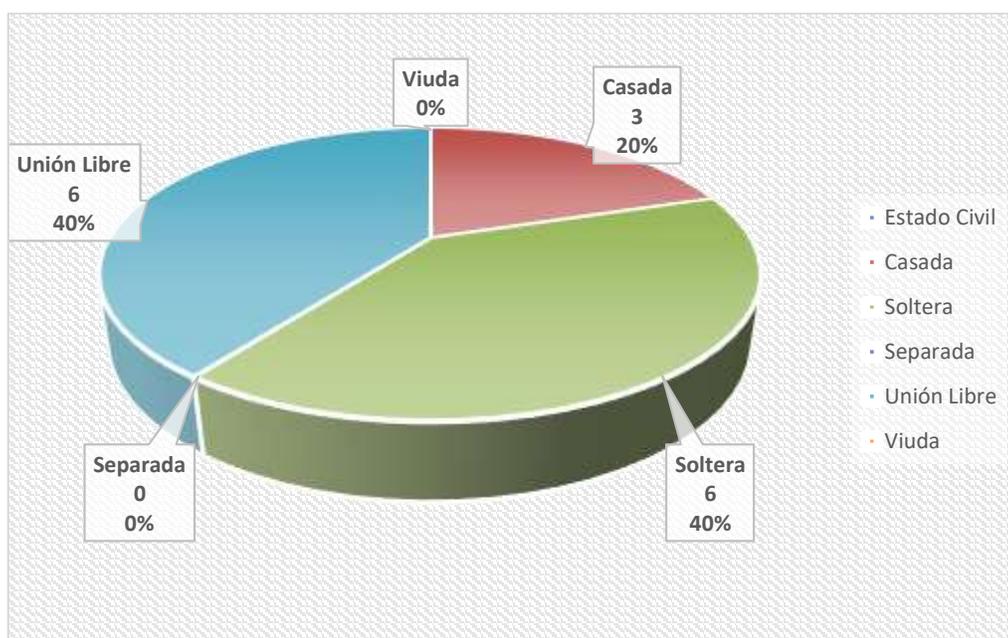


Gráfico 2. Estado civil de la encuestada

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS:

En el presente gráfico podemos evidenciar que el 60 % evidencian una relación conyugal estable, ante el 40% que son madres solteras, lo cual incrementa el riesgo del embarazo y de la embarazada y del producto.

3. Pregunta 3

Tabla 4: Ocupación de pacientes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés

Ocupación	N° de mujeres por estado civil	% de estado civil de pacientes
Estudiantes	6	40%
Agricultura	3	20%
Quehaceres Domésticos	6	40%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

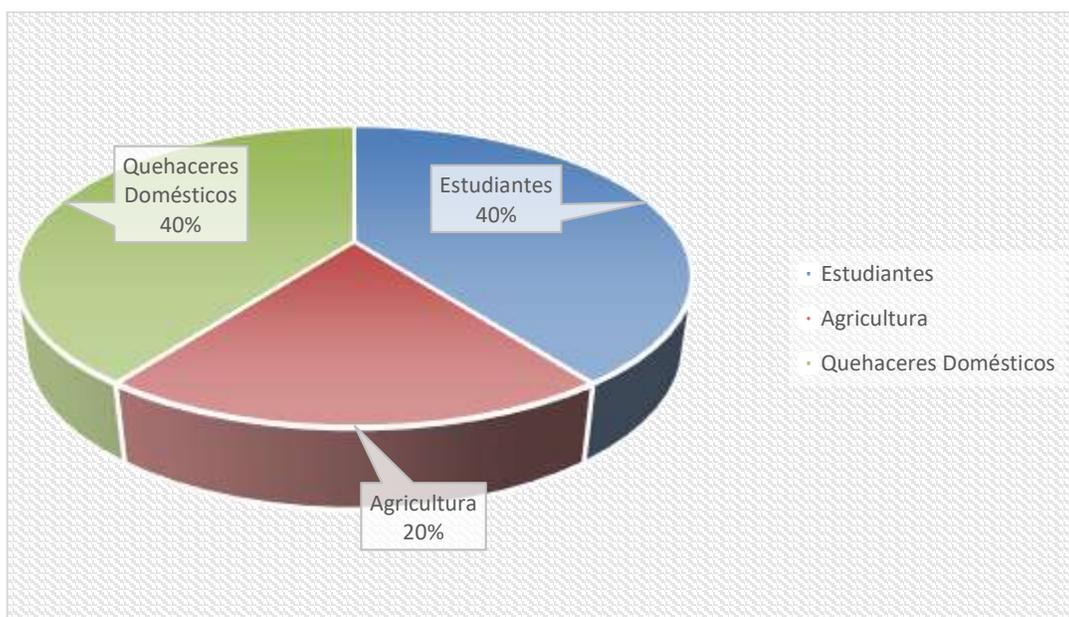


Gráfico 3. Ocupación de la encuesta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS:

El presente gráfico nos demuestra que el 40% de las embarazadas adolescentes continúan con sus estudios, al contrario del 60% que no lo hicieron, lo cual concuerda con el estudio realizado por la OPS en el año 2020 publicado en la revista Adolescentes y ciclos de vida en América Latina.

4. Pregunta 4

Tabla 5: Primera menstruación de mujeres adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés

Edad	Nº de mujeres con primera menstruación por edad	% de mujeres adolescentes con primera menstruación por edad
10 años	2	13%
12 años	3	20%
13 años	5	33%
14 años	4	27%
15 años	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

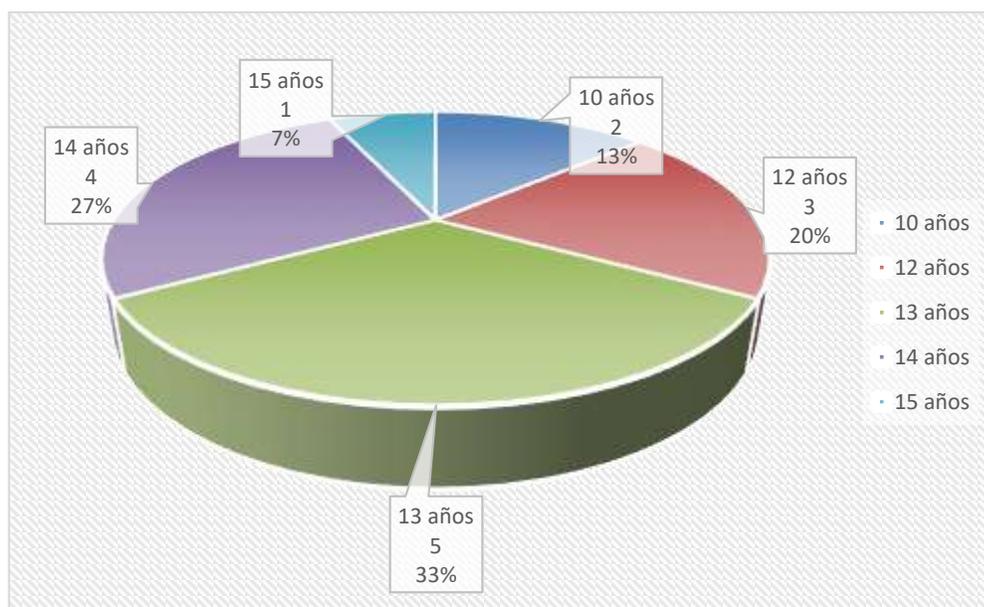


Gráfico 4. Edad de la primera mesntruación

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

Los datos obtenidos no son relevantes para el presente estudio.

5. Pregunta 5

Tabla 6: Primera relación sexual de mujeres adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés

Edad	N° de mujeres con primera relación sexual por edad	% de mujeres adolescentes con primera relación sexual por edad
13 años	1	7%
14 años	1	7%
15 años	5	33%
16 años	3	20%
17 años	5	33%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

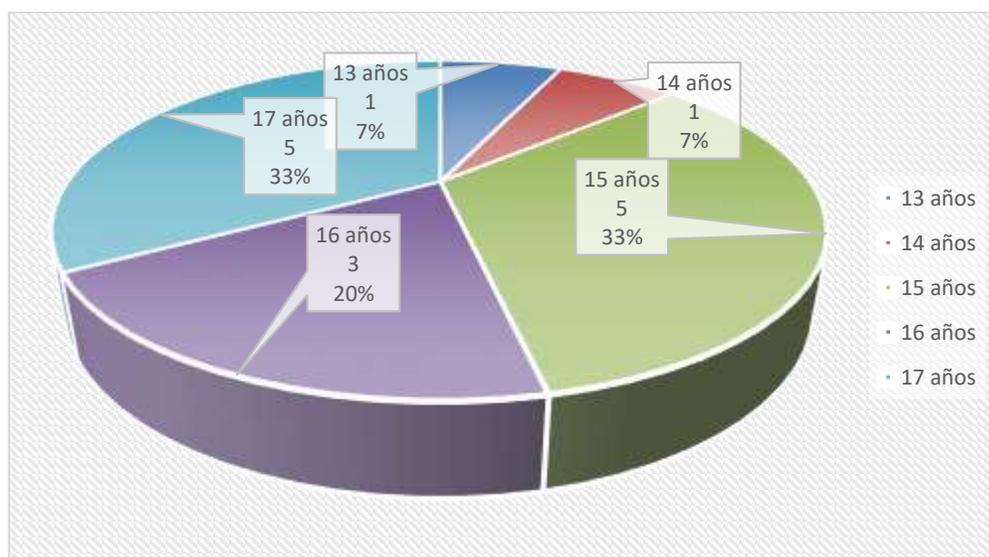


Gráfico 5. Edad de la primera relación sexual

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

Los datos que constan en el gráfico nos demuestran que la edad promedio para el inicio de la actividad sexual en la población de adolescentes embarazadas perteneciente a la Parroquia San Andrés es a partir de los 15 años, con el mayor número en el período de la adolescencia mediana y con menor frecuencia en la adolescencia temprana.

6. Pregunta 6

Tabla 7: Edad del primer embarazo de mujeres adolescentes atendidas en el centro de salud San Andrés

Edad	N° de mujeres con primer embarazo	% de mujeres adolescentes con primer embarazo
13 años	1	7%
14 años	1	7%
15 años	2	13%
16 años	2	13%
17 años	4	27%
18 años	5	33%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

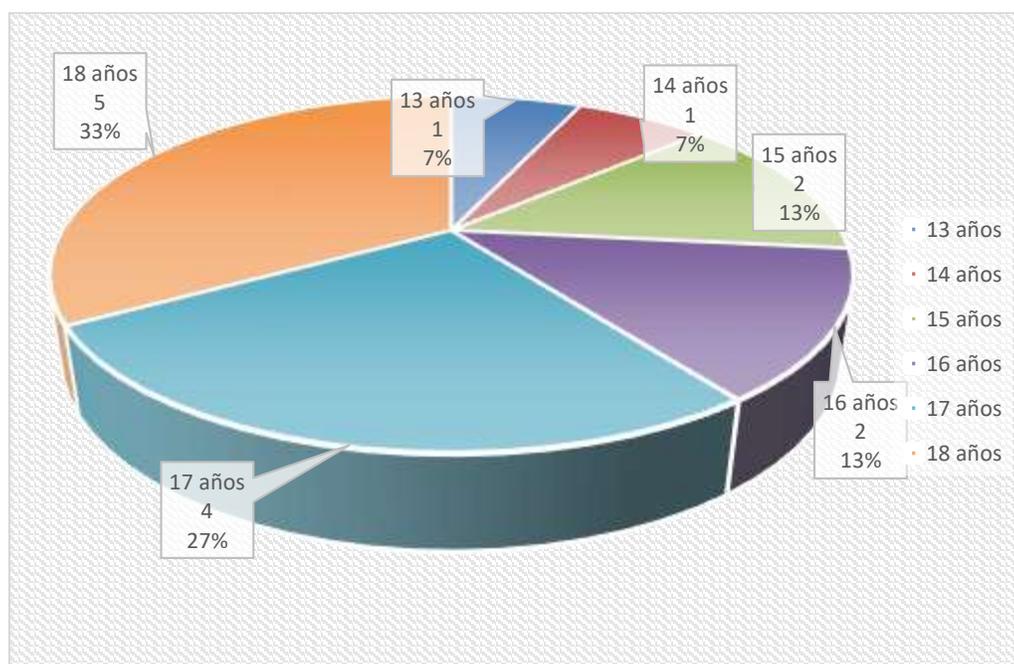


Gráfico 6. Edad del primer embarazo

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS:

El gráfico nos muestra que el 60% de las encuestadas tuvieron su primer embarazo entre los 17 y 18 años, esto se puede explicar ya que en este rango de edad existe una mayor actividad sexual por lo que existe mayor riesgo de embarazo, cabe acotar que toda la población encuestadas son primigestas.

7. Pregunta 7

Tabla 8: Mujeres adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud San Andrés que recibieron información.

	N° de personas que recibieron información	% de personas que recibieron información
SI	8	53%
NO	7	47%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

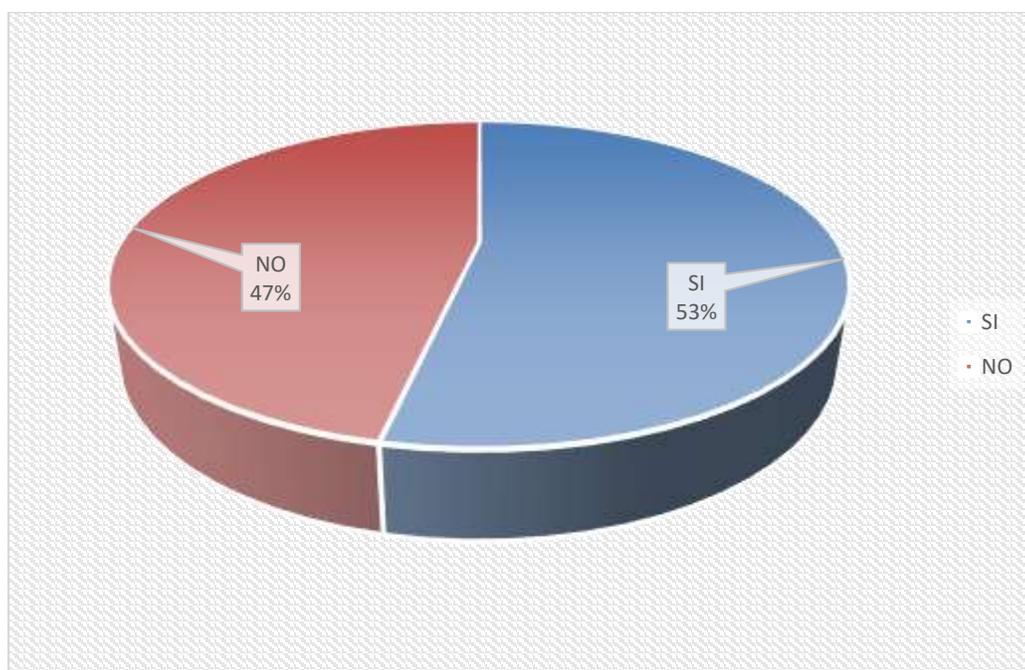


Gráfico 7. Información de embarazo en Centro de Salud

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

El siguiente gráfico demuestra que el 53% de las encuestadas, es decir 8 adolescentes si recibieron información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, etc. por parte del equipo de salud del Centro de Salud, mientras que el 47% (7 personas) no recibió ninguna clase de información acerca de este tema, lo que significa que el equipo de salud de la unidad operativa trata de cumplir con las actividades correspondientes a esta temática.

8. Pregunta 8

Tabla 9: Tipo de acceso a información hacia mujeres adolescentes embarazadas del Centro de salud de San Andrés

Tipo de Información	N° de tipo de medio de información	% de tipo de medio de información
Charlas	4	27%
Foros	0	0%
Visitas en casa	4	27%
Ninguna	7	47%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

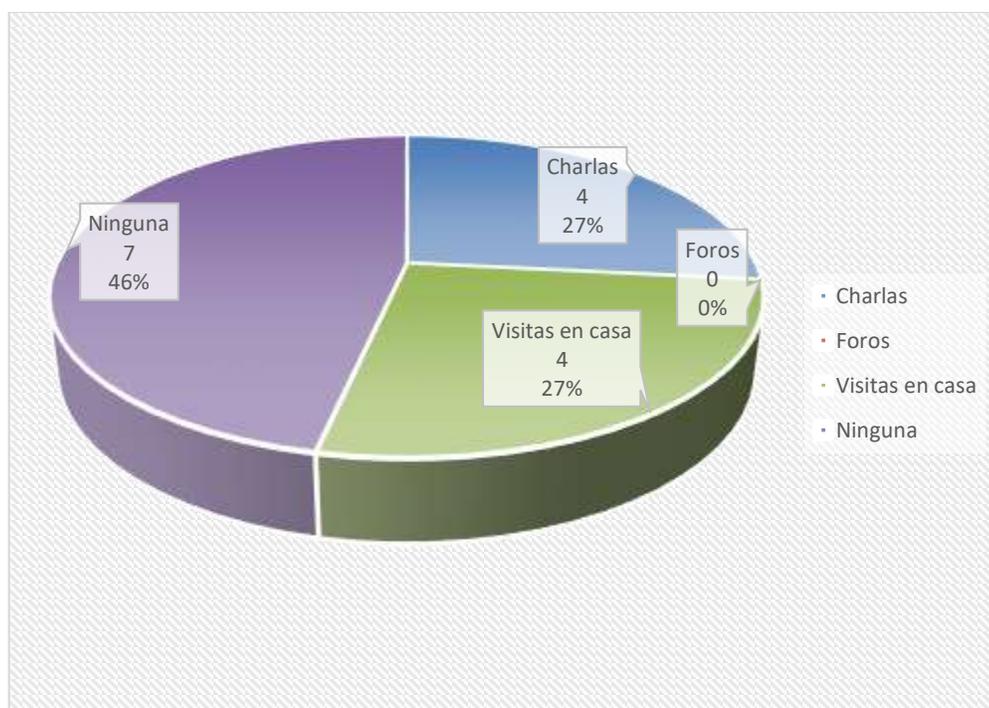


Gráfico 8. Acceso a información sobre embarazo

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

Del 53% que, si recibió información sobre sexualidad, el 27% manifestaron que fueron charlas directas por parte del equipo de salud del Centro de Salud, en donde informan que en el establecimiento existen métodos anticonceptivos como las inyecciones, implantes y pastillas al igual que les mencionaron métodos de fácil acceso como el preservativo. Otro 27% recibió información en la casa en especial de parte de las TAPS quienes les informaron la existencia de métodos anticonceptivos en el establecimiento de salud y como estos les ayudarían a evitar los embarazos no deseados y a edades tempranas.

9. Pregunta 9

Tabla 10: Responsabilidad en mujeres adolescentes atendidas en el centro de Salud de San Andrés.

Responsabilidad	N° de tipo de medio de información	% de tipo de medio de información
De la pareja en conjunto	9	60%
Del personal del centro de salud	4	27%
Solamente de la mujer	2	13%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

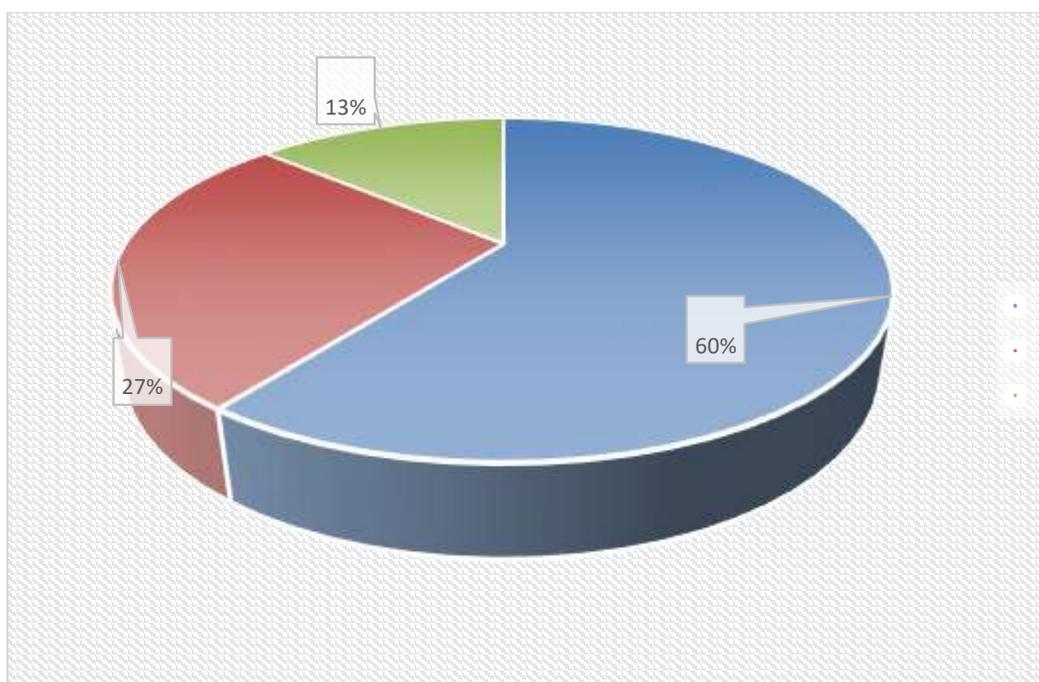


Gráfico 9. Responsabilidad del embarazo

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

El siguiente gráfico nos muestra que el 60% de las encuestadas manifestaron que la responsabilidad del embarazo es de la pareja en conjunto, esto incluye todo el proceso de embarazo en sí y la crianza posterior también. El 27% opinan que el embarazo es responsabilidad del Centro de salud al no proporcionar la información debida acerca de los

métodos anticonceptivos existentes y brindar orientación sexual oportuna. El 13% de las encuestadas creen que la responsabilidad del embarazo es solamente de la mujer.

10. Pregunta 10

Tabla 11: Uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo, en mujeres adolescentes embarazadas atendidas en el centro de Salud de San Andrés,

Respuesta	N° de mujeres adolescentes que utilizaron algún método anticonceptivo	% de mujeres adolescentes que utilizaron algún método anticonceptivo
SI	6	40%
NO	9	60%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

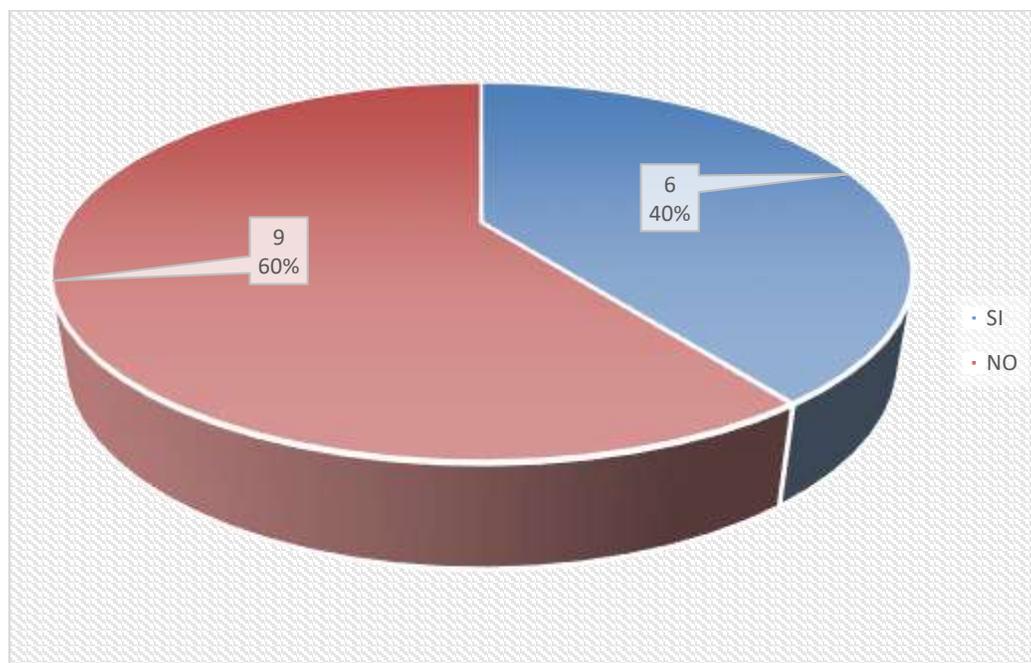


Gráfico 10. Uso de método anticonceptivo

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

El 40% de las encuestadas mencionó que, si se encontraban usando métodos anticonceptivos antes de quedar embarazadas, lo cual evidencia que estos fallaron o fueron usados incorrectamente por falta de información adecuada. El 60% no utilizaba métodos anticonceptivos lo cual constituye la razón principal para que haya ocurrido el embarazo.

11. Pregunta 11

Tabla 12: Método anticonceptivo utilizado en las pacientes adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud de San Andrés

Tipo de anticonceptivos	N° de tipo de anticonceptivos	% de tipo de anticonceptivos
Ninguno	9	60%
Inyecciones anticonceptivas	2	13%
Condón	4	27%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

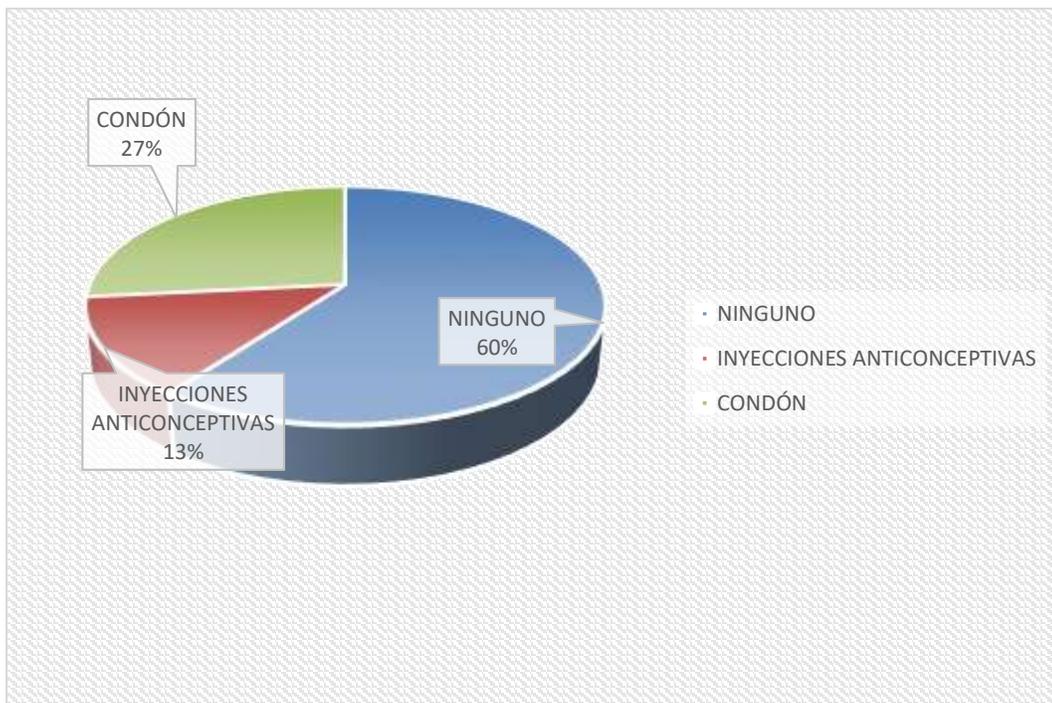


Gráfico 11. Método anticonceptivo de la encuesta

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

Este gráfico demuestra que del 40% de las adolescentes que utilizaban métodos anticonceptivos se encontraban utilizando preservativo el cual si se usa correctamente tiene una eficacia del 95% pero debido a la desinformación se debió haber utilizado indebidamente razón por la cual ocurrió el embarazo. El 13 % se encontraban utilizando inyecciones anticonceptivas de aplicación mensual, la cual no fue permanente por lo que tenían períodos de tiempo de desprotección.

12. Pregunta 12

Tabla 13: Mujeres adolescentes en el Centro de Salud de San Andrés que al momento cursan con embarazo

Respuesta	N° de mujeres adolescentes que están o no embarazadas	% de mujeres adolescentes que están o no embarazadas
SI	10	67%
NO	5	33%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

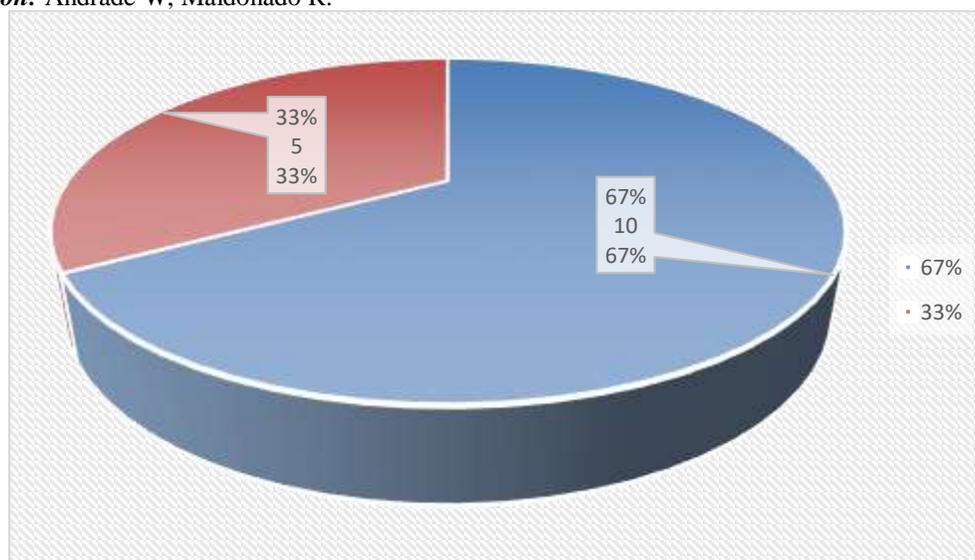


Gráfico 12. Estado actual de la paciente sobre embarazo

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

De las 15 mujeres adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés, 10 de ellas están al momento de la realización del estudio cursando con el embarazo; 5 ya tuvieron su parto en meses anteriores, obteniendo productos vivos.

13. Pregunta 13

Tabla 14: Planificación de embarazo en mujeres adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de salud de San Andrés.

Respuesta	N° de mujeres adolescentes por planificación de embarazo	% de mujeres adolescentes por planificación de embarazo
Planificado	1	7%
Inesperado	14	93%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

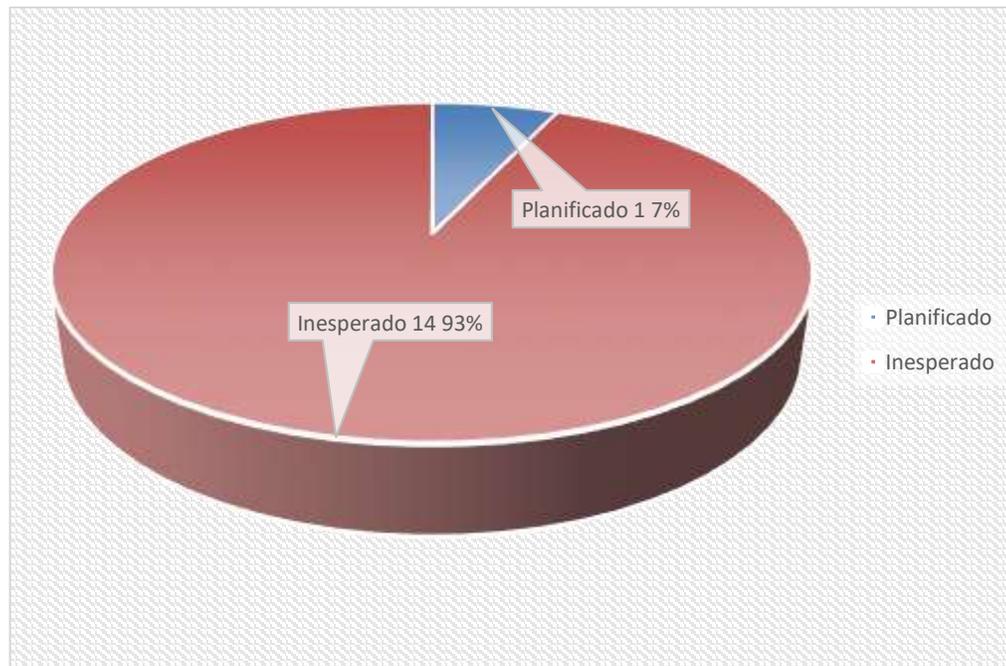


Gráfico 13. Planificación de embarazo

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

Casi la totalidad de los embarazos en las mujeres adolescentes atendidas en el Centro de Salud San Andrés, fueron no deseados ni planificados, a excepción de 1 caso que sí fue planificado y que corresponde a una adolescente casada, lo cual repercute en las condiciones socio económicas como se ha evidenciado abandono de estudios y dedicación a las tareas domésticas.

14. Pregunta 14

Tabla 15: Comunicación del embarazo de mujeres adolescentes atendidas en el Centro de Salud de San Andrés.

Persona	N° de personas que comunicaron su embarazo	% de personas que comunicaron su embarazo
Mejor amiga	2	13%
Mamá	4	27%
Pareja	7	47%
Hermanos	2	13%
Total	0	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

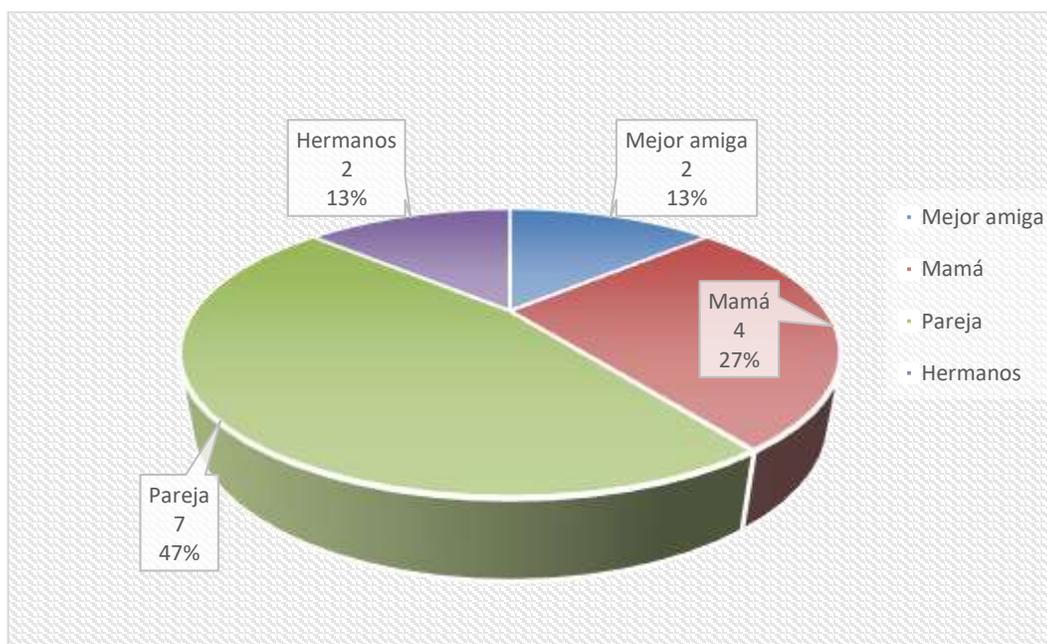


Gráfico 14. Comunicación de embarazo

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

De los datos obtenidos de las 15 mujeres adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés se puede observar que 7 de ellas comunican inicialmente a su pareja lo que conlleva a asumir la responsabilidad conjunta y a convivir en pareja de acuerdo con los datos de la tabla 3.

15. Pregunta 15.

Tabla 16: Acceso a centros de salud de pacientes embarazadas en el centro de Salud de San Andrés.

Respuesta	N° de mujeres adolescentes que acudieron a control	% de mujeres adolescentes que acudieron a control
SI	15	100%
NO	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

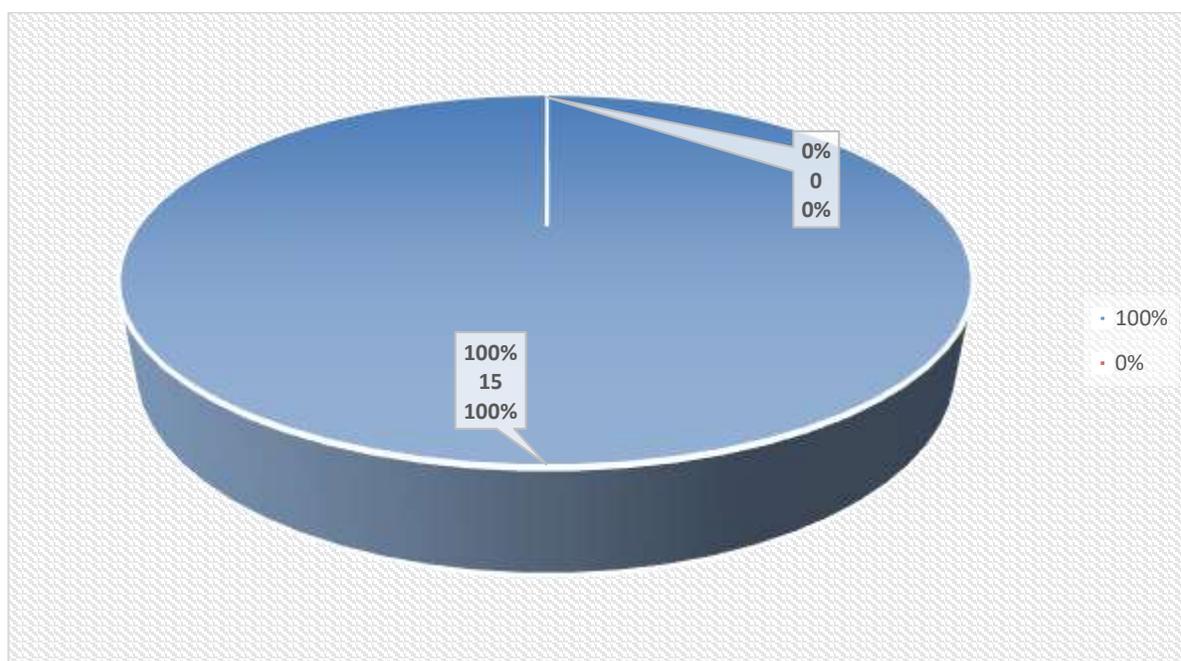


Gráfico 15. Acceso a controles de salud

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

El 100% de las pacientes tuvieron acceso a controles en el centro de salud, de las cuales solo 2 mujeres tuvieron sus cinco controles completos, 4 pacientes se realizaron 4 controles, cinco mujeres se realizaron tres controles, tres se realizaron solamente 2 controles durante todo su embarazo y una paciente apenas tuvo un control. Esto muestra que 13 de las 15 pacientes no tuvieron sus controles completos durante todo su embarazo.

16. Pregunta 16

Tabla 17: Adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés

Lugar de control	N° de mujeres adolescentes por tipo de lugar de control	% de mujeres adolescentes por tipo de lugar de control
Centro de Salud	12	80%
Hospital Publico	1	7%
Clínica Privada	2	13%
Total	0	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

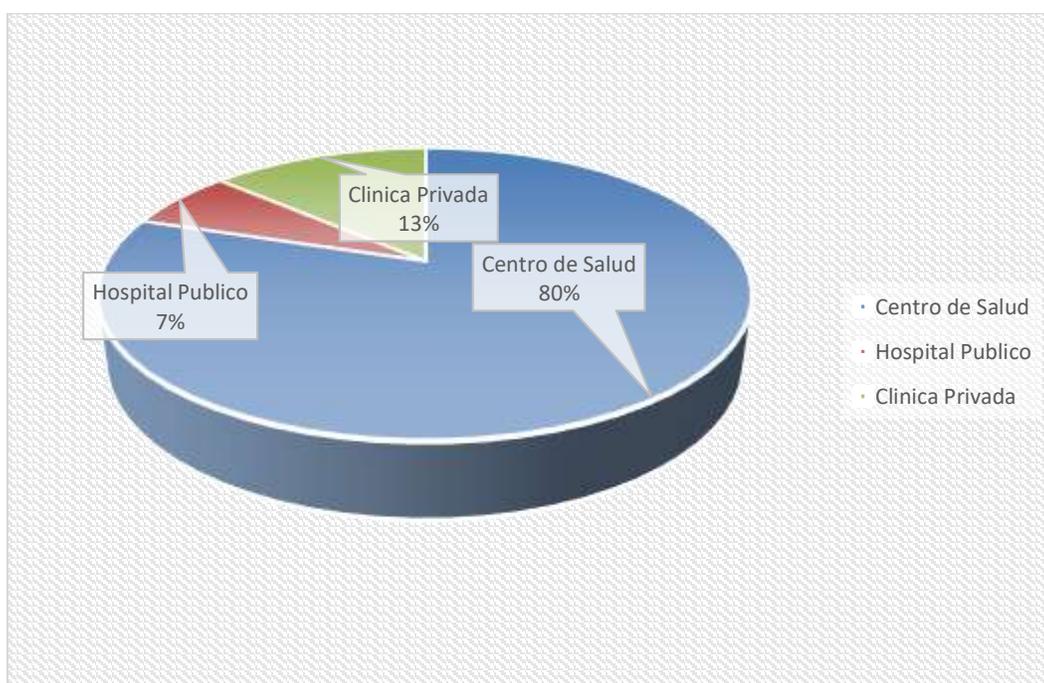


Gráfico 16. Lugar de control del embarazo

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

De las 15 mujeres adolescentes embarazadas, 13 fueron atendidas en el Centro de Salud San Andrés, lo que demuestra la acogida y confianza que tienen en el personal de salud de la Unidad Operativa de la localidad, 1 fue referida al hospital para control de especialidad y apenas 2 embarazadas lo hicieron a nivel privado.

Lo importante que se evidencia es que todas accedieron a controles durante el embarazo disminuyendo el riesgo de complicaciones no detectadas durante el embarazo.

17. Pregunta 17

Tabla 18: Búsqueda de control de embarazo en mujeres adolescentes embarazadas en el Centro de Salud de San Andrés.

Respuesta	N° de mujeres adolescentes por tipo de control de embarazo	% de mujeres adolescentes por tipo de control de embarazo
Iniciativa Propia	11	73%
Por la visita del equipo de salud	4	27%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

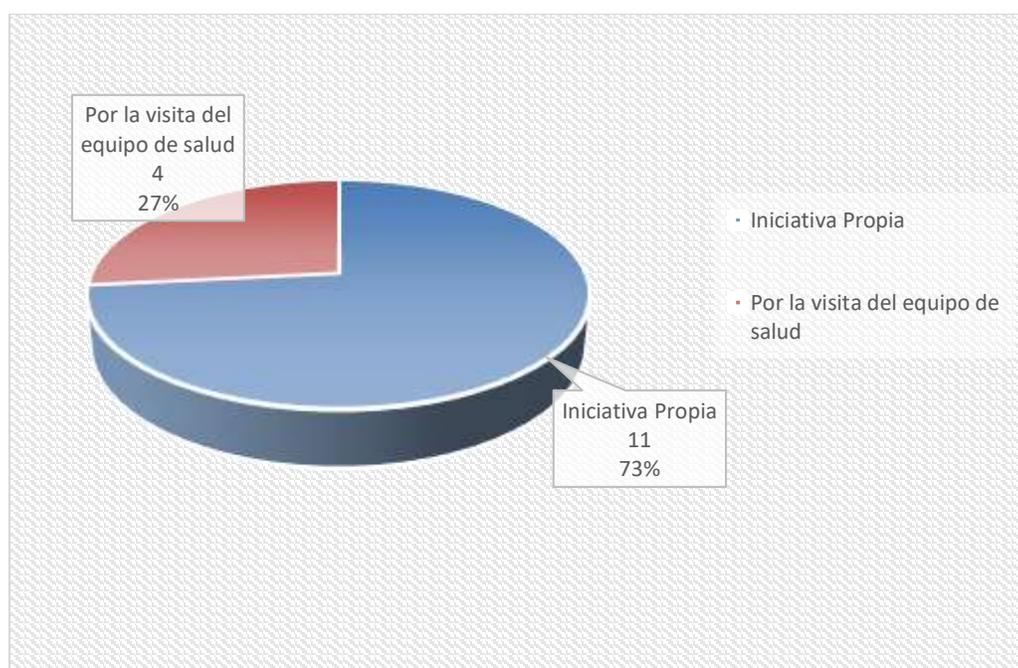


Gráfico 17. Acceso al primer control de embarazo

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

Los datos evidencian que las mujeres adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés en su mayoría (11) acudieron por iniciativa propia, lo que demuestra el grado de conciencia sobre la importancia del control del embarazo y los 4 restantes fueron captadas por el equipo de salud de la unidad operativa, reflejando el conocimiento de la realidad de la población de la comunidad.

18. Pregunta 18

Tabla 19: Lugar en donde se atendió o tiene planificado el parto por las mujeres adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés.

Lugar de parto	N° de mujeres adolescentes con lugar donde se atendieron el parto	% de mujeres adolescentes con lugar donde se atendieron el parto
Hospital Público	11	73%
Clínica Privada	2	13%
IESS	2	13%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta realizada a 15 mujeres en estado de embarazo.

Elaboración: Andrade W, Maldonado R.

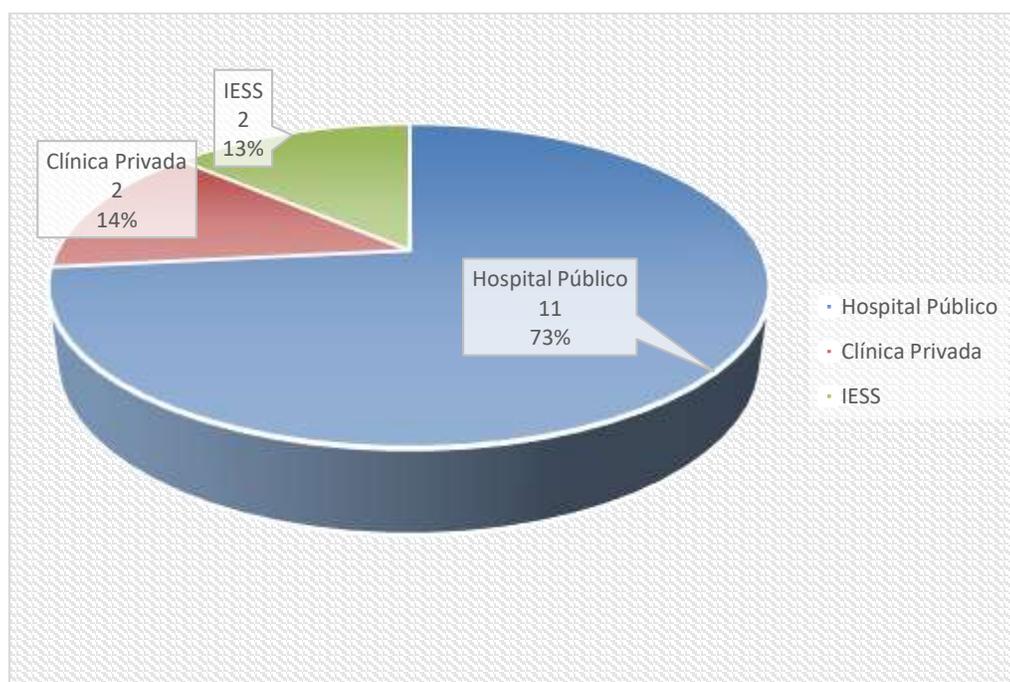


Gráfico 18. Lugar de atención del parto

Fuente: Encuesta realizada a pacientes embarazadas

ANÁLISIS

De las 15 mujeres adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud San Andrés, 5 ya fueron atendidas su parto en el Hospital Docente de Riobamba, de las 10 que todavía cursan con el embarazo, 2 son afiliadas al IESS, 2 tienen planificada su atención del parto a nivel privado y 6 lo harán en el Hospital Docente.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo asociados para embarazos en mujeres adolescentes que después de analizar la edad predominante la constituye entre 17 a 19 años, sin embargo, se presentan también embarazos en edades que van entre los 13 a 16 años, las tasas son inversamente proporcionales, a mayor calidad de servicios, educación, cultura será mejor el número de embarazos, convirtiéndose a esta población en un grupo etarios vulnerable por sus características psicológicas y sociales.
- Esta problemática a embarazos tempranos requiere mayor atención desde las instancias de salud. Las actividades que se lograron identificar para dar un mayor conocimiento acerca de educación sexual fueron escasas según lo mencionaron las pacientes se dieron charlas acerca del tema, pero sin un mayor énfasis, así como lograron tener conocimiento a través de las visitas domiciliarias.
- En cuanto a los métodos anticonceptivos, se concluyó que menos de la mitad de las pacientes de la muestra se encontraban utilizando algún método, lo cual aportó a que los embarazos se produjeran, los conocimientos acerca de esto fueron pobres y solo un 40% de ellas utilizaban un tipo de método sin mayor conocimiento.
- Existe un buen acceso al servicio de salud en la Unidad Operativa en donde se realizó el estudio ya que todas las pacientes recibieron atención médica en sus controles en diferentes números de consultas clínicas, pero ningún quedo fuera de la atención intra y extramural.

RECOMENDACIONES

La información obtenida durante la realización de este estudio permite efectuar las siguientes recomendaciones:

- Trabajar en forma conjunta; adolescente, padres, escuelas, colegios y equipo de salud para establecer reconocimientos de roles y reforzar conocimientos acerca de los riesgos de iniciar una vida sexual activa a temprana edad. También creemos que es necesario proponer una comunicación efectiva tratando el tema de valores.
- Crear actividades puntuales y dinámicas que lleguen a concientizar verdaderamente a las adolescentes de esta población rural sobre el tema de sexualidad, reforzar la relación médico-paciente creando un ambiente amigable, accesible y equitativo a través de profesionales formados para atender a este grupo poblacional específico; potenciando el papel social de la participación, con un enfoque de género. Es necesario que se incorporen los aspectos culturales en la comprensión de la vivencia de la sexualidad y priorizar estrategias que conlleven a prácticas saludables de la salud sexual y reproductiva de la población de los/las adolescentes.
- Reforzar los conocimientos acerca de la utilización correcta de métodos anticonceptivos y enseñarles cuales se disponen en las diferentes unidades de salud y el porcentaje de eficacia tanto para adolescentes de sexo femenino como de sexo masculino. Debe ofrecerse acceso sin barreras a todos los métodos anticonceptivos.
- Continuar con la adecuada atención intra y extramural hacia las pacientes ya que todas fueron captadas y atendidas ya sea en sus casas o en la unidad de salud de manera correcta, además de fortalecer la capacitación del equipo de salud en atención de adolescentes en salud sexual y reproductiva integral donde la consejería sea una herramienta priorizada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2020). *Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones Fetales 2020*. Obtenido de <https://bit.ly/3wZeuo4>
2. Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi.
3. Castillo Riascos, L. L. (2016). Desaciertos en la prevención del embarazo en adolescentes. *Salud Uninorte*. Obtenido de <https://bit.ly/3gX82Z5>
4. De la Peña Fernández, M. E. (2010). Conducta antisocial en adolscentes factores de riesgo y protección. *Revista de la facultad de psicología, Universidad Complutense de Madrid*. Obtenido de <https://bit.ly/3gZ7odP>
5. Donoso S, E. (2008). EMBARAZO ADOLESCENTE: UN PROBLEMA PAÍS. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 291-292. Obtenido de <https://bit.ly/3xPILWy>
6. ENSANUT. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT*.
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Unfpa. (Febrero de 2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe – Milena 1.0*. Obtenido de <https://uni.cf/3x2kwEq>
8. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo en adolescentes en Ecuador. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe 1*. Quito. Obtenido de <https://bit.ly/3dlfDP3>
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2020). El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. *Reseña Técnica OPS*, 2. Obtenido de <https://bit.ly/2T9VJ2F>
10. Freire, W., Ramirez Luzuriaga, M., Belmont , P., Mendieta, M., Silva Jaramillo, M., & Romero, N. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutricion de la poblacion ecuatoriana de cero a 59 años*. Obtenido de ENSANUTEUCU, Ministerio: <https://bit.ly/3dgU8Py>
11. García, A. (18 de mayo de 2018). Ecuador, tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años. *El Comercio*, pág. 11.

12. Hernández Nuñez, J., Valdés Yong, M., Moreno González, Y. M., & Pérez Pérez, M. A. (2014). Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36-47. Obtenido de <https://bit.ly/3xZpy4U>
13. Loredó-Abdalá, A., Vargas-Campuzano, E., Casas-Muñoz, A., González-Corona, J., & Gutiérrez-Leyva, C. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 223-229. Obtenido de <https://bit.ly/3djFaIh>
14. Ministerio de Salud Pública (MSP). (2011). Ley de paternidad gratuita y atención de la infancia. Quito- Ecuador.
15. Ministerio de Salud Pública (MSP); Ministerio de Educación y Cultura (MINEDU); Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). (Junio de 2018). *Política Intersectorial de Prevención de Embarazo de Niñas y Adolescentes 2018-2025*. Obtenido de <https://bit.ly/3hdhDtF>
16. Ministerio de Salud Pública; Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo; Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2016). *Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en Ecuador. 417AD*. Obtenido de <https://bit.ly/3x3ZZiM>
17. OMS. (31 de enero de 2020). *Organización mundial de la salud*. Obtenido de <https://bit.ly/3xT4sVu>
18. Organismo Andino de Salud, & Convenio Hipólito Unanu. (2016). *Diagnostico de Situación del Embarazo en la adolescencia en la Subregión Andina*. Obtenido de <https://bit.ly/3wZThdN>
19. Organización Mundial de la Salud. (2005). Cada madre y cada niño contarán. *Informe sobre la salud en el mundo*. Obtenido de <https://bit.ly/2T9drmM>
20. Organización Mundial de la Salud. (2010). Trabajando con Individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. *Departamento de Reducir los Riesgos del Embarazo*. Obtenido de <https://bit.ly/35SUtni>
21. Organización Panamericana de la Salud. (14 de Agosto de 2020). Adolescentes y ciclos de vida. Región Mortality Database. *Adolescentes y ciclos de vida en América Latina*. Obtenido de <https://bit.ly/3gZ8S7T>
22. Paz Enriquez, D. (2019). *Guía Metodológica para la prevención de embarazo*

- adolescente* (Segunda ed.). Quito. Obtenido de <https://bit.ly/35RIKFE>
23. Peláez Mendoza, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42. Obtenido de <https://bit.ly/3hdaHN9>
 24. Perkal, R. (Mayo de 2015). El embarazo en la adolescente. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. Obtenido de <https://bit.ly/3gX6zSz>
 25. Rodríguez, N., Cala, A., Nápoles, J., & Aguilar, M. (2017). Factores de Riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Revista información Científica*, 29 - 37. Obtenido de <https://bit.ly/2Tbf9nN>
 26. Rosende , G. (2017). Embarazo en adolescentes y pobreza rural. *Revista E- Rural Educación, cultura y desarrollo local*. Obtenido de <https://bit.ly/35V2IPN>
 27. Sanchez Valencia, Y., Mendoza Tascon, L., Grisale Lopez, M., & Ceballos Molina, L. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia*, 269-281. Obtenido de <https://bit.ly/3xZs1Ms>
 28. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2021*. Obtenido de <https://bit.ly/3quURBY>
 29. UNICEF. (Noviembre de 2014). Diez derechos fundamentales de las niñas, niños y adolescentes. *Infancia, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia*. Obtenido de <https://uni.cf/3w9DMil>
 30. Vásquez B, W. (Septiembre de 2019). Prevalencia de embarazo en adolescentes y factores asociados en el Hospital Luis F Martínez - Cañar 2017. *Revista de la Universidad de Cuenca*, 14- 15. Obtenido de <https://bit.ly/3w0ZZi8>

ANEXOS

ANEXO I

APROBACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN



DECANATO FACULTAD
DE CIENCIAS DE LA SALUD



Riobamba, 06 de abril de 2021
Oficio No. 0302-RD-FCS-2021

Señoritas
Wendy Alexandra Andrade Almeida
Andrea Belén Maldonado Rojas
**ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH**
De mi consideración. -

Cúmplame informar a usted la resolución de Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, que corresponde al martes 06 de abril de 2021.

RESOLUCIÓN No. 0302-D-FCS-06-04-2021: Aprobar el tema, perfil del proyecto de investigación, Tutor y Miembros de Tribunales de la carrera de Medicina. Oficio N° 0558-CM-FCS-TELETRABAJO-2021, sugerencia Comisión de Carrera y CID de la Facultad:

No	Estudiantes	Tema Proyecto de investigación presentado por el estudiante a Comisión de Carrera	Tema Proyecto de investigación revisado y APROBADO por la Comisión de Carrera y CID	Informe de la Comisión de Carrera	Tribunal Aprobado, Art.174 Trabajo Escrito	Tribunal Aprobado, Art.174 Sustentación
1	Wendy Alexandra Andrade Almeida Andrea Belén Maldonado Rojas	Factores asociados al embarazo en adolescentes de la Parroquia San Andrés en el periodo mayo 2020 -febrero - 2021	Factores asociados al embarazo adolescente en población rural. San. Andrés. Guano. 2020-2021	APROBADO Dotrina emergente Salud como producto social Línea de investigación: Salud	Tutor: Dr. Tolmo Velasco Jara Miembros: Dra. Cristina Noboa Cevallos Dr. Wilson Niza Miranosta	Presidente: Dr. Patricia Vascotto Andrade (Delegado Decano) Miembros: Dra. Cristina Noboa Cevallos Dr. Wilson Niza Miranosta

Atentamente,

GONZALO
EDUARDO
BONILLA
P.

Dr. Gonzalo Bonilla P.
**DECANO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH**

Adj.: Oficio en Referencia
e.c. Archivo

ANEXO II

SOLICITUD PARA INICIO DE INVESTIGACIÓN AL DIRECTO DE LA ZONA DE SALUD



Carrera de Medicina
FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD



Riobamba, 19 de mayo de 2021
Oficio N° 0853-CM-FCS-TELETRABAJO-2021

Asunto: Autorización para realizar el levantamiento de datos estadísticos

Dr.
Héctor Pulgar
COORDINADOR ZONAL 3-SALUD
Presente.-

De mi consideración:

Reciba un cordial y afectuoso saludo de parte de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo, solicito de la manera más comedida se autorice a las estudiantes que se detallan a continuación, y se le facilite la información necesaria, para el levantamiento de datos estadísticos (número de pacientes, edad, sexo, datos de laboratorio, datos imagenológicos y datos clínicos), para el desarrollo del proyecto de investigación titulado "Factores asociados al embarazo adolescente en población rural. San Andrés. Guano. 2020-2021", el mismo que forma parte de la modalidad de titulación, bajo la tutoría del Dr. Telmo Velasco Jara

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ESTUDIANTE	NUMERO DE CEDULA
Andrade Almeida Wendy Alexandra	1004146682
Maldonado Rojas Andrea Belén	0604322040

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, anticipo mi agradecimiento.

Atentamente,



Dr. Patricio Vásquez
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
C.I: 1703999001
Teléfono: 0987775823
Correo electrónico: wvasquez@unach.edu.ec

ANEXO III

MATRIZ DE LA BASE DE DATOS OBTENIDA DE PRAS

PRAS MARZO CS SAN ANDRES - Excel (Sin de activación de productos)

	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
	APELLIDOS Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	TIPO DE PLAN	LEONOS DE PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EDAD			CANTIDAD	VALOR UNITARIO	PRECIO CON
1	ACAN GUILCARI ANDRES	M	06/06/1947	73	AMB	99202	VISITA EN LA OFICINA DE UN NU	M159			1	12,00	20
2	ACAN GUILCARI ANDRES	M	07/06/1947	73	FAR		PARACETAMOL SOLIDO ORAL 500	M159			10		
3	AGUAGALLO ACAN MARIA YOLANDA	F	01/08/1985	35	AMB	99213	VISITA EN LA OFICINA SUBSECU	Z359			1	11,43	15
4	AGUAGALLO ACAN MARIA YOLANDA	F	01/08/1985	35	FAR		HIERRO EN COMBINACION CON	Z359			30		
5	ALBAN JACOME LUIS ALFREDO	M	24/07/1958	62	AMB	99213	VISITA EN LA OFICINA SUBSECU	I10			1	11,43	15
6	ALBAN JACOME LUIS ALFREDO	M	25/07/1958	62	FAR		LOSARTAN SOLIDO ORAL	I10			30		
7	ALBAN JACOME LUIS ALFREDO	M	24/07/1958	62	AMB	99202	VISITA EN LA OFICINA DE UN NU	Z634			1	12,00	20
8	ALBAN JACOME LUIS ALFREDO	M	24/07/1958	62	FAR		PARACETAMOL LIQUIDO OR	A08X			1	12,00	20
9	ALBAN JACOME LUIS ALFREDO	M	25/07/1958	62	FAR		AMOXICILINA SOLIDO ORAL	A08X			1		
10	ALBAN JACOME LUIS ALFREDO	M	24/07/1958	62	FAR		JERINGA 5 ML 21 G 1/4	A08X			1		
11	ALVALOS URGUZO SAMANTHA JULIETH	F	08/11/2018	2	AMB	99213	VISITA EN LA OFICINA SUBSECU	Z001			1	11,43	15
12	ALVALOS GAVILANES MONICA PATRICIA	F	12/07/1984	36	AMB	99202	VISITA EN LA OFICINA DE UN NU	Z359			1	12,00	20
13	ALVALOS GAVILANES MONICA PATRICIA	F	12/07/1984	36	IMM		FRASCO RECOLECTOR DE ORINA	Z359			1		
14	ALVALOS GAVILANES MONICA PATRICIA	F	12/07/1984	36	FAR		HIERRO EN COMBINACION CON	Z359			30		
15	CAIZA GUAMUNSHI PEDRO	M	11/08/1937	83	AMB	99202	VISITA EN LA OFICINA DE UN NU	M255			1	12,00	20
16	CAIZA GUAMUNSHI PEDRO	M	11/08/1937	83	FAR		IBUPROFENO SOLIDO ORAL 400	M255			15		
17	CAIZA GUAMUNSHI PEDRO	M	11/08/1937	83	FAR		COMPLEJO B LIQUIDO PARENTER	M791			8		
18	CAIZA GUAMUNSHI PEDRO	M	11/08/1937	83	FAR		AZITROMICINA SOLIDO ORAL 500	M791			9		
19	CAIZA GUAMUNSHI PEDRO	M	11/08/1937	83	FAR		DICLOFENACO LIQUIDO PARENTER	M791			14		
20	CAIZA GUAMUNSHI PEDRO	M	11/08/1937	83	FAR		JERINGA 5 ML 21 G 1/4	M791			31		

base de datos pacientes - Excel (Sin de activación de productos)

	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD
5	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	LOYA GUERR JOSSELYN VF	LOYA GUERR 21/07/1996	Mujer	Cédula de Id	1724970304	Obstetricia F	9999999999	josselyn.loya	Mujer			
6	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	VALENCIA OIGRICELDA EN	VALENCIA OIGR 01/1977	Mujer	Cédula de Id	0602356016	Medicina Fai	0602356016	gricelvalenci	Mujer			
7	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	VALENCIA OIGRICELDA EN	VALENCIA OIGR 01/1977	Mujer	Cédula de Id	0602356016	Medicina Fai	0602356016	gricelvalenci	Mujer			
8	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	ROSEIRO MIR DAVID FERN	ROSEIRO MIR 01/11/1994	Hombre	Cédula de Id	1719187922	Medicina Ru	9999999999	david.rosero	Mujer			
9	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	VALENCIA OIGRICELDA EN	VALENCIA OIGR 01/1977	Mujer	Cédula de Id	0602356016	Medicina Fai	0602356016	gricelvalenci	Mujer			
10	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	LOYA GUERR JOSSELYN VF	LOYA GUERR 21/07/1996	Mujer	Cédula de Id	1724970304	Obstetricia F	9999999999	josselyn.loya	Mujer			
11	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	VALENCIA OIGRICELDA EN	VALENCIA OIGR 01/1977	Mujer	Cédula de Id	0602356016	Medicina Fai	0602356016	gricelvalenci	Mujer			
12	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	LOYA GUERR JOSSELYN VF	LOYA GUERR 21/07/1996	Mujer	Cédula de Id	1724970304	Obstetricia F	9999999999	josselyn.loya	Mujer			
13	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	LOYA GUERR JOSSELYN VF	LOYA GUERR 21/07/1996	Mujer	Cédula de Id	1724970304	Obstetricia F	9999999999	josselyn.loya	Mujer			
14	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	VALENCIA OIGRICELDA EN	VALENCIA OIGR 01/1977	Mujer	Cédula de Id	0602356016	Medicina Fai	0602356016	gricelvalenci	Mujer			
15	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	LOYA GUERR JOSSELYN VF	LOYA GUERR 21/07/1996	Mujer	Cédula de Id	1724970304	Obstetricia F	9999999999	josselyn.loya	Mujer			
16	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	VALENCIA OIGRICELDA EN	VALENCIA OIGR 01/1977	Mujer	Cédula de Id	0602356016	Medicina Fai	0602356016	gricelvalenci	Mujer			
17	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	LOYA GUERR JOSSELYN VF	LOYA GUERR 21/07/1996	Mujer	Cédula de Id	1724970304	Obstetricia F	9999999999	josselyn.loya	Mujer			
18	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	VALENCIA OIGRICELDA EN	VALENCIA OIGR 01/1977	Mujer	Cédula de Id	0602356016	Medicina Fai	0602356016	gricelvalenci	Homb			
19	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	ARMUD BAÑ CYNTHIA CAI	ARMUD BAO 07/11/1995	Mujer	Cédula de Id	0931136530	Obstetricia F	9999999999	cynthia.armi	Mujer			
20	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	LOYA GUERR JOSSELYN VF	LOYA GUERR 21/07/1996	Mujer	Cédula de Id	1724970304	Obstetricia F	9999999999	josselyn.loya	Mujer			
21	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	ROSEIRO MIR DAVID FERN	ROSEIRO MIR 01/11/1994	Hombre	Cédula de Id	1719187922	Medicina Ru	9999999999	david.rosero	Mujer			
22	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	VALENCIA OIGRICELDA EN	VALENCIA OIGR 01/1977	Mujer	Cédula de Id	0602356016	Medicina Fai	0602356016	gricelvalenci	Mujer			
23	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	VALENCIA OIGRICELDA EN	VALENCIA OIGR 01/1977	Mujer	Cédula de Id	0602356016	Medicina Fai	0602356016	gricelvalenci	Homb			
24	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	VALENCIA OIGRICELDA EN	VALENCIA OIGR 01/1977	Mujer	Cédula de Id	0602356016	Medicina Fai	0602356016	gricelvalenci	Mujer			
25	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	LOYA GUERR JOSSELYN VF	LOYA GUERR 21/07/1996	Mujer	Cédula de Id	1724970304	Obstetricia F	9999999999	josselyn.loya	Mujer			
26	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	VALENCIA OIGRICELDA EN	VALENCIA OIGR 01/1977	Mujer	Cédula de Id	0602356016	Medicina Fai	0602356016	gricelvalenci	Mujer			
27	NIVEL 1	209	ZONA 3	06005	GUANO-PEN 06005C01	LOYA GUERR JOSSELYN VF	LOYA GUERR 21/07/1996	Mujer	Cédula de Id	1724970304	Obstetricia F	9999999999	josselyn.loya	Mujer			

ANEXO IV

ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

ESCUELA DE MEDICINA

FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA SAN ANDRÉS EN EL PERIODO MAYO 2020 - FEBRERO 2021

La presente encuesta es de carácter anónima, elaborada por alumnos de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo, cuya finalidad es responder sobre embarazo en la adolescencia.

FECHA:

FORMULARIO N°

—

1. Edad: _____ años

2. Estado Civil:
Casada _____ Separada _____ Viuda _____
Soltera _____ Unión Libre _____

3. Ocupación:
Estudiante _____ Agricultura _____
Quehaceres domésticos _____ Comerciante _____ Otra _____

4. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? _____ años

5. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ años

6. ¿A qué edad tuvo su primer embarazo? _____ años

7. ¿Recibió información por parte del centro de Salud acerca de educación sexual?
Si _____ No _____

8. ¿Si su respuesta es sí, mediante qué actividad obtuvo la información?

Charlas____
Foros____
Visitas en casa____

9. La responsabilidad del embarazo es:

Solamente de la mujer ____
Del hombre____
Del personal del Centro de Salud ____
De la pareja en conjunto____

10. ¿Usa algún método anticonceptivo?

Si____ No____

11. Si la respuesta es sí: ¿Qué método anticonceptivo usa?

Condón____	Método del ritmo__
Pastillas anticonceptivas____	Implante ____
T de cobre ____	Inyecciones anticonceptivas____
Pastillas de emergencia ____	Otro _____

12. ¿Actualmente está embarazada?

Si____ No____

13. ¿El embarazo fue?

Planificado ____
Inesperado____

14. ¿A quién comunicó cuando se enteró de su embarazo?

Pareja ____
Mejor amiga____
Mamá ____
Papá ____
Hermanos ____
Profesor ____
Médico ____

15. ¿Durante el embarazo acudió a controles en la unidad de salud?

Si _____ No____

16. Si la respuesta es Sí. ¿En qué lugar se controlaba?

Hospital público ____

Centro de salud ____

Clínica privada ____

Comadrona ____

IESS ____

Domicilio ____

17. ¿El acceso al primer control de su embarazo en el Centro de Salud fue por?

Propia iniciativa ____

Por la visita del equipo de salud ____

Por sugerencia del médico de la Unidad de Salud ____

18. ¿En qué lugar se atendió el parto o piensa dar a luz?

Hospital público ____

Centro de salud ____

Clínica privada ____

IESS ____

Domicilio con partera ____

ANEXO V



Andrea Maldonado – Wendy Andrade; en la parroquia San Andrés



Andrea Maldonado, realizando de encuestas a pacientes de la Parroquia San Andrés



Wendy Andrade; tabulación de encuestas realizadas a pacientes embarazadas y en edad fértil