



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SUS EFECTOS BIOPSIICOSOCIALES A LARGO PLAZO, EN LA PARROQUIA MISAHUALLI, ENERO 2014- DICIEMBRE 2018.”

TRABAJO DE TITULACIÓN

TIPO: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Presentado para optar el grado académico de:

MÉDICO GENERAL

AUTORES: FRANCISCO XAVIER PUNINA GUANO

VALERIA BELEN CEPEDA MUÑOZ

DIRECTOR: DR. PETER ALEXANDER AZUA CEDEÑO

Riobamba - Ecuador

2019

©2019, Francisco Xavier Punina Guano

Valeria Belén Cepeda Muñoz

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento, siempre y cuando se reconozca el Derecho de Autor.

Yo, Francisco Xavier Punina Guano y Valeria Belén Cepeda Muñoz, declaro que el presente trabajo de titulación es de nuestra autoría y los resultados del mismo son auténticos. Los textos en el documento que provienen de otras fuentes están debidamente citados y referenciados.

Como autores asumimos la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación; El patrimonio intelectual pertenece a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

Riobamba, 10 de Octubre del 2019



Francisco Xavier Punina Guano

172606450-2



Valeria Belén Cepeda Muñoz

230044387-2

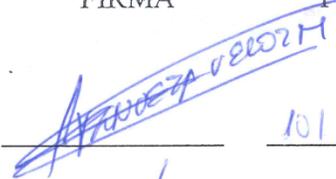
ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

El Tribunal del trabajo de titulación certifica que:

El trabajo de titulación: Tipo: Proyecto de Investigación, “**EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y SUS EFECTOS BIOPSIICOSOCIALES A LARGO PLAZO, EN LA PARROQUIA MISAHUALI, ENERO 2014– DICIEMBRE 2018.**”, responsabilidad del señor **FRANCISCO XAVIER PUNINA GUANO** y la señorita **VALERIA BELÉN CEPEDA MUÑOZ**, ha sido minuciosamente revisado por los Miembros del Tribunal del trabajo de titulación, El mismo que cumple con los requisitos científicos, técnicos, legales, en tal virtud el Tribunal Autoriza su presentación.

	FIRMA	FECHA
Dra. Pallo Almache Jenny Patricia PRESIDENTA DEL TRIBUNAL		<u>10/10/2019</u>
Dr. Peter Alexander Azua Cedeño DIRECTOR/A DEL TRABAJO DE TITULACION		<u>10/10/2019</u>
Dra. Carlota Mónica Mera Segovia MIEMBRO DE TRIBUNAL		<u>10/10/2019</u>



DEDICATORIA

Dedicamos nuestro trabajo de investigación a Dios. Por darnos una vida llena de propósito, por permitirnos aprender esta herramienta la medicina a través de la cual podemos servir a los demás.

A nuestros padres, pastores Gabriela y Daniel, líderes, maestros, amigos que han creído y dado su vida por nosotros.

Dedicamos a los adolescentes de nuestro país, que se encuentran en una etapa de crecimiento, llena de sueños y aspiraciones. Queremos decirles que no se desanimen, perseveren, busque tomar las mejores decisiones para sus vidas, nosotros estamos para servirles, creemos que sus vidas valen la pena.

Francisco Xavier Punina Guano y Valeria Belén Cepeda Muñoz

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más grande agradecimiento al Dr. Peter Azua y Dra. Mónica Mera, por su tiempo, esfuerzo, paciencia para guiarnos en el desarrollo de esta investigación.

Quiero expresar mi gratitud a las entidades centro de salud tipo A Misahualli, Hospital José María Velasco Ibarra, Unidad educativa Misahualli.

De igual manera a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y la Escuela de medicina quienes con la enseñanza que sembraron cada día, conocimientos valiosos para mi formación profesional, hoy en día puedo cumplir mi meta de ser médico.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	xii
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS.....	4
General.....	4
Específicos.....	4
CAPITULO I	
1. MARCO TEÓRICO	5
1.1 . Generalidades	5
1.2. Desarrollo de la adolescencia.....	6
1.2.1.Desarrollo de adolescencia área psicosocial.....	6
1.2.2.Desarrollo de adolescencia área biológica.....	7
1.3. Embarazo adolescente.....	9
1.4. Efectos biopsicosociales del embarazo en adolescentes	12
1.4.1.Patologías ginecoobstétricas y efectos en el embarazos adolescente.....	12
1.4.2.Consecuencias psicológicas.....	14
1.4.3.Efectos sociales	16
1.4.4.Índice de pobreza	16
1.4.5.Estado civil.....	17
1.4.6.Violencia.....	18
1.4.7.Educación.....	18

CAPITULO II

2. MARCO METODOLOGICO.....	19
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	19
2.2. Población en estudio.....	19
2.3. Tamaño de la muestra.....	19
2.4. Técnica y recolección y síntesis de datos	20
2.5. Hipótesis.....	20
2.6. Identificación de variables.....	20
2.6.1.Variables dependientes.....	20
2.6.2.Variables independientes.....	21
2.7. Operacionalización de variables.....	21

CAPITULO III

3. MARCO DE RESULTADOS.....	23
3.1. Prevalencia de la población embarazada durante 2014 a 2018.....	30
3.2. Efectos biopsicosociales del embarazo en adolescentes de la parroquia Misahualli	31
3.2.1.Patologías Ginecoobstétricas y efectos en el embarazo adolescente	31
3.2.2.Consecuencias psicológicas por el embarazo adolescente	35
3.2.3.Efectos sociales	41
3.3.Discusión de resultados.....	45
CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	50

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Clasificación de la adolescencia	6
Tabla 2-2: Índice de pobreza en de Ecuador	16
Tabla 3-3: Distribución de la población embarazada en la Parroquia Misahualli de enero 2014 a diciembre 2018.....	23
Tabla 4-3: Población de mujeres adolescentes de la parroquia Misahualli en el año 2019 y madres adolescentes durante el periodo de Enero 2014 a Diciembre 2018.....	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-1: Eje hipotálamo-hipofiso-gonadal. La secreción pulsátil de GnRH inicia la pubertad..	8
Gráfico 2-1: Tasa específica de embarazo (parto) adolescente por cada 1000 adolescentes en el año 2015	10
Gráfico 3-1: Pobreza en el Ecuador	17
Gráfico 4-3: Embarazadas en la parroquia Misahualli de Enero 2014 a Diciembre 2018	24
Gráfico 5-3: Porcentaje de embarazos en adolescentes vs en mujeres > 18 años en la Parroquia Misahualli de enero 2014 a diciembre 2018	25
Gráfico 6-3: Hombres adolescentes que ha iniciado vida sexual en la parroquia Misahualli.....	26
Gráfico 7-3: Mujeres adolescentes que han iniciado vida sexual en la parroquia Misahualli.	27
Gráfico 8-3: Inicio de vida sexual EN MADRES adolescentes de la parroquia Misahualli.....	28
Gráfico 9-3: Edad de primer embarazo en madres adolescentes en la parroquia Misahualli	29
Gráfico 10-3: Prevalencia de madres adolescentes de Enero 2014 a Diciembre 2018	30
Gráfico 11-3: Patologías que presentaron durante el primer embarazo en adolescentes en edades de 10 a 18 años en la parroquia Misahualli.....	31
Gráfico 12-3: Vía de terminación embarazo en pacientes adolescentes de la parroquia Misahualli en edades comprendidas de 10 a 18 años.....	32
Gráfico 13-3: Periodo intergenésico corto (menor a 2 años) en madres adolescentes de la parroquia Misahualli en edades de 10 a 18 años.	33
Gráfico 14-3: Método anticonceptivo que estaban utilizando posterior a su embarazo las madres adolescentes de la parroquia Misahualli.....	34
Gráfico 15-3: Madres adolescentes que ha sufrido algún tipo de maltrato en la parroquia Misahualli.	35
Gráfico 16-3: De parte de quien recibieron algún tipo de maltrato las madres adolescentes de la parroquia Misahualli.	36
Gráfico 17-3: Después del primer embarazo las madres adolescentes de la parroquia Misahualli.	37
Gráfico 18-3: Porcentaje de la autopercepción de la capacidad materna durante el primer embarazo en la parroquia Misahualli.....	38
Gráfico 19-3: Depresión postparto en madres adolescentes en la parroquia Misahualli.	39
Gráfico 20-3: Edad de pareja de las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli.	40
Gráfico 21-3: Sustento económico posterior a un embarazo en adolescentes de la parroquia Misahualli.....	41

Gráfico 22-3: Estado civil posterior a la maternidad en adolescentes en la parroquia Misahualli. .	42
Gráfico 23-3: Deserción escolar en las madres adolescentes en la parroquia Misahualli.....	43
Gráfico 24-3: Ingreso a un nivel educativo de tercer nivel de las madres adolescentes en la parroquia Misahualli posterior a terminar a la secundaria.....	44

RESUMEN

En este proyecto se realizó una investigación de los embarazos en adolescentes y sus efectos biopsicosociales a largo plazo en la parroquia Misahualli en el periodo comprendido entre Enero 2014 a Diciembre 2018. La metodología fue de tipo cuantitativo, no experimental, retrospectivo, correlacional causal, la población en estudio fue 210 madres adolescentes de la parroquia Misahualli atendidos en el centro de Salud Misahualli y en el Hospital José María Velasco Ibarra, Tena. La prevalencia de madres adolescentes de la Parroquia Misahualli durante el periodo de 5 años es del 26% (n=210 embarazos), con 74% (n=604 adolescentes no embarazadas), con edades prevalente de 15 años y 18 años. El 52% de las mujeres adolescentes iniciaron su vida sexual, el 53% a los 15 años. El estudio evidencio que las principales patologías ginecoobstétricas de las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli fueron infección de vías urinarias (28%), ruptura prematura de membranas (17%), anemia (17%), preeclampsia (14%), infecciones vaginales (14%), diabetes gestacional (1%). La vía de terminación del embarazo en el 18% fue por cesárea, con periodo intergenesico corto en el 10% con 2 hijos antes de los 19 años. Posterior al embarazo adolescente el 33% tuvo depresión. Un 12% de las adolescentes refieren haber sufrido maltrato por su padre (67%) y pareja (17%). La motivación para tener enamorado en un 50% es por atracción al sexo opuesto. El principal sustento económico después del embarazo lo reciben de los padres de la adolescente (52%). Concluimos que hay una tasa elevada de embarazos en adolescentes, que no hay seguimiento de las consecuencias de dichos embarazos debido a que no existe personal capacitado, ni áreas que abarquen todos los cambios que conlleva un embarazo precoz. Se recomienda que haya personal específicamente para el trabajo con los adolescentes y además que se capacite a los principales líderes y padres de familia acerca de la etapa de la adolescencia y la salud sexual reproductiva.

Palabras claves: <EMBARAZO ADOLESCENTE>, <CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS>, <EFECTOS SOCIALES>, <PATOLOGIAS GINECOOBSTETRICAS>, <PUBERTAD>, <MISAHUALLI (PARROQUIA)>.

ABSTRACT

In this project, an investigation of teenage pregnancies and their long-term psychosocial effects in the Misahualli parish was carried out in the period between January 2014 to December 2018. The methodology was of a quantitative, non-experimental, causally correlated kind; the study population was 210 adolescent mothers from the Misahualli parish served at the Misahualli Health Centre and the José María Velasco Ibarra Hospital, Tena. The prevalence of teenage mothers in the Misahualli Parish during the 5-year period is 26% (n= 210 pregnancies), with 74% (n=604 non-pregnant teenagers, with prevailing ages of 15 years and 18 years. The 52% of adolescent women began their sexual life, 53% at 15 years. 52% of adolescent women began their sexual life, a 53% at 15 years. The biological effects prevalent in adolescent pregnancy were 28% urinary tract infection, 17% anaemia, 14% preeclampsia. The route of termination of pregnancy in 18% was by caesarean section, with a short intergenic period in 10% with 2 children before the age of 19. After the first pregnancy, 33% had depression and 17% were afraid. 12% of teens report having suffered abuse from their father (67%) and partner (17%). The motivation to have a 50% crush is for attraction to the opposite sex. The main economic support after pregnancy is represented by 52% represented by parents. We conclude that there were no trained personnel or areas that encompass, all the changes that come with early pregnancy, it is recommended that there be trained personnel specifically for working with adolescents and also that the main leaders of the parish on family planning be trained.

Key words: <ADOLESCENT PREGNANCY>, <PSYCHOLOGICAL EFFECTS>, <SOCIAL EFFECTS>, <BIOLOGICAL EFFECTS>, <PUBERTY>, <MISAHUALLI (PARISH)>.



INTRODUCCION

Los embarazos en mujeres adolescentes data desde tiempos antiguos y hasta el día de hoy están presentes, pero en los últimos años se ha elevado la maternidad en mujeres menores de 19 años. Ecuador en el año 2016 es el segundo país con mayor índice de embarazos en Latino América, hay una característica marcada en países andinos en donde 80 nacimientos son en adolescentes de cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años. Dichos embarazos conllevan riesgos para la familia, madre, hijos generando un problema social, económico, biológico, psicológico porque las madres no están listas para enfrentar la maternidad, no tienen una profesión o una fuente definida para ingresos económicos; por la inmadurez biológica; y la inestabilidad emocional que le caracteriza una adolescente.

Entre las complicaciones biológicas más frecuentes están partos prematuros, preeclampsia, infección de tracto urinario, anemia, bajo peso al nacer, abortos, entre otros, que ponen en riesgo la vida de la mujer adolescente. En los países en desarrollo un 98% de los abortos son inseguros de los cuales un 45% ocurre en mujeres de entre 15 a 25 años, y 70 % de los abortos en los hospitales son en menores de 20 años.(Ríos Canales et al, 2018)

También conlleva a la deserción escolar, creación de familias disfuncionales, mayores índices de violencia intrafamiliar y de pobreza. Los adolescentes a nivel global en países de Latinoamérica tienen un bajo conocimiento acerca de salud sexual y reproductiva. Un 80 % de embarazadas de 10-19 años nunca ha usado un método anticonceptivo o lo ha usado de forma irregular antes de su primer embarazo. (Aubaneide et al, 2018)

En la etapa de la adolescencia, la madures biológica no se ha completado, en esta edad el sistema nervioso principalmente el cerebro aún está completando su desarrollo, por lo que la personalidad en la adolescencia es inestable, al vivir una maternidad a temprana edad están expuesta a sufrir depresión post parto, quiebre en el proyecto de vida y baja autoestima.

Hay un porcentaje en el Ecuador de embarazos en adolescentes, en el año 2001 fue del 19% y para el año 2011 se elevó al 22 % (INEC, 2010). En el estudio realizado en el año 2013 en un hospital de la ciudad de Cuenca revela que la prevalencia de embarazos adolescentes se encuentra en el 26 % (Rionaula et al, 2014). El estudio realizado en el año 2017 en la ciudad de Guayaquil muestra una

prevalencia del 28% de embarazos adolescentes con notable elevación de la tasa de natalidad en mujeres menores de 19 años. (García y Sampedro, 2018)

En la región amazónica ciudad del Tena durante nuestra estancia en el Centro Salud tipo A Misahualli y el Hospital José María Velasco Ibarra, se pudo evidenciar una elevada tasa de natalidad en madres menores de 19 años, motivo por el cual nos planteamos la siguiente pregunta ¿Cuál es el porcentaje de embarazos en adolescentes y sus efectos biopsicosociales a largo plazo en la parroquia Misahualli?, misma que tiene una población 7464 personas de los cuales 1671 son adolescentes de los que 814 son mujeres comprendidos entre 10 a 18 años (menor a los 19 años), se realizó una investigación desde el año 2014 hasta el año 2018 de la base de datos originales del centro de salud tipo A Misahualli, Hospital José María Velasco Ibarra Tena y además se recolecto datos a través de encuestas de forma aleatoria en adolescentes habitantes de la parroquia Misahualli tanto hombres como mujeres.

JUSTIFICACIÓN

En la región amazónica, ciudad del Tena en nuestro trabajo diario durante nuestra estancia en el Centro Salud tipo A Misahualli y el Hospital José María Velasco Ibarra, se pudo evidenciar una elevada tasa de natalidad en mujeres menores de 19 años, sin existir análisis estadísticos, ni seguimiento de dichos embarazos. La parroquia Puerto Misahualli tiene una población 7464 personas de los cuales 1671 son adolescentes mismos que 814 son mujeres comprendidos entre 10 a 18 años (menor a los 19 años), el 80% de la población es indígena, gran parte los habitantes tiene pobreza multidimensional, nivel educativo deficiente, sus principales actividades se relacionan con la agricultura, no cuenta con un vías y servicio de transporte adecuado. Por lo que se realizó una investigación en la Parroquia Misahualli en el periodo comprendido entre de Enero 2014 hasta Diciembre 2018, buscando describir los efectos biológicos, psicológicos y sociales a largo plazo de los embarazos en adolescentes.

OBJETIVOS

General

- Realizar el análisis de los embarazos en adolescentes y sus efectos biopsicosociales a largo plazo en la parroquia Misahualli Enero 2014 – Diciembre 2018.

Específicos

- Identificar la prevalencia de embarazos en adolescentes en la parroquia Misahualli de Enero 2014 a Diciembre 2018.
- Identificar las patologías ginecoobstétricas más comunes de las madres adolescentes en la Parroquia Misahualli Enero 2014 a Diciembre 2018.
- Identificar las consecuencias psicológicas, sociales y familiares de las madres adolescentes de la parroquia Misahualli de Enero 2014 a Diciembre 2018.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Generalidades

Definición embarazo: Es el periodo de tiempo desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende cambios metabólicos, fisiológicos, morfológicos en la mujer encaminada a nutrir y proteger, lo que permite el desarrollo del feto. La duración de un embarazo es de 40 semanas en el útero de la madre.

Definición adolescencia: (Del latín *adolecere* que significa crecer) periodo comprendido entre los 10 a los 19 años de vida en el cual viven un proceso de adaptación y transición para llegar a la madurez del biológica, psicológica, en especial a lo referente al área sexual y reproductiva.

Definición de pubertad: (Del latín *púbere* que significa pubis con vello). Es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de gónadas y glándulas suprarrenales, mayor masa ósea, grasa y muscular, además se logra la talla adulta. Está marcada por la telarquia de 8 a 13 años mujeres y hombres por el crecimiento testicular de 9 a 14 años. (Güemes et al. 2017)

Definición del embarazo en adolescentes: Es toda gestación que ocurre hasta 19 años. (Güemes et al. 2017)

Definición embarazo de riesgo: Es una gestación en el cual el pronóstico materna-fetal tiene un Elevado potencial para las complicaciones. (Chacho, 2019)

Definición de riesgo ginecoobstétrico: Es toda característica o circunstancia detectable en la embarazada que se relaciona con el incremento en la probabilidad de que ocurra daño a la salud para ella o su hijo durante el embarazo, el parto, o en el puerperio. (Córdova, 2016)

Tabla 1-1: Clasificación de la adolescencia

Clasificación de la adolescencia según la OMS-UNICEF	
Adolescencia	Edades
Temprana	10-14
Tardía	15-19

1.2. Desarrollo de la adolescencia

1.2.1. *Desarrollo de adolescencia área psicosocial*

La adolescencia viene marcada por el desarrollo biológico característico pero además se desarrolla el área emocional, psicológica, social, cognitivo, sexual, moral para llevar a una persona ser capaz de vivir de forma independiente, son tareas de este periodo la búsqueda de la identidad y la autonomía. (Gaeta, 2015)

La identidad viene dada por la aceptación del cuerpo, la personalidad, la identidad sexual, la vocacional, la filosofía de vida, los valores, este proceso involucra un grado de rebeldía de la imagen familiar. Y la autonomía llega a ser cuando el joven adquiere independencia económica y emocional. Si el proceso ha sido favorable los jóvenes logran la autonomía psicológica que comprende sentido de sí mismo para las decisiones, no depender de la familia, asumir funciones y responsabilidades propias de adultos. Además las competencias emocional y social viene dadas por la capacidad de autorregular las emociones y la segunda por capacidad para relacionarse con otros. La amistad evita problemas psicológicos por experiencias vitales estresantes. (Gaeta, 2015)

En la adolescencia se avanza desde el pensamiento concreto al abstracto, caracterizado por imaginar cosas que nunca ha experimentado, también alcanza el pensamiento operativo formal que le da habilidades de razonamiento más avanzadas, como el hipotético-deductivo y la lógica esta última que le ayuda a deducir consecuencias. (Gaeta, 2015)

- **Adolescencia de 10 -13 años:** Está marcada primero por el egocentrismo en donde él o ella es el actor o actriz principal, por ello piensan que son el centro de atención en todo tiempo,

que los demás le observan, segundo la labilidad emocional, y tercero por la mayor habilidad verbal.

- **Adolescencia de 14-16 años:** El sistema de desarrollo cerebral socioemocional está más desarrollado que el sistema de control cognitivo, por lo que ante una situación de excitación emocional el primero prevalece. Hay un distanciamiento afectivo de la familia y acercamiento a personas similares a él o ella. Presentan reorientaciones en cuanto a las relaciones interpersonales aumentando el sentido de la individualidad, pero a pesar de ello la autoimagen es dependiente de otros. Existe un incremento de la capacidad para examinar y por preocuparse por sentimientos de otros. El pensamiento abstracto y razonamiento incrementan, esto determina para que sea crítico con la sociedad en general pero este pensamiento puede cambiar a situaciones de estrés. Aumenta la atracción sexual, donde se da la búsqueda de la experimentación sexual e incluyendo el inicio de las relaciones coitales frecuentes.
- **Adolescencia de 17-18 años:** Se caracteriza por el avance hacia el desarrollo de la identidad y la autonomía, su identidad está basada más en su autoimagen, no en personas pares a él o ella. Ya se desarrolla conciencia de los límites y las limitaciones personales. Cuando la identidad y la autonomía no ha llegado a su desarrollo, está en alto riesgo de sufrir depresión u otros trastornos emocionales. (Gaeta 2015)

1.2.2. Desarrollo de adolescencia área biológica

El desarrollo del área biológica es resultado de la interacción de variables de orden genético(70-80%) y factores reguladores señales endógenas(20-30%) y ambientales: como la alimentación, disruptores endocrinos, ciclos de luz oscuridad, geografía, estímulos tanto psíquicos como sociales y los cambios hormonales están marcados por el funcionamiento de ejes como el hipotálamo-hipofisis-gonadal y eje hipotálamo-hipofiso-somato medínico.

Las principales hormonas que actúan son la GnRH que inducen en las células gonotropas hipofisarias, las síntesis y liberación pulsátil de LH y FSH, que actúan a nivel gonadal para inducir la maduración de óvulos y espermatozoides y la producción de esteroides sexuales, y otras hormonas como la leptina. (Güemes et al. 2017)

La testosterona en el varón y el estradiol en la mujer son los principales responsables del desarrollo de las características sexuales secundarias y retroalimentación negativa. Durante la pubertad las hormonas LH y FSH se liberan en la noche pero con el avance de la edad se liberan todo el día. (Güemes et al. 2017)

La hormona del crecimiento en la mujer se liberan a más temprana edad que el hombre, por lo lleva a que la mujer adolescente se desarrolle antes que el varón.

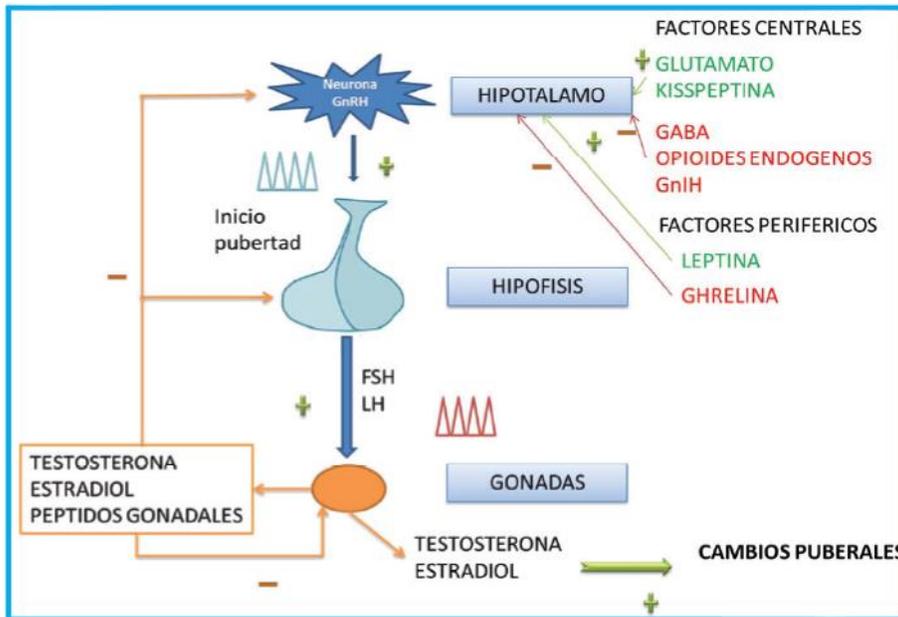


Gráfico 1-1: Eje hipotálamo-hipofiso-gonadal. La secreción pulsátil de GnRH inicia la pubertad

Fuente: Güemes et al. 2017

Crecimiento y desarrollo puberal cada persona tiene su propio patrón de desarrollo, los chicos alcanza una talla definitiva a los 21 años y las chicas a entre 16 y 17 años. Cambios de la composición corporal y desarrollo de órganos y sistemas en el hombre hay mayor crecimiento óseo y muscular, en la mujer acumulan más grasas del 18-22 %, a diferencia de los hombre que acumulan del 12-16% de grasa. Durante la adolescencia se produce el crecimiento de órganos como corazón, pulmones, hígado, bazo, riñones, se ensancha los hombros en los hombres y la pelvis en las mujeres, aumentan los glóbulos rojo, la testosterona estimula la secreción de factores eritropoyeticos en el riñón. (Güemes et al. 2017)

El cerebro humano completa su maduración hasta los 25 a 30 años y depende de tres procesos precoces:

- Conexiones sináptica nuevas y rápido crecimiento células gliales.
- Poda de sinapsis menos eficientes.
- Los axones se mielinizan para facilitar la transmisión de estímulos de forma más rápida.
- En el cerebro adolescente se observa que existen zonas que se desarrollan mas rapido como las de recompensa antes que las zonas relacionadas a la planificacion y el control emocional(control prefrontal), por lo tanto la experimentacion, riesgos y exploracion en la adolescencia son de caracter normal. (Güemes et al. 2017)

La maduración sexual, en el desarrollo puberal en las mujeres el primer signo que evidencia es el aumento de botón mamario comprende entre las edades de 8-13 años, mientras que la menarquia es un evento tardío y se presenta dos años después de la telarquia. la duración media de la pubertad en mujeres de 4 años. Con respecto a los varones, el aumento del volumen testicular, enrojecimiento y rubosidad de la bolsa escrotal es el primer signos del desarrollo puberal que comprende edades de 9 a 14 años. Posteriormente se da el crecimiento del pene y la pubarquia, la duración de la pubertad es de 2 a 5 años, con una media de tres años. (Güemes et al. 2017)

1.3. Embarazo adolescente

En el Ecuador hay una población de 17 millones de habitantes y aproximadamente 6 millones están entre edades 0 – 17 años que corresponde al 35% de la población. El 33% son adolescentes de 12-17 años y el 39% 5 a 11 años. (INEC, 2017) La región costa habita el 50%, la región sierra el 33% y la amazonia un 7% aproximadamente de adolescentes. (INEC, 2017)

En el Ecuador el embarazos en adolescentes, en el año 2001 fue del 19% y para el año 2011 se elevó al 22 % (INEC, 2010). En el hospital de la ciudad de Cuenca año 2013 revela que la prevalencia de embarazos adolescentes se encuentra en el 26 %. (Rionaula et al, 2014) El estudio realizado en el año 2017 en la ciudad de Guayaquil muestra una prevalencia del 28% de embarazos adolescentes con notable elevación de la tasa de natalidad en mujeres menores de 19 años. (García y Sampedro, 2018)

Se evidencio que los embarazos en mujeres adolescentes entre las edades de 10 a 14 años representan una menor tasa en comparación con las edades que comprenden entre los 15 a 17 años, las provincias

con mayor tasa de embarazos adolescentes son Morona Santiago, Napo, Pichincha, Orellana, Santo Domingo y Sucumbíos en año 2015. (Velasco, 2019)

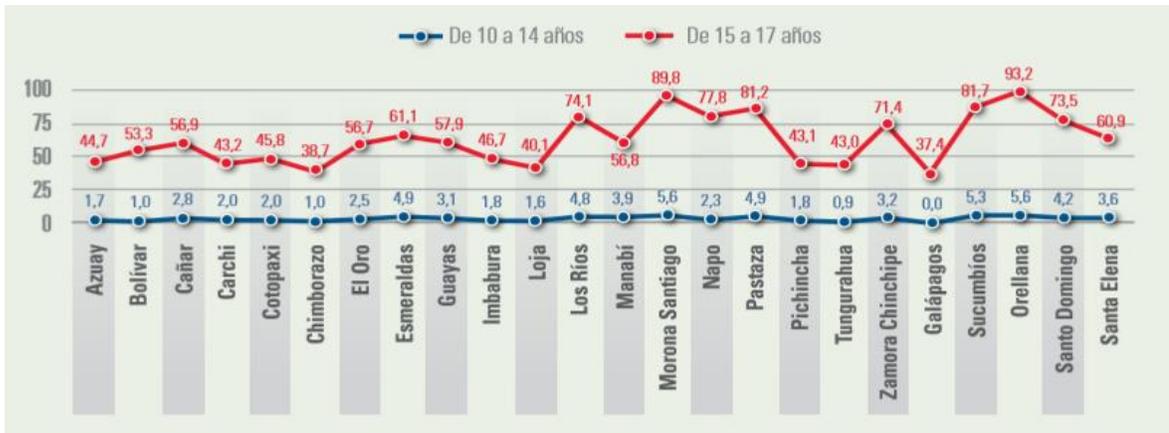


Gráfico 2-1: Tasa específica de embarazo (parto) adolescente por cada 1000 adolescentes en el año 2015

Fuente: INEC - Censo 2010 2015.

Ecuador es el segundo país con mayor índice de embarazos en Latino América, característica que es marcada en países andinos en donde 80 nacimientos son en adolescentes de cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años, en el 2016. (Velasco, 2019)

Un embarazo en edad corta evidencia una violación a los derechos humanos, desigualdad e injusticia social, debido a cómo afecta de forma biológica, psicológica, cultural, económica y social. La constitución del Ecuador garantiza el acceso a la salud a niños, niñas, y adolescentes como grupos de atención prioritaria en el Plan Nacional de desarrollo (Plan Toda una Vida 2017-2021) (Bucheli, et al 2018)

El embarazo en adolescente representa una violación a los derechos humanos lo que lleva a ser una necesidad prioritaria para nuestro país, por lo que en ministerio de salud pública, ministerio de educación, ministerio de inclusión económica y social, el ministerio de justicia, el fondo de población de las naciones unidas, la organización mundial de la salud, han elaborado la política nacional intersectoriales de prevención del embarazo en niñas y adolescentes 2018 a 2025, de carácter integral, buscando lograr salud y bienestar de la generación joven del presente, futuro y los hijos de la generación actual. (Bucheli, et al 2018)

Las metas fijadas para el 2030 por el Ecuador es eliminar todas las formas de violencia de mujeres y niñas y eliminar prácticas nocivas como el matrimonio infantil precoz, forzado y la mutilación genital femenina.

Los niños, niñas y adolescentes están protegidos bajo el marco legal en Ecuador.

Constitución de la república del Ecuador 2008 con los siguientes artículos:

- El Artículo 35. Garantiza la protección y atención prioritaria a niños, niñas y adolescentes al ser un grupo vulnerable, razones por las cuales recibirán atención prioritaria y especializada en el sector público y privado.

El código penal de la niñez y la adolescencia.

- El artículo 6. Garantiza la no discriminación por cualquier motivo de todos los niños, niñas y adolescentes.
- El artículo 8 Garantiza que el estado, la sociedad y la familia deben buscar proteger los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- El artículo 22. La familia debe garantizar el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes. También garantiza la convivencia con la familia biológica.
- El artículo 25. Garantiza la atención durante el embarazo, parto en madres adolescente.
- El artículo 27. Garantiza disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.
- El artículo 37. Garantiza el derecho a la educación.
- El artículo 68. Describe que el abuso sexual es desde toda sugerencia de naturaleza sexual, contacto físico, aun con su aparente consentimiento. El cualquier forma de abuso será puesto en conocimiento del agente fiscal competente para efectos de la ley.
- El artículo 76. No se admite como justificación cualquier práctica cultural de maltrato.
- El artículo 87. Prohíbe el trabajo en adolescentes.

Ley orgánica integral para la prevención y erradicación de la violencia de género contra las mujeres.

- Artículo 1. Tiene como objetivo prevenir y erradicar la violencia de género contra las mujeres, en cualquier situación.

Ley orgánica de educación intercultural

- El artículo 26. Garantiza el derecho a la educación.

Código orgánico integral penal

- El artículo 159 del código penal describe que si una persona adulta tiene relaciones sexuales con alguien mayor de 13 años y menor de 15 años comete el delito de relaciones sexuales consentidas con personas menores de edad. Si la persona menor no alcanza los 13 años, el adulto comete delito de violación. Todos los delitos sexuales se sancionaran con pena privativa de la libertad que de acuerdo con el delito que se trate, van de 2 a los 16 años. Incluyen a hombre como a mujeres.

1.4. Efectos biopsicosociales del embarazo en adolescentes

1.4.1. Patologías ginecoobstétricas y efectos en el embarazos adolescente

Las complicaciones ginecoobstetricas más sobresalientes en el embarazo adolescente son hemorragias posparto, trabajo de parto prolongado, trastornos hipertensivos, preeclampsia, corioamnionitis, parto pretérmino, muerte materna. (Favier, 2018; Grover, 2019)

En el Hospital Matilde Hidalgo Procel en la ciudad de Guayaquil en el año 2018 se evidencia que las principales complicaciones en embarazos adolescentes son infecciones vaginales y de tracto urinario con un 44%, seguidas de anemia con un 21%, preeclampsia con un 12 %, diabetes Mellitus con un 11%, eclampsia con un 5%, virus del papiloma humano con 4% y VIH con un 2%. (Alava, 2018)

Las patologías asociadas para la amenaza de parto pretermino en los embarazos en adolescentes en el Hospital General de Latacunga fueron en el año 2016 Infecciones el 40%, anemia 20%, ruptura prematura de membranas 18%, trastornos hipertensivos 16%. (Pérez, 2015)

Las infecciones de tracto urinario, infecciones vaginales, anemia, obesidad en adolescentes son factores patológicos que presentan adolescentes con amenaza de parto pretermino en el hospital básico de Naranjal en el año 2017. (Pilco, 2019)

En embarazos adolescentes, los niveles bajos de ciertos aminoácidos como alanina e histidina se relacionan de forma directa con parto prematuro y un menor peso del recién nacido. (Guzel, 2016) Al medir los niveles de cortisol, si este se encuentra elevado se relaciona con un peso bajo al nacimiento IP: menor a 0001, y además se realiza una escala para medir el estrés, donde también si se encuentra elevada se relaciona con parto prematuro con IP: menor a 01. (Guzel, 2016)

En el Hospital Matilde Hidalgo Procel en el año 2017 se evidencia que un 6 % de los adolescentes ya tienen 2 hijos y un 1% tiene 3 hijos, lo que evidencia un periodo intergenesico corto (Alava, 2018). En el Hospital de Lima evidencio que si la madre adolescente presenta un periodo intergenesico corto se relaciona con preeclampsia en un 31%. (Huaman, 2018)

La cesárea anterior más un periodo intergenésico corto es criterio de cesárea, lo que pone en riesgo de realizar una segunda cesárea antes de que se considere como apta para la edad reproductiva recomendada a los 20 años. Las cesáreas en mujeres adolescentes del Ecuador se da en un 17,6% y el 86,4% prefiere un parto cefalovaginal. El riesgo potencial de cesáreas en madres adolescentes está determinado por cérvix desfavorable, desproporción cefalopélvica, baja reserva fetal, además para el segundo embarazo en adolescentes aumenta la prevalencia para preeclampsia. (Alava, 2018).

Pese a que las embarazadas adolescentes dan a luz por vía cefalovaginal en el Hospital José María Velasco Ibarra se mostró que el 15% de partos cefalovaginales se les realizo una episiotomía, lo que aumentaba el riesgo para un desgarro de grado II (9.8%), hematoma (1,6 %), e infecciones (1 %) este último. (Zamora, 2010)

Las infecciones de trasmisión sexual en embarazos en adolescentes en Ecuador son por virus del papiloma humano con 4% y VIH con un 2%. (Alava, 2018). Un análisis de en una población en Brasil reporta las siguientes conclusiones epidemiológicas con respecto a infecciones como VIH, VHB, HTLV, CMV, RUBEOLA. En donde la edad media del primer coito fue de 14,4 años. Se detectó infección de VIH del 0,3% la infección por HTLV fue del 0,6%. Y el VHB infecciones agudas en un 0,6% y un 9,9% infección crónica, sólo un 16,7% se había colocado la vacuna para la hepatitis B. (Spicer, 2014)

En el 2019 en Ecuador, las muertes maternas hasta el mes de agosto son de 70 mujeres de las cuales 10 mujeres comprende edades de 10-19 años, las principales causas de muerte materna en el grupo general son por trastornos hipertensivos 27,14% (19 muertes maternas), hemorragias obstétricas 25,71% (18 muertes maternas) y las causas indirectas 20% (14 muertes maternas). El 48,57% de muertes se dan en el área urbana y el 51,43% se da en el área rural la cual se relaciona con un área geográfica de difícil acceso. La vía de finalización de parto en el 50% de las muertes maternas fueron por cesárea, el 31,42% por parto vaginal. El 5,71% por aborto que termino en legrado y el 12,86% las madres fallecieron con su feto en su vientre. El 18,57% de madres fallecidas son indígenas, un 80% mestizos, un 1,43% afroecuatorianas. (SNMM/DNVE, 2019)

El embarazo potencializa 4 veces más el riesgo cuando son menores a 15 años, por lo que el objetivo del ministerio de salud en el Ecuador fue reducir las muertes maternas para el año 2017 a 50 muertes maternas por 100000 nacidos vivos, en donde sí se logró el objetivo llegando a una tasa de 42,8 por 100000 nacidos vivos y el objetivo para el año 2019 es 43,6 muertes maternas por cada 100000 nacidos vivos, y el 2020 se tiene como objetivo una tasa de 36,2 por cada 100000 nacidos vivos. Las provincias con mayor prevalencia de muertes maternas por nacidos vivos son Pastaza con (111,28) Bolívar (90,93), Imbabura (79,07), Cañar (71,31), Santa Elena (66,14) por cada 100000 nacidos vivos. (OPS, 2016)

Las complicaciones en los recién nacidos productos de embarazos adolescentes son sepsis neonatal en el 41%, bajo peso al nacer 35 %, complicaciones respiratorias 21 %, problemas del sistema nervioso central 3%. (Velastegui, 2018)

1.4.2. Consecuencias psicológicas

La depresión es una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, perdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas. Una mujer durante el embarazo conlleva un elevado nivel de estrés, que puede llevar a trastornos de la personalidad, estados de ánimo y adaptativos. Un 15% presenta síntomas específicos de depresión caracterizado por llanto, desanimo, sentimientos de incapacidad para enfrentar su rol de madre puede durar 6 a 8 semanas hasta un año. Aumentan el riesgo en la adolescencia y en aquellas que viven sin su pareja. La depresión postparto genera un impacto negativo para los niños y niñas

debido a que disminuye el apego materno. Un 45% de mujeres posterior al parto presentan síntomas no específicos de depresión. (Masías et al, 2018)

De la población mundial el 4,4% sufre depresión. En América: Paraguay 9,4%, Brasil 9,3%, Perú 8,6%, Ecuador 8,3% Colombia 8,2% son los países con mayor prevalencia en el continente americano. Ecuador ocupa el cuarto lugar. (OPS, 2018) En la región amazónica, provincia de Napo cantón Tena no se cuenta con estudios acerca de la depresión.

La autoestima es el conjunto de percepciones, evaluaciones, ideas sobre nosotros mismos, fundamentado por la autoconfianza y el amor propio. La baja autoestima es la percepción de nosotros mismos que nos impide percibirnos como personas valiosas, talentosas o simplemente tener un juicio objetivo respecto a quienes somos. La autoestima tiene origen en la adolescencia principalmente dadas por la relación padre a hijo y con sus pares, la baja autoestima causa problemas con la aceptación. Está directamente relacionado con un nivel socioeconómico bajo.

En un estudio de análisis bibliográfico se determinó que algunos de los factores de riesgo psicosociales es el inicio precoz de las relaciones sexuales, una temprana maduración sexual, bajo nivel académico, inadecuada educación sexual, poca habilidad de planificación familiar, pérdida de figuras significativas familiares, delincuencia, alcoholismo. (Gasso et al, 2019)

El poder analizar los procesos que viven un adolescente puede ayudar a prevenir o disminuir los riesgos a los que son expuestos, a través de intervenciones planificadas que ayudan a cuidar la salud mental y reducir las conductas de riesgo, ya pueden mejorar las habilidades interpersonales, mejorar la regulación emocional, tener un manejo adecuado ante la exposición al alcohol y drogas. Padres adolescentes conllevan a tener una inestabilidad para relacionarse con la familia y el medio en el que se desarrolla. (Gasso et al, 2019)

El test de Edinburgo es una escala que se utiliza para la depresión posparto y en gestación, el 92.3% es más probable que presente alguna enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. Esta escala tiene 10 preguntas cuando se obtiene una puntuación de 10 es probable que la paciente presente depresión pero no revela su gravedad. (Cox, 1987)

Factores de riesgo para depresión perinatal son historia de depresión, especialmente perinatal, embarazo no deseado, conflicto en la relación de pareja, ausencia de pareja, estrés psicosocial, nivel socioeconómico bajo, deficiente apoyo social. (Jadresic, 2014)

1.4.3. Efectos sociales

Los efectos sociales son impactos que a nivel de educativo, económico, cultural.

1.4.4. Índice de pobreza

En la actualidad se considera pobreza extrema a las personas que viven con uno 1.25\$ al día, lo que está representado por 9 % de los hogares Ecuatorianos. Mismo que están en dependencia de que los jefes del hogar estén o no desempleados. A mayor índice de pobreza mayor número de embarazos. (Velasco, 2019)

En Perú 24 de cada 100 mujeres adolescentes que viven en situación de pobreza ha estado embarazada (INEI-ENDES, 2017)

La pobreza en la zona amazónica en la provincia de Napo ocupa el tercer lugar en el Ecuador, con índice de pobreza de 57,8% lo que se relaciona con un alto índice de embarazos en mujeres de 10 a 19 años con 2,3 y en mayores a 19 años con 77,8 que es la tasa específica de embarazo (parto) adolescente por cada 1000 adolescentes Ecuatorianos en el año 2015.

Tabla 2-2: Índice de pobreza en de Ecuador

INDICE DE POBREZA ECUADOR 2016				
HOGARES CON POBREZA EXTREMA	9 %	NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES QUE VIVEN EN HOGARES CON EXTREMA POBREZA	12 %	
HOGARES CON POBREZA	23%	NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES QUE VIVEN EN HOGARES CON POBREZA	30 %	
HOGARES CON POBREZA MULTIDIMENSIONAL	35%	NIÑOS, NIÑAS, ADOLESCENTES QUE VIVEN EN HOGARES CON POBREZA MULTIDIMENSIONAL	42 %	

Fuente: Inec Enemdu, 2016

Por área geográfica en el Ecuador Napo ocupa el tercer lugar de mayor índice de pobreza multidimensional (vivienda, acceso al agua, al alcantarillado, recolección de basura) por ingresos económicos con un 58% seguido de Pastaza y Morona Santiago INEC ENEMDU, 2016)

Mapa No. 1
Desigualdades geográficas de la pobreza infantil y adolescente por ingresos, 2016

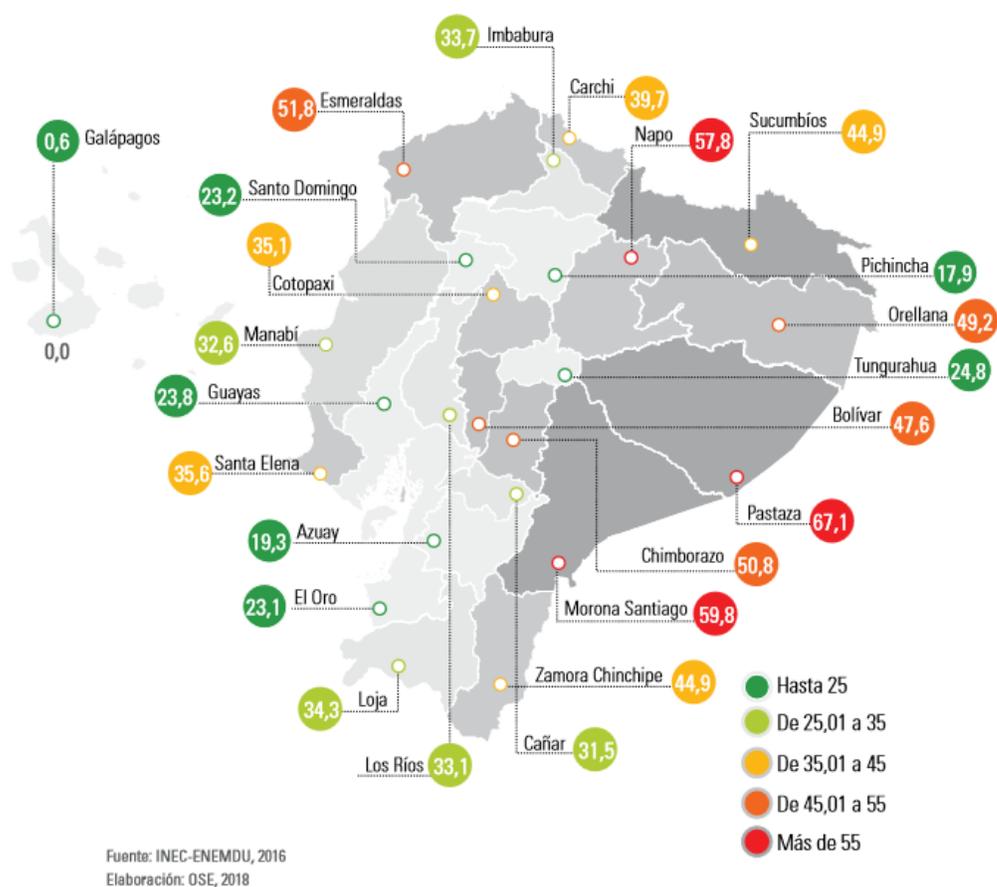


Gráfico 3-1: Pobreza en el Ecuador

1.4.5. Estado civil

El embarazo adolescente con respecto al estado civil puede tomar varios rumbos uno de ellos es unirse y convivir con el padre sin una base legal, realizar unión libre o casarse si los dos son mayores de edad, o simplemente tener el niños pero vivir de forma separada o en ocasiones aún se dificulta más cuando hay abandono por los uno o dos los padres. En el año 2016 en el Ecuador el porcentaje de

adolescentes mayores de edad en unión libre y matrimonio es del 3%. El límite legal para casarse en el Ecuador según estipula el código civil es a los 18 años. (Velasco, 2019)

La familia se considera el núcleo de la sociedad, (Suarez, et al 2018)

1.4.6. *Violencia*

En el Ecuador 3 de cada 4 mujeres eran golpeadas en su niñez o han sido agredidas por su pareja o su ex pareja. En los embarazos adolescentes del Ecuador en las edades comprendidas entre los 10 y 14 años el 80% de los casos fueron por violencia sexual. (INEC, 2017)

Entre los niños y niñas montubias también se registraron uniones sin base legal de forma precoz con un 6%, en los afrodescendientes e indígenas en un 4%. (Velasco, 2019)

En la amazonia en las comunidades kichwas se ha caracterizado por arreglos entre padres para realizar unión libre o convivencia en mujeres menores edad, en ocasiones de manera forzada, misma que es cultural en dicha región tanto para los padres como los adolescentes, por ello se evidencia en la región amazónica las relaciones entre un hombre adulto y una mujer menor de edad no se denuncia.

1.4.7. *Educación*

Los embarazos en adolescentes en el Ecuador es la cuarta causa para que abandonen el colegio, 2017. El 11% de los adolescentes del Ecuador estudian y trabajan. La deserción escolar en el Ecuador está en un 2.1 % en el área rural y en la provincia de Napo esta entre el 2.1 % y 3.1% (Posligua, 2017)

La educación y los embarazos en adolescente tienen una relación directa debido a que la falta de educación lleva al embarazo y este a una deserción escolar debido a que las y los adolescentes trabajan para un sustento económico de su hijo. (Posligua, 2017)

CAPITULO II

2. MARCO METODOLOGICO

2.1. Tipo y diseño de investigación

Estudio tipo retrospectivo, cuantitativo, no experimental, correlacional causal.

El estudio fue realizado en la Parroquia Misahualli, con uso de la base de datos y las historias clínicas del Centro de Salud tipo A Misahualli, Hospital José María Velasco Ibarra Tena, y recolección de datos a través de encuestas, se analiza datos de un periodo de 5 años desde Enero del 2014 hasta Diciembre del 2018.

2.2. Población en estudio

Parroquia Misahualli: 814 mujeres adolescentes, Población en estudio: 210 madres adolescentes en el periodo de Enero de 2014 a Diciembre 2018.

2.3. Tamaño de la muestra

Tamaño de muestra: 210 madres adolescentes entre 12 a 18 años 11 meses y 29 días en el periodo de Enero de 2014 a Diciembre 2018.

CRITERIOS DE INCLUSION

Madres adolescentes entre 10 a 18 años 11 meses y 29 días del Periodo comprendido entre Enero 2014 a Diciembre 2018 de la Parroquia Misahualli.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

Madres adolescentes mayores a 19 años.

2.4. Técnica y recolección y síntesis de datos

Bases de datos estadísticos del distrito de salud 15d01, Tena – Archidona – Carlos Julio Arosemena Tola.

Base de datos estadísticos originales del centro de salud tipo A Misahualli perteneciente al distrito 15d01, revisión de historias clínicas.

Encuestas realizadas de forma aleatoria a madres adolescentes en la Parroquia Misahualli.

Encuestas realizadas de forma aleatoria a los adolescentes en el Colegio Unidad Educativa Misahualli.

Base de datos estadísticos del Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena.

Para la revisión en cada entidad se realizó los trámites pertinentes para la autorización.

2.5. Hipótesis

¿Existe una elevada prevalencia de embarazos en adolescentes en la Parroquia Puerto Misahualli y Cuáles son sus principales efectos a nivel biopsicosocial a largo plazo?

2.6. Identificación de variables

2.6.1. Variables dependientes

Efectos biológicos

- Patologías ginecoobstetricas
- Periodo intergenésico
- Vía de parto
- Planificación familiar

Consecuencias psicológicas

- Violencia intrafamiliar
- Depresión postparto
- Autopercepción de la capacidad materna

Consecuencias sociales

- Deserción escolar
- Estado civil
- Dependencia económica

2.6.2. Variables independientes

- Embarazo adolescente

2.7. Operacionalización de variables

VARIABLE	ESCALA DE CLASIFICACION	INDICADORES
EMBARAZO ADOLESCENTE(CUALITATIVA)	MADRE ADOLESCENTE(10 A 18 AÑOS)	TASA DE DISTRIBUCION DE LA POBLACION EMBARAZADA O MADRE ADOLESCENTE
EDAD (CUANTITATIVA, CONTINUA)	MADRE ADOLESCENTE(10 A 18 AÑOS) MADRES IGUAL O MAYOR A 19	TASA DE DISTRIBUCION DE LA POBLACION EMBARAZADA POR AÑOS, CICLOS DE VIDA
EMBARAZO EN ADOLESCENTES SEGÚN EL PERIODO EN AÑOS (CATEGORICA, ORDINAL)	2014 2015 2016 2017 2018	TASA DE DISTRIBUCION DE LA POBLACION EMBARAZADA ADOLESCENTE POR AÑOS
EMBARAZOS EN ADOLESCENTES SEGÚN LA EDAD (CATEGORICA, ORDINAL)	12 AÑOS 13 AÑOS 14 AÑOS 15 AÑOS 16 AÑOS 17 AÑOS	TASA DE DISTRIBUCION DE LA POBLACION EMBARAZADA ADOLESCENTE SEGÚN LA EDAD

	18 AÑOS	
PAREJAS DE LAS EMBARAZADAS ADOLESCENTES	15 AÑOS 16 AÑOS 17 AÑOS 18 AÑOS 19 AÑOS 20 AÑOS MAYOR 21 AÑOS	TASA DE LAS PAREJAS DE LAS MADRES EMBARAZADAS
<ul style="list-style-type: none"> - PATOLOGÍAS SECUNDARIAS A EMBARAZO - PERIODO INTERGENESICO - VÍA DE PARTO - PLANIFICACIÓN FAMILIAR 	CLASIFICACIÓN INDIVIDUAL SEGÚN LOS RESULTADOS.	TASA DE DE PATOLOGIAS GINECOOBSTETRICAS EN EL EMBARAZO Y MATERNIDAD DE ADOLESCENTES
<ul style="list-style-type: none"> - VIOLENCIA - DEPRESIÓN - AUTOPERCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD MATERNA 	CLASIFICACIÓN INDIVIDUAL SEGÚN LOS RESULTADOS.	TASA DE EFECTOS PSICOLOGICOS EN EL EMBARAZO Y MATERNIDAD DE ADOLESCENTES
<ul style="list-style-type: none"> - DESERCIÓN ESCOLAR - ESTADO CIVIL - EDAD DE LA PAREJA - SOSTENIBILIDAD ECONÓMICA - EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - INICIO DE RELACIONES DE ENAMORAMIENTO - INICIO DE VIDA SEXUAL 	CLASIFICACIÓN INDIVIDUAL SEGÚN LOS RESULTADOS.	TASA DE EFECTOS SOCIALES EN EL EMBARAZO Y MATERNIDAD DE ADOLESCENTES

CAPITULO III

3. MARCO DE RESULTADOS

4.1. Distribución de la población embarazada en la Parroquia Misahualli de Enero 2014 a Diciembre 2018.

Tabla 3-3: Distribución de la población embarazada en la Parroquia Misahualli de Enero 2014 a Diciembre 2018

AÑO	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL EN LOS 5 AÑOS
EMBARAZADA MUJERES > A 18 AÑOS	106	110	102	129	113	560 EMBARAZOS
EMBARAZADA ADOLESCENTE DE 12 A 18 AÑOS	40	41	42	44	43	210 EMBARAZOS
	146	152	144	173	156	770 EMBARAZOS

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01 y matriz de captaciones de embarazos del centro de salud tipo A Misahualli.

Según la Distribución de la población embarazada en la Parroquia Misahualli de Enero 2014 a Diciembre 2018. Se evidencio que hubo 770 embarazos de los cuales 210 embarazos fueron en mujeres adolescentes de entre 12 a 18 años y 560 embarazos fueron en mujeres mayores de 18 años.

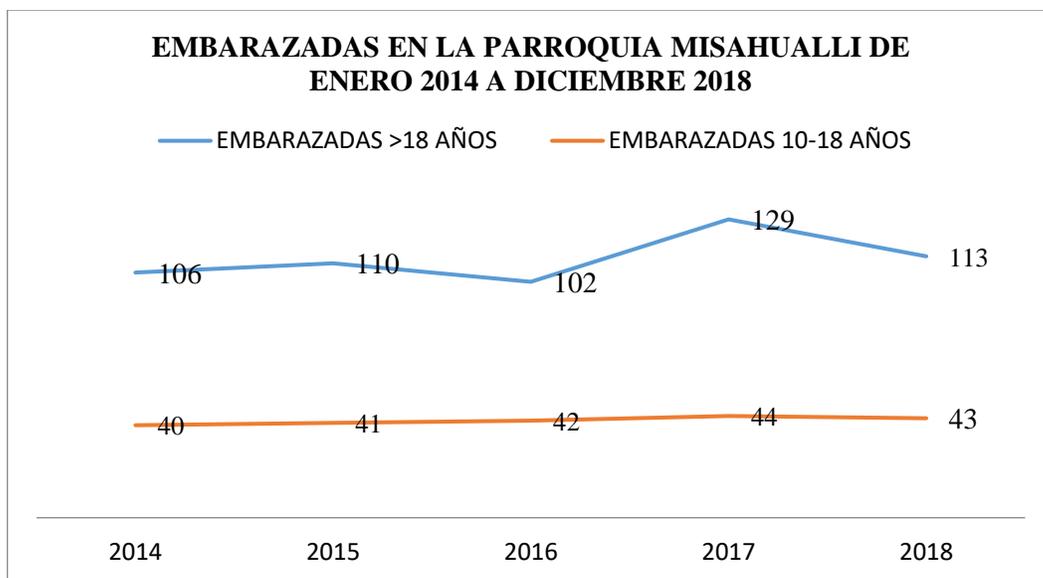


Gráfico 4-3: Embarazadas en la parroquia Misahualli de Enero 2014 a Diciembre 2018

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01 y matriz de captaciones de embarazos del centro de salud tipo A Misahualli.

Embarazadas en la Parroquia Misahualli de Enero 2014 a Diciembre 2018, con 40 embarazos en adolescentes como mínimo por cada año y un máximo de 44. Y embarazos en mayores de 18 años con un mínimo de 106 y un máximo 129 embarazadas. Se evidencia que la tasa de embarazos en adolescentes es similar en los 5 años.

PORCENTAJE DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES VS
MUJERES > 18 AÑOS EN LA PARROQUIA MISAHUALLI DE
ENERO 2014 A DICIEMBRE 2018

■ EMBARAZADA > 18 AÑOS ■ EMBARAZADA ADOLESCENTE

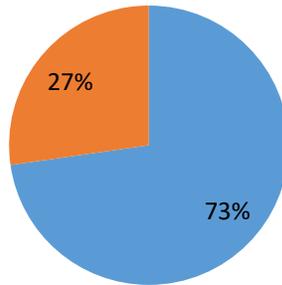


Gráfico 5-3: Porcentaje de embarazos en adolescentes vs en mujeres > 18 años en la Parroquia Misahualli de enero 2014 a diciembre 2018

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01 y matriz de captaciones de embarazos del centro de salud tipo A Misahualli.

Se evidencia una tasa elevada con el 27% (n=210) de embarazos en adolescentes de entre 12 a 18 años y el 73% (n=560) fueron embarazadas mayores a 18 años en un periodo de 5 años.

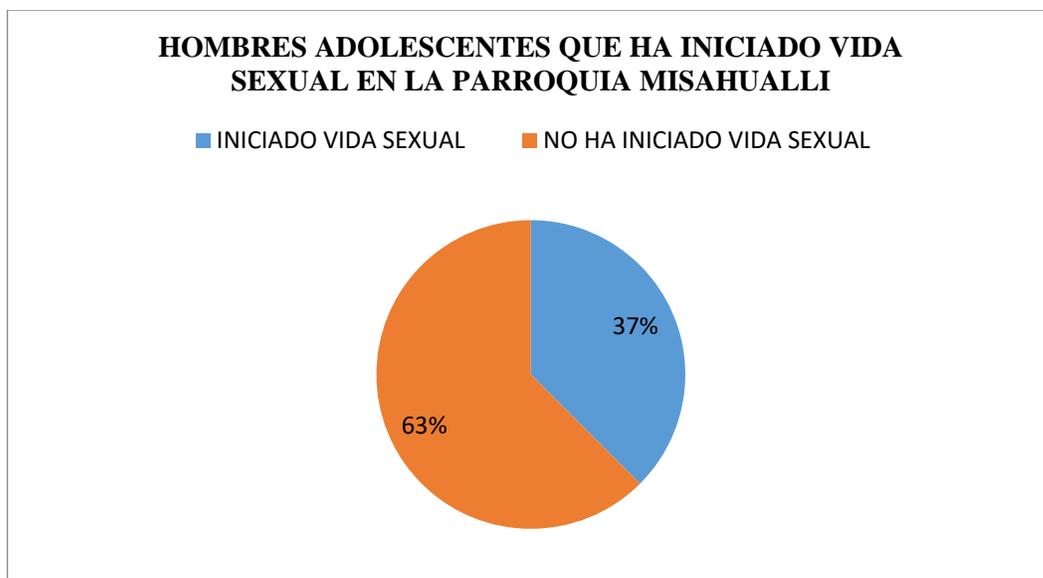


Gráfico 6-3: Hombres adolescentes que ha iniciado vida sexual en la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El 37% (n=37) de hombres adolescentes de la Parroquia Misahualli ha iniciado vida sexual.

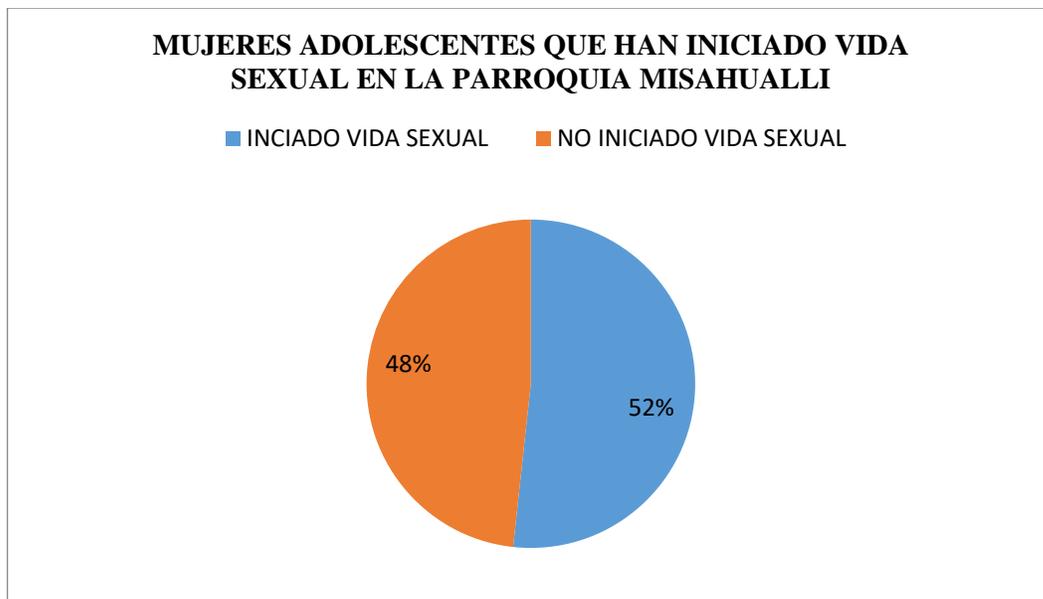


Gráfico 7-3: Mujeres adolescentes que han iniciado vida sexual en la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El 52% (n=52) de mujeres adolescentes de la Parroquia Misahualli ha iniciado vida sexual.

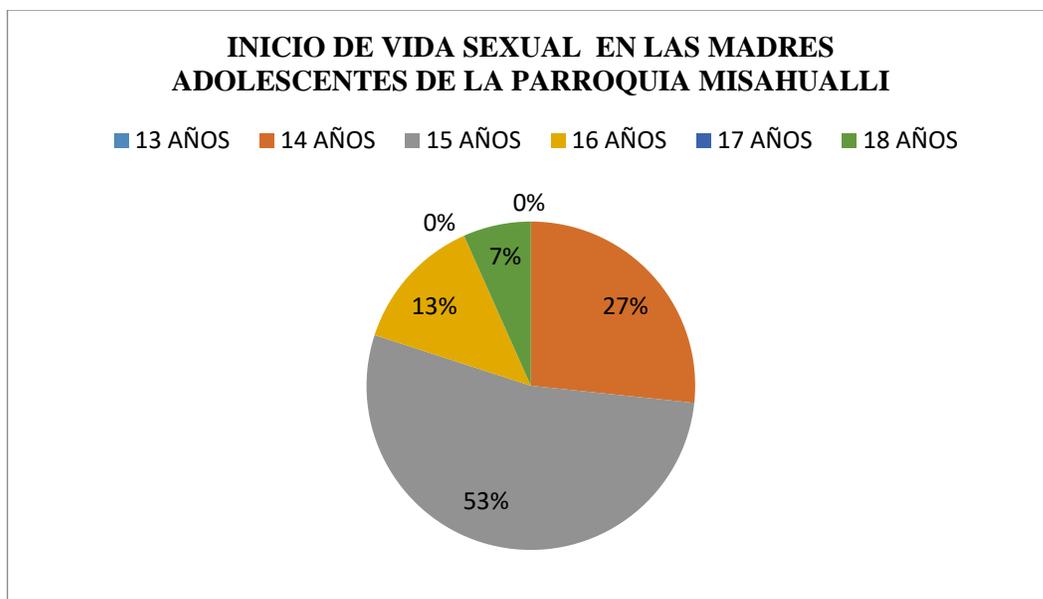


Gráfico 8-3: Inicio de vida sexual EN MADRES adolescentes de la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

La edad más prevalente para el inicio de vida sexual fue a los 15 años con el 53% (n=53) y el 27%, (n=27) a los 14 años de las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli.

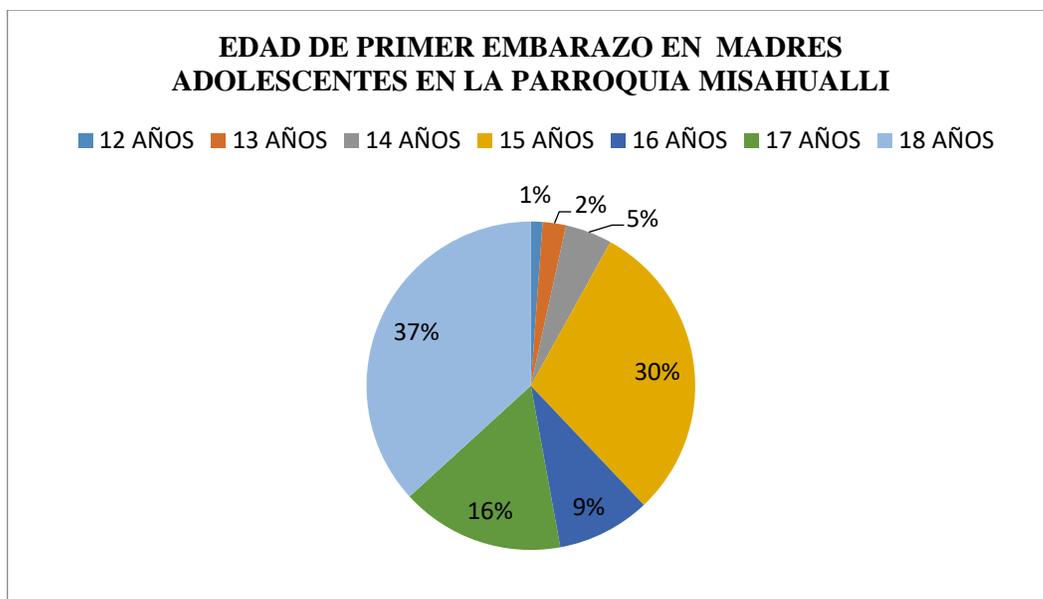


Gráfico 9-3: Edad de primer embarazo en madres adolescentes en la parroquia Misahualli

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01, base de datos de la matriz de captación de embarazos del centro de Salud tipo A Misahualli.

Las edades más prevalentes para el primer embarazo es a los 15 años con el 30% (n=63) y a los 18 años con el 37% (n=78) en las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli.

3.1. Prevalencia de la población embarazada durante enero 2014 a diciembre 2018

Tabla 4-3: Población de mujeres adolescentes de la parroquia Misahualli en el año 2019 y madres adolescentes durante el periodo de Enero 2014 a Diciembre 2018

POBLACIÓN DE MUJERES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA MISAHUALLI	
Mujeres adolescentes total	814
Madres adolescentes	210
Mujeres adolescentes sin hijos	604

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01 y matriz de captaciones de embarazos del centro de salud tipo A Misahualli.

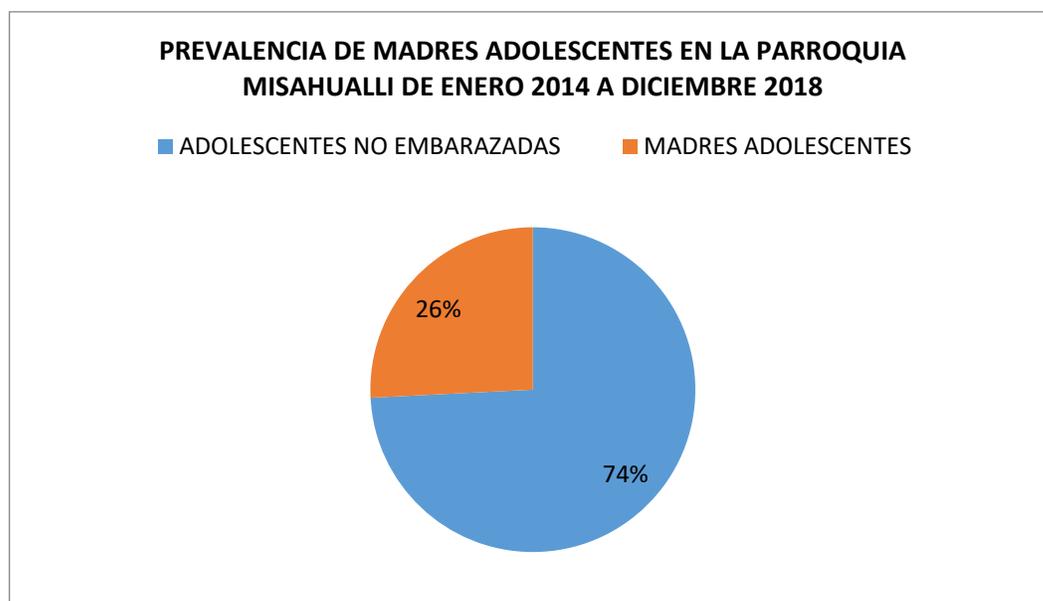


Gráfico 10-3: Prevalencia de madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero 2014 a Diciembre 2018

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

La prevalencia de madres adolescentes de la Parroquia Misahualli durante el periodo de 5 años es del 26% (n=210 embarazos), de cada 4 mujeres adolescentes 1 ya ha tenido un hijo. Lo que demuestra una alta tasa de embarazos en adolescentes.

3.2. Efectos biopsicosociales del embarazo en adolescentes de la parroquia Misahualli

3.2.1. *Patologías Ginecoobstétricas y efectos en el embarazo adolescente*

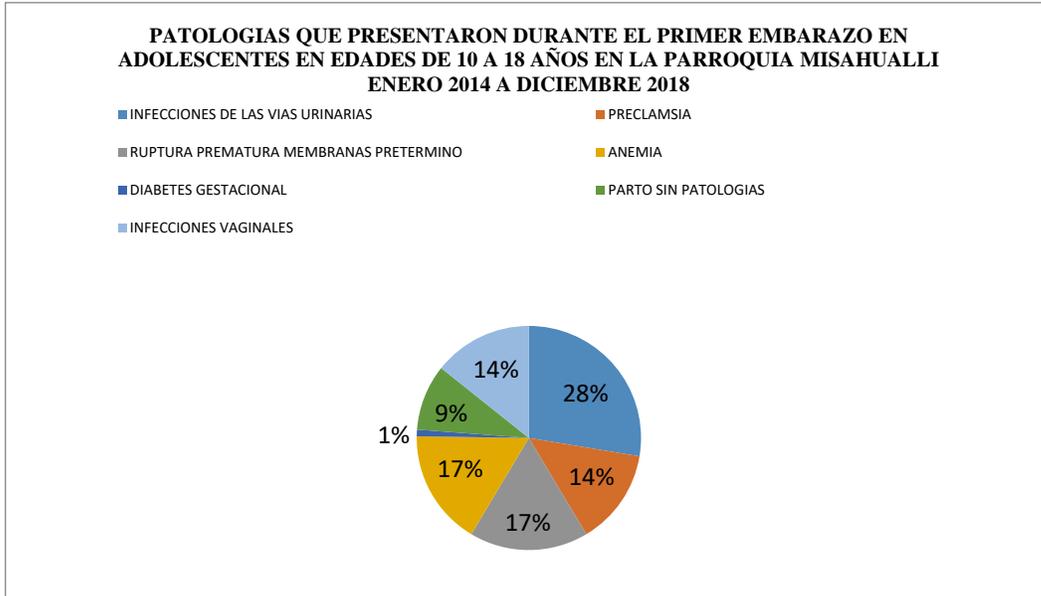


Gráfico 11-3: Patologías que presentaron durante el primer embarazo en adolescentes en edades de 10 a 18 años en la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de la matriz controles postparto del centro salud tipo A Misahualli.- matriz de Ginecología del Hospital José María Velasco Ibarra.

Las patologías de mayor frecuencia en el embarazo adolescente en la parroquia Misahualli, fueron Infección de vías urinarias un 28%(n=58), ruptura prematura de membranas un 17%(n=36) y la anemia con el 17%(n=35), preeclampsia 14%(n=29) menor prevalencia fue diabetes gestacional un 1%(n=2)

**VIA DE TERMINACION EMBARAZO EN PACIENTES
ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA MISAHUALLI EN
EDADES COMPRENDIDAS DE 10 A 18 AÑOS**

■ CEFALO VAGINAL ■ CESAREA

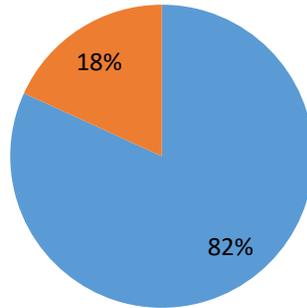


Gráfico 12-3: Vía de terminación embarazo en pacientes adolescentes de la parroquia Misahualli en edades comprendidas de 10 a 18 años.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos, matriz controles postparto, centro de Salud Misahualli.

La vía de terminación de embarazo en el 18% (n=38) es por cesárea en las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli.

**PERIODO INTERGENESICO CORTO EN MUJERES
ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA MISAHUALLI EN
EDADES DE 10 A 18 AÑOS**

■ MUJERES < A 19 AÑOS CON 2 HIJOS(AS) ■ MUJERES < A 19 AÑOS CON 1 HIJO(A)

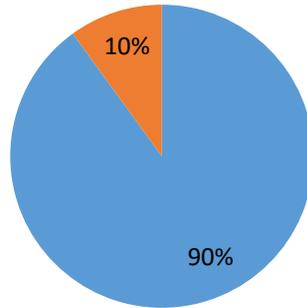


Gráfico 13-3: Periodo intergenésico corto (menor a 2 años) en madres adolescentes de la parroquia Misahualli en edades de 10 a 18 años.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de la matriz controles postparto del centro salud tipo A Misahualli.

El 10% (n=21) de las madres adolescentes han tenido un periodo intergenésico corto.

METODO ANTICONCEPTIVO UTILIZANDO POSTERIOR AL PARTO EN MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA MISAHUALLI

- IMPLANTE
- INYECCIONES MENSUALES
- NINGUNO
- TABLETAS ANTICONCEPTIVAS
- METODOS DE BARRERA

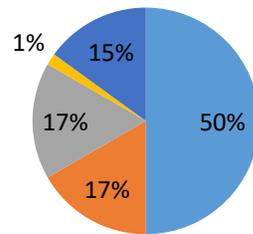


Gráfico 14-3: Método anticonceptivo que estaban utilizando posterior a su embarazo las madres adolescentes de la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de la matriz controles postparto del centro salud tipo A Misahualli

El 15%(n=32) población estudiada no utiliza ningún método anticonceptivo y 50%(n=105) usa el implante subdérmico, seguido por 17%(n=36) de madres adolescentes que usa tabletas anticonceptivas e inyecciones, respectivamente.

3.2.2. Consecuencias psicológicas por el embarazo adolescente

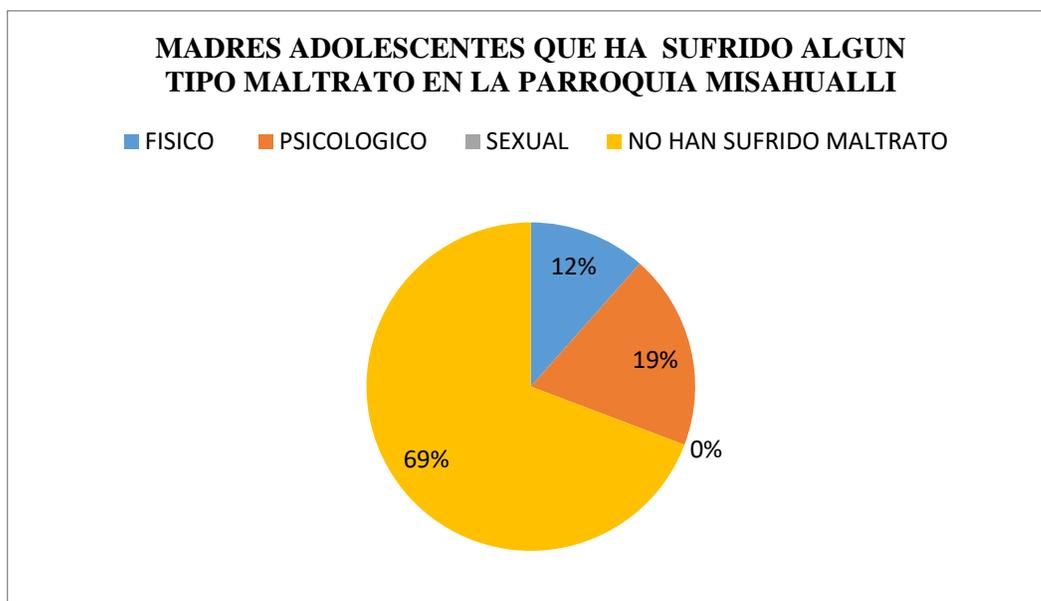


Gráfico 15-3: Madres adolescentes que ha sufrido algún tipo de maltrato en la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

De las madres adolescentes de la parroquia Misahualli el 12% (n=12) refiere haber recibido maltrato de tipo físico, 19% (n=19) refiere haber recibido maltrato de tipo psicológico, el 69% (n=69) no refiere haber recibido ningún tipo de maltrato.

DE PARTE DE QUIEN HA RECIBIDO MALTRATO LA MADRE ADOLESCENTE EN LA PARROQUIA MISAHULLI DURANTE EL EMBARAZO O POSTERIOR AL PARTO

■ PADRE ■ MADRE ■ PAREJA

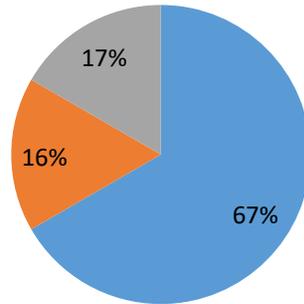


Gráfico 16-3: De parte de quien recibieron algún tipo de maltrato las madres adolescentes de la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

De la madres que recibieron maltrato ya sea físico o psicológico el 17%(n=5) de madres adolescentes de la parroquia Misahualli refieren haber recibido maltrato por parte de su pareja, el 67%(n=21) por parte de su padre, durante el embarazo o postparto.

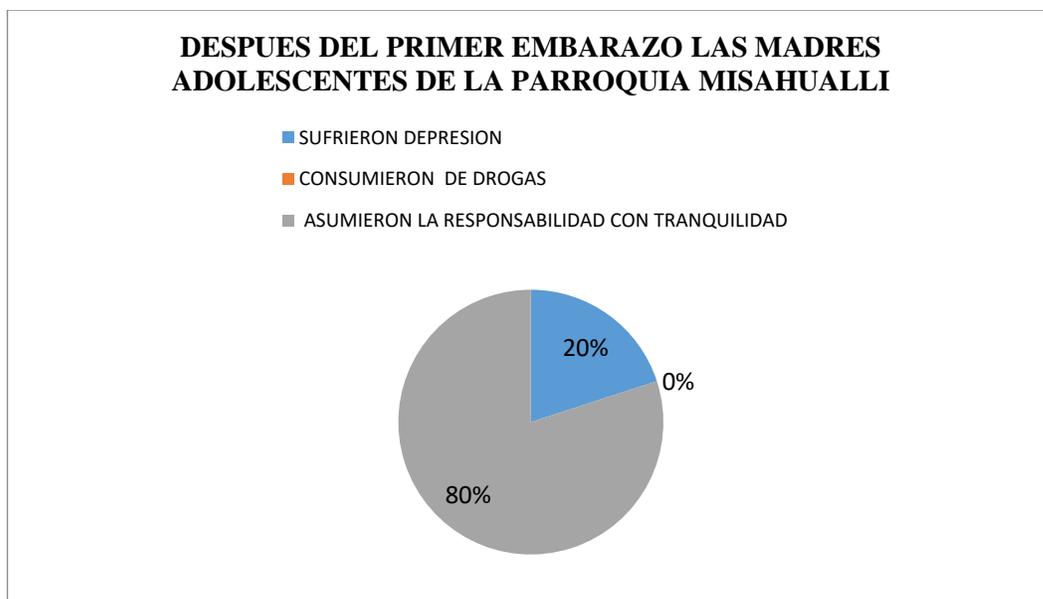


Gráfico 17-3: Después del primer embarazo las madres adolescentes de la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El 20% (n=20) de las madres adolescentes en la parroquia Misahualli presentaron depresión, Ninguna madre refiere haber consumido drogas y el 80%(n=80) responde que asumieron la maternidad con tranquilidad.

**PORCENTAJE DE LA AUTOPERCEPCION DE LA CAPACIDAD
MATERNA DURANTE EL PRIMER EMBARAZO EN LA
PARROQUIA MISAHUALLI**

■ ME SIENTO CAPAZ ■ NO ME SIENTO CAPAZ

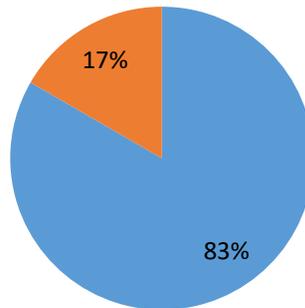


Gráfico 18-3: Porcentaje de la autopercepción de la capacidad materna durante el primer embarazo en la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El 17% (n=17) de madres adolescentes de la parroquia Misahualli refieren no haberse sentido capaces de ejercer la maternidad y 83%(n=83) se sintió capaz.

**TEST DE EDIMBURGO PARA VALORAR DEPRESION
POSTPARTO EN MADRES ADOLESCENTES DE LA
PARROQUIA MISAHUALLI**

■ DEPRESION > A 10 PUNTOS = ■ MENOR A 10 PUNTOS

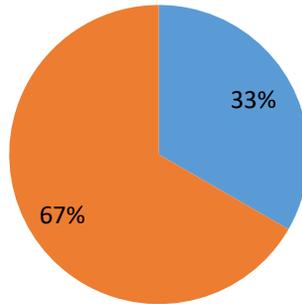


Gráfico 19-3: Depresión postparto en madres adolescentes en la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli, con la Escala de Edimburgo.

El 33% (n=10) de madres adolescentes de la parroquia Misahualli según la Escala de Edimburgo tendrían una probable depresión postparto.

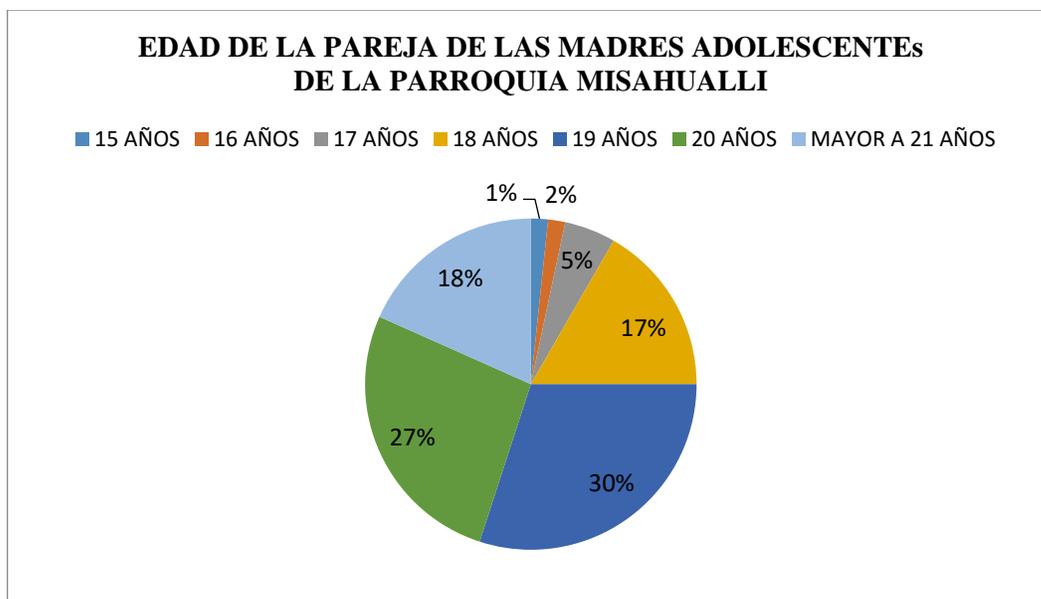


Gráfico 20-3 Edad de pareja de las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El 45%(n=45) de las parejas de las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli son mayores a 19 años, tan solo el 25%(n=25) de las parejas son menores de 19 años.

3.2.3. Efectos sociales

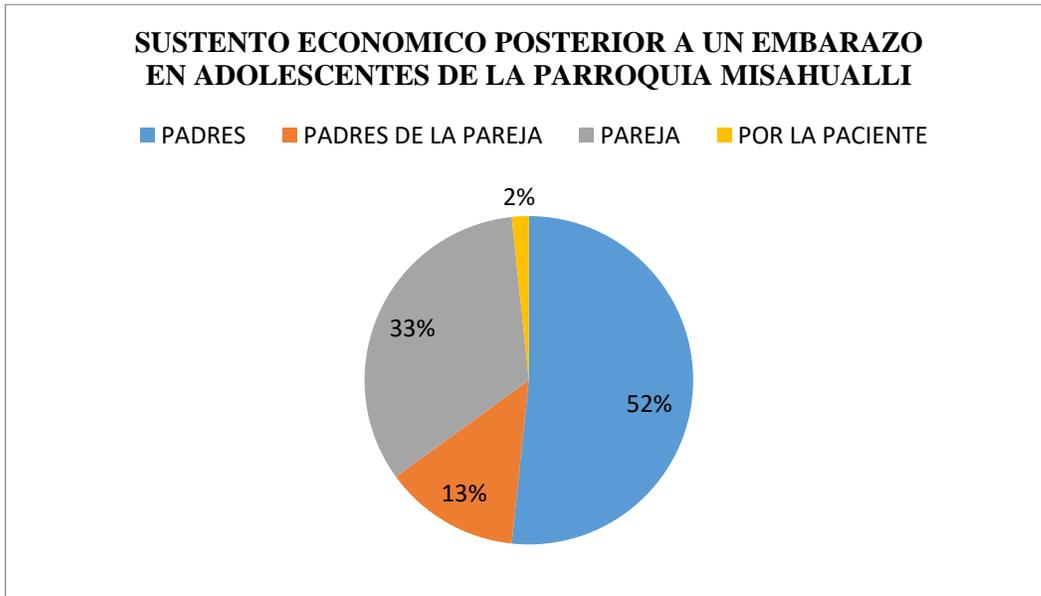


Gráfico 21-3: Sustento económico posterior a un embarazo en adolescentes de la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El sustento económico en el 52%(n=52) de las madres adolescentes de la parroquia Misahualli posterior a el embarazo es por parte de los padres, el 33%(n=33) por parte de la pareja.

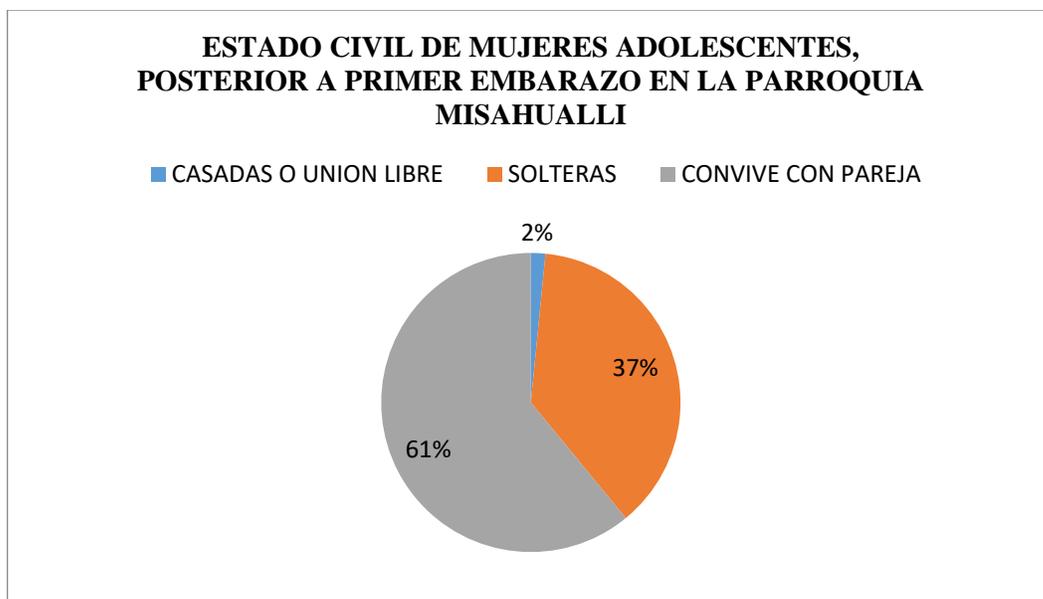


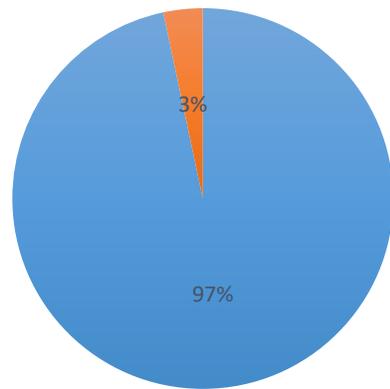
Gráfico 22-3: Estado civil posterior a la maternidad en adolescentes en la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El mayor porcentaje con el 61% (n=61) posterior a la maternidad convive con su pareja sin una base legal, el 37% (n=37) son madres solteras que no conviven con su pareja y solo el 2% (n=2) están casadas o en unión libre.

DESERCION ESCOLAR EN LAS MADRES Y PADRES ADOLESCENTES EN LA PARROQUIA MISAHUALLI



■ NO DESERCION ESCOLAR ■ DESERCION ESCOLAR

Gráfico 23-3: Deserción escolar en las madres adolescentes en la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

La deserción escolar se da en el 3% (n=6) de la población en estudio posterior a la maternidad.

**MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA
MISAHUALLI QUE INGRESARON A ESTUDIAR TERCER
NIVEL**

■ NO INGRESA ■ INGRESA

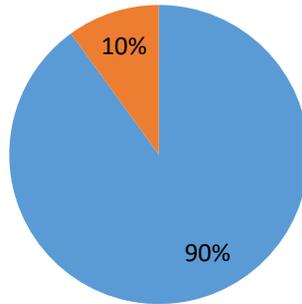


Gráfico 24-3: Ingreso a un nivel educativo de tercer nivel de las madres adolescentes en la parroquia Misahualli posterior a terminar a la secundaria.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli

El 90% (n=40) de la población en estudio que terminó la secundaria, posterior a la maternidad no ingresó a un nivel educativo de tercer nivel.

3.3. Discusión de resultados

En la investigación realizada a las adolescentes en la Parroquia Misahualli, se evidencio que la prevalencia de embarazos en adolescentes es del 26% en el periodo de enero 2014 a diciembre del 2018. En Ecuador en un estudio que se realizó en el centro Salud Pascuales de Guayaquil la prevalencia de embarazos en adolescentes fue del 27% en el año 2017(Espinoza y Sampetro, 2018). Lo que corrobora la tasa elevada de embarazos en adolescentes.

El estudio evidencio que las principales patologías gineco obstétricas de las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli fueron infección de vías urinarias (28%), ruptura prematura de membranas(17%), anemia(17%), preeclampsia (14%), infecciones vaginales (14%), diabetes gestacional (1%). Las madres adolescentes posterior al parto 15% no utiliza ningún método anticonceptivo, el (50%) utiliza anticonceptivo subdérmico (implante), el método de barrera (2%), produciendo periodo intergenesico corto (10%), con parto por cesárea (18%). Las patologías asociadas para la amenaza de parto pretermino en los embarazos en adolescentes en el Hospital General de Latacunga fueron en el año 2016 Infecciones el 40%, anemia 20%, ruptura prematura de membranas 18%, trastornos hipertensivos 16% (Pérez, 2015). Las infecciones de tracto urinario, infecciones vaginales, anemia, obesidad en adolescentes son factores patológicos que presentan adolescentes con amenaza de parto pretermino en el hospital básico de Naranjal en el año 2017 (Pilco, 2019). En Honduras en una investigación realizada mostro que el 77% de las mujeres adolescentes tuvieron complicaciones ginecoobstetricas. Datos similares se evidenciaron en Ecuador en el embarazo adolescente la vía de parto por cesárea es del 17,6% (Alava, 2018), preclampsia (16%)(Vinueza, 2017), periodo intergenesico corto de 12.2% y 32% anemia (Ullua, 2018; García, 2018). El 10% de la muertes maternas en Ecuador están entre edades de 10 a 19 años (SNMM/DNVE, 2019). Sin duda alguna un embarazo precoz predispone a riesgos ginecoobstetricos por la inmadurez fisiológica de su organismo, poniendo peligro la vida de la madre adolescente.

La edad que los adolescentes de la parroquia estudiada que tuvieron su primer enamorado en mujeres es a los 15 años (44%), 14 años (22%), 4% no ha tenido enamorado. Mientras que en varones a los 14 años (16%), 15 años (16%), 16 años (16%) y no han tenido enamorada el 22%. Sus principales motivaciones en adolescentes mujeres fueron por atracción al sexo opuesto (50%), por búsqueda de afecto o tener alguien en quien confiar (23%), además nadie refiere haber sido forzada. Los hombres

adolescentes fueron motivados por atracción al sexo opuesto (44%), por búsqueda de afecto o tener alguien en quien confiar (24%) y por presión de los compañeros (4%) Según el desarrollo psicosocial entre las edades de 14 a 16 años aumenta la atracción y la búsqueda de experimentación sexual. (Gaeta, 2015)

Los adolescentes de la Parroquia estudiada han iniciado su vida sexual, las mujeres (52%) y los hombres (37%) a una edad promedio de 15 años. El inicio de vida sexual se relaciona con la edad del primer enamorado. Datos similares afirma el estudio realizado en la Amazonia donde indican por testimonios de adolescentes mujeres que incluso desde la primera cita el principal propósito es tener relaciones sexuales, ya que es como darse un beso. (Vohlonen y Gutierrez, 2017). Es notable una mayor prevalencia a iniciar vida sexual a temprana edad con los primeros enamoradas o enamorados en la actual generación de adolescentes, misma que se relaciona con múltiples causas como la mayor libertad a los adolescentes, debido a razones laborales de los padres, familias disfuncionales, la globalización, el disminuido conocimientos de valores. Con el inicio de vida sexual a temprana edad también se inicia el riesgo de un embarazo precoz.

De los adolescentes estudiados en la parroquia Misahualli refieren que no han recibido información sobre salud sexual y reproductiva y mucho menos acerca de métodos anticonceptivos, en los hombres adolescentes (33%), mujeres adolescentes (31%), los que si recibieron información en el caso de hombres fue por parte del colegio (34%), de los padres (20%), en el caso de mujeres por el centro de Salud (26%), por parte de los padres (22%). En la región Amazónica del Ecuador un estudio reveló que las adolescentes manifestaron no recibir información adecuada y oportuna sobre métodos anticonceptivos, lo que corrobora con los resultados obtenidos en la investigación. (Vohlonen y Gutierrez, 2017). En la actualidad toda institución ligada a la salud y educación promueve la planificación familiar enfocándose principalmente en métodos anticonceptivos, dejando de lado la salud sexual y reproductiva. Un adolescente debido a su etapa de desarrollo aún no tiene sentido de responsabilidad de una vida sexual activa, que expone aun mayor riesgo para los embarazos precoces.

De las madres adolescentes de la parroquia Misahualli el 12% refiere haber recibido maltrato de tipo físico, 19% refiere haber recibido maltrato de tipo psicológico, el 69% no refiere haber recibido ningún tipo de maltrato. EL 17% refieren haber recibido maltrato por su pareja, el 67% por su padre. El 45% de las parejas de las madres adolescentes de la población estudiada fueron mayores a 19 años. En el Ecuador 3 de cada 4 mujeres han sido víctimas de violencia física durante su niñez o han sido

agredidas por su pareja o ex pareja. (INEC, 2017) La violencia depende de cada cultura, nivel de educación, condición económica. En la población estudiada considera normal cuando un mayor de edad embaraza a una menor de edad, ciertos de tipos de violencia como golpes por parte de los padres e incluso maltrato de la pareja pueden pasar desapercibido y no ser denunciados, pese a que cada adolescente está protegido por las leyes de nuestro país, por lo que una de las metas fijadas para el 2030 en Ecuador es eliminar todas las formas de violencia de mujeres y niñas y prácticas nocivas como el matrimonio infantil precoz (Velasco, 2019), mismo que de la teoría a la práctica hay una gran brecha. La violencia intrafamiliar en varias familias aún se considera solo un tema para hablar en privado debido a ello no se denuncia. (Vohlonen y Gutiérrez, 2017)

De las pacientes analizadas el 20% de las madres adolescentes en la parroquia Misahualli refieren que presentaron depresión, de los cuales se corroboró con la escala de Edimburgo para valorar depresión postparto resultado el 33% de las madres adolescentes si tiene una probable depresión. Ninguna madre refiere haber consumido drogas y el 80% responde que asumieron la maternidad con tranquilidad. El 33% de las madres adolescentes tuvo temor de como reaccionaría su familia posterior enterarse del embarazo. Posterior a su primer parto el 17% de madres adolescentes refiere no sentirse capaces de ejercer la maternidad. Cuando el desarrollo de la identidad y la autonomía no se completan en un adolescente puede sufrir depresión (Gaeta, 2015). El 15% de madres a cualquier edad puede presentar depresión postparto (Masías et al, 2018). Intervenciones planificadas pueden disminuir los riesgos de exposición a drogas, alcohol en los adolescentes y mejor manejo de las emociones (Gasso, et al 2019). Un embarazo en plena adolescencia interrumpe el desarrollo psicosocial, lo expone a mayor riesgo de sufrir trastornos mentales, lo que evidencia que no es la mejor edad para la maternidad. En el Ecuador no contamos con personal especializado suficiente en adolescentes capaces de manejar trastornos mentales como la depresión (SITAN, 2019)

Posterior al embarazo adolescente un 61% empieza a convivir con la pareja sin ningún tipo de base legal, el 37% continúan con estado civil solteras, un 2% únicamente se han casado o realizado unión de hecho. El principal sustento económico posterior al embarazo adolescente lo reciben un 52% por parte de los padres de la madre adolescente, un 33% lo sustenta su pareja, un 13% lo sustenta los padres de la pareja, el 2% se autosustenta. Las madres adolescentes con etnia indígena son 84%, etnia mestiza 16%. La deserción escolar fue del 3%, solo el 10% de las madres adolescentes posterior a terminar la secundaria ingresaron a un educativo de tercer nivel. Mismo que es similar al tasa registrada en el INEC. (INEC, 2017) El índice de pobreza, la falta de educación especialmente

educación sexual y reproductiva, ser indígena, de forma histórica esta población es más vulnerable para los embarazos precoces. En la provincia de Napo tenemos que es la tercera provincia del Ecuador con mayor índice de pobreza multidimensional con 57,8% (INEC ENEMDU, 2016), su población es indígena en el 56% (INEC, 2010), con nivel de educación insuficiente, se caracteriza por ciertas prácticas culturales que no siempre van a respetar las leyes, índices elevados violencia intrafamiliar, lo que sumado a un embarazo adolescente condiciona la oportunidades educativas, laborales, económicas, lo que implica el aumento de condiciones socioeconómicas inestables, tanto en las madres, padres adolescentes como en sus hijos.

CONCLUSIONES

En la parroquia Misahualli el estudio evidencia que la prevalencia de embarazos en adolescentes es elevada (26%), posterior al análisis realizado durante un periodo de 5 años desde enero del 2014 a diciembre del 2018. Lo que indica que por cada 4 adolescentes mujeres 1 ya ha tenido 1 hijo.

El estudio demostró que las principales patologías ginecoobstétricas en la población estudiada en los 5 años fueron infección de vías urinarias, ruptura prematura de membranas, anemia, preeclampsia. Además la vía de finalización de su primer embarazo en el 18% fue por cesárea y el 10% de madres adolescentes presento un segundo embarazo con periodo intergenesico corto.

Han recibido violencia física y psicológica las madres adolescentes de la población estudiada proveniente la mayor parte del padre y la pareja. Además las parejas que embarazan a las adolescentes son mayores de 19 años (45%) contrario de los adolescentes varones que son padres entre 15-18 años (25%) lo que evidencia una mala práctica cultural sin respeto a los derechos de los adolescentes estipulado en el Código Orgánico Integral Penal y el Código de la Niñez y la Adolescencia. Se evidencio también una tasa de depresión posparto (33%) que es elevada en madres adolescentes de la Parroquia Misahualli y con respecto a la autopercepción materna el 17% de ellas refirió no sentirse preparadas, emocional, física y económicamente para ejercer su maternidad.

El estudio evidencia que los progenitores de las madres adolescentes (52%) son los que más aportan con recursos económicos debido a que solo el 2% de ellas puede autosustentarse económicamente. La tasa de deserción escolar en la secundaria fue del 3% en la población estudiada, pero el 90% no ingresa a nivel educativo de tercer nivel, lo que disminuye las oportunidades para desarrollarse como profesionales, tener menos acceso al ámbito laboral. Posterior al embarazo 37% son madres solteras y la mayor parte de las madres adolescentes conviven sin ninguna base legal (61%) con sus parejas, lo que aumentan los riesgos para tener condiciones socioeconómicas bajas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda formar un comité en la parroquia Misahualli donde participe cada presidente de las comunidades y barrios, personal del centro de salud, representante del ministerio de economía e inclusión social, representantes de los colegios de la parroquia, principales líderes de la comunidad y personal profesional capacitado para el trabajo con adolescentes. Evaluar con el estudio la realidad de la población, se planteen objetivos, mensuales, semestrales y anuales, con búsqueda de prevenir el embarazo en adolescente con las siguientes actividades:

1. El comité analizaría y se capacitaría internamente específicamente para el trabajo con los adolescentes y posteriormente se capacitaría a los principales líderes de la parroquia, padres de familia, docentes, enfocándose principalmente en la salud sexual y reproductiva y no únicamente en métodos anticonceptivos.
2. Se armaría una estrategia a nivel interinstitucional donde el comité se encargaría de dar charlas practicas enfocándose principalmente en salud sexual y reproductiva, los deberes y derechos de los adolescentes, logrando un enriquecimiento cultural tanto a padres como a los adolescentes cada uno por separado, para lo cual utilizaría las instituciones de educación secundaria existentes en la parroquia Misahualli.
3. Se lanzaría campañas con la búsqueda de prevenir embarazos en adolescentes, las disminución de violencia intrafamiliar, y además se educara acerca de las consecuencias producto del embrazo en adolescentes.
4. Se crearía espacios donde puedan los adolescentes desarrollarse, tener un plan de vida, capacitarse con varias herramientas que fomenten la creatividad y el deseo de educarse, en las instituciones de educación, como parte de la malla curricular.
5. El comité se reunirá de forma mensual y evaluara según la base de datos de captación embarazo en adolescentes de forma mensual, semestral y anual.

BIBLIOGRAFIA

ALAVA LUCAS GÉNESIS, M.JOSÉ., 2018. “INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN MUJERES DE 12 A 18 AÑOS” ESTUDIO A REALIZAR EN EL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017. [en línea]. [Consulta: 16 septiembre 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30849/1/CD%202139-%20ALAVA%20LUCAS%2C%20GENESIS%20MARIA%20JOSE.pdf>.

ATUHAIRE, S., 2019. Abortion among adolescents in Africa: A review of practices, consequences, and control strategies. *The International Journal of Health Planning and Management*, ISSN 1099-1751. DOI 10.1002/hpm.2842.

BETHELL, C., JONES, J., GOMBOJAV, N., LINKENBACH, J. y SEGE, R., 2019. Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample: Associations Across Adverse Childhood Experiences Levels. *JAMA Pediatrics*, pp. e193007-e193007. DOI 10.1001/jamapediatrics.2019.3007.

CANALES, C.I.R., VÉLIZ, R.C.V. y CRUZADO, V.M., [sin fecha]. Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. *EsSalud*. Enero 2016 – Diciembre 2017. , pp. 17.

CIFUENTES, Z. y GUISELLA, Lady, 2014. La Episiotomía: Ventajas y Desventajas del Uso y No Uso en Pacientes de Parto Normal del Hospital José María Velasco Ibarra Tena Enero- Agosto 2010. [en línea], [Consulta: 16 septiembre 2019]. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/3443>.

FLORIÁN, H. y MIGUEL, J., 2018. Periodo intergenésico corto como factor de riesgo para el desarrollo de preeclampsia en gestantes. *Universidad Nacional de Trujillo* [en línea], [Consulta: 16 septiembre 2019]. Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/9955>.

GAETE, V., 2015. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, vol. 86, no. 6, pp. 436-443. ISSN 0370-4106. DOI 10.1016/j.rchipe.2015.07.005.

GASSÓ, A.M., KLETTKE, B., AGUSTINA, J.R. y MONTIEL, I., 2019. Sexting, Mental Health, and Victimization Among Adolescents: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 16, no. 13. ISSN 1660-4601. DOI 10.3390/ijerph16132364.

GROVER, S.R., 2019a. Gynaecology problems in puberty. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, pp. 101286. ISSN 1878-1594. DOI 10.1016/j.beem.2019.06.002.

GROVER, S.R., 2019b. Gynaecology problems in puberty. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, pp. 101286. ISSN 1878-1594. DOI 10.1016/j.beem.2019.06.002.

GÜEMES-HIDALGO(, M., 2018. Pubertad y adolescencia. [en línea]. [Consulta: 16 septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>.

GUZEL, A.I., CINAR, M., ERKILINC, S., AKSOY, R.T., YUMUSAK, O.H., CELIK, F. y CELIK, Y., 2016. Association between adverse perinatal outcomes and amino acid levels measured with nutrient questionnaire in adolescent pregnancies. *Journal of the Chinese Medical Association: JCMA*, vol. 79, no. 6, pp. 335-339. ISSN 1728-7731. DOI 10.1016/j.jcma.2015.12.008.

MORI QUISPE, E., CONTRERAS PULACHE, H., HINOSTROZA CAMPOSANO, W.D., LAM FIGUEROA, N., HUAPAYA HUERTAS, O., CHACON TORRICO, H., BLACK TAM, C. y URRUTIA ALIANO, D., 2015. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 76, no. 2, pp. 141. ISSN 1609-9419, 1025-5583. DOI 10.15381/anales.v76i2.11140.

MSP, 2017. GACETA DE MUERTE MATERNAS E 32. [en línea]. [Consulta: 16 septiembre 2019]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/08/Gaceta-de-MM-SE-32_2019.pdf.

MUÑOZ, M.L.R., LOJA, K.M.R. y MOROCHO, S.M.Z., [sin fecha]. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BÁSICO “LIMÓN INDANZA”, 2013. , pp. 61.

OBSERVATORIO SOCIAL ECUADOR, 2019. Situación de la niñez y adolescencia en Ecuador. [en línea]. [Consulta: 16 septiembre 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/ecuador/SITAN_2019_Web.pdf.

OPS, 2015. Preparar a la Región de las Américas para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre la salud. [en línea]. [Consulta: 16 septiembre 2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10017/9789275318638_spa.pdf.

OPS, 2018. Estrategia y plan de acción regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010–2018. [en línea]. [Consulta: 16 septiembre 2019]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>.

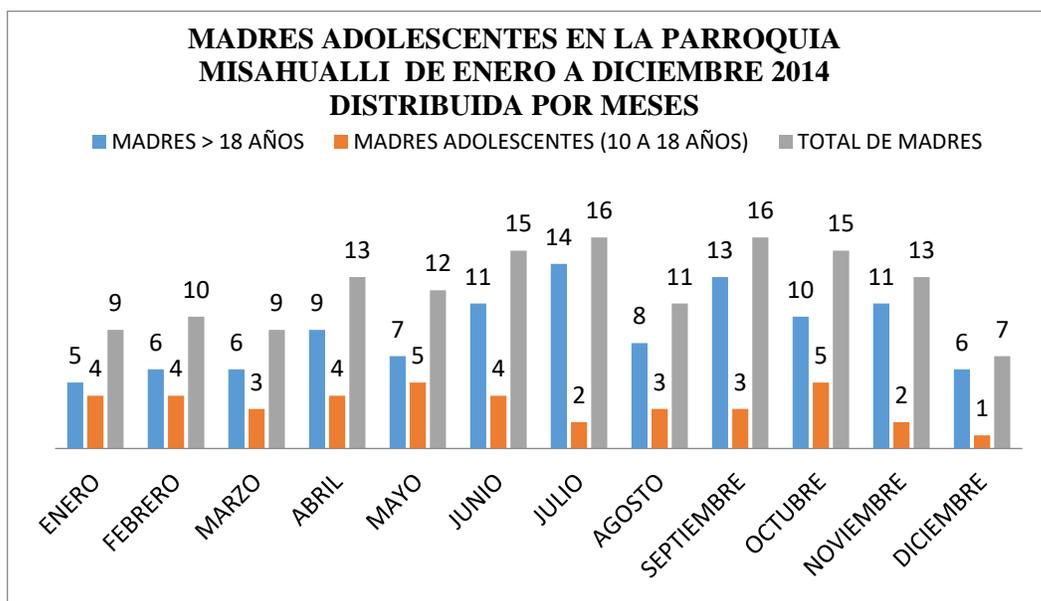
REA IZA, C.N., 2012. “La influencia de la violencia intrafamiliar para el embarazo en las adolescentes”. [en línea]. [Consulta: 16 septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2763/1/T-UCE-0007-98.pdf>.

REINOSO JARAMILLO., K.J., 2019. Prevalencia y factores asociados al inicio de vida sexual activa en adolescentes de la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2018. [en línea]. [Consulta: 16 septiembre 2019]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32250/1/Trabajo%20de%20Titulacion.pdf>.

SPICER, J., WERNER, E., ZHAO, Y., CHOI, C.W., LOPEZ-PINTADO, S., FENG, T., ALTEMUS, M., GYAMFI, C. y MONK, C., 2013. Ambulatory assessments of psychological and peripheral stress-markers predict birth outcomes in teen pregnancy. *Journal of psychosomatic research* [en línea], vol. 75, no. 4. [Consulta: 16 septiembre 2019]. ISSN 0022-3999. DOI 10.1016/j.jpsychores.2013.07.001. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825556/>.

TORRES, M.A.F., LEYVA, M.S., JUAN, Y.R. y BONAL, A.F., 2018. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. *Revista Información Científica*, vol. 97, no. 1, pp. 205-214. ISSN 1028-9933.

ANEXOS

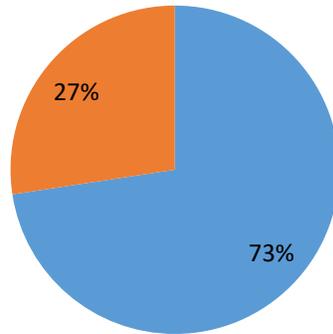


Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Diciembre 2014 distribuido por meses.

Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a diciembre 2014 distribuido por meses. Representado por (n=146 embarazos) con (n=40 madres adolescentes) y (n=106 madres mayores a 18 años), donde se evidencia el mayor número de captaciones de embarazos en adolescentes se dio en los meses de mayo y octubre con 5 embarazos cada mes y el menor número se da en el mes de diciembre con 1 embarazo.

MADRES ADOLESCENTES EN LA PARROQUIA MISAHUALLI DE ENERO A DICIEMBRE 2014

■ MADRES > 18 AÑOS ■ MADRES ADOLESCENTES



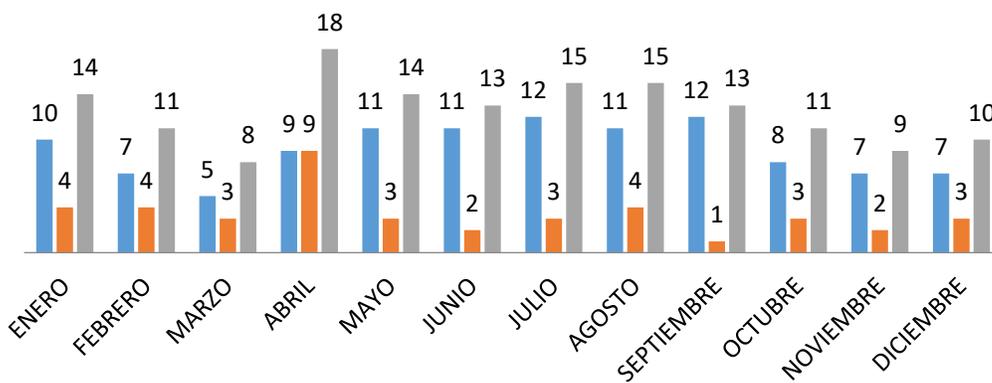
Porcentaje de madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Diciembre 2014

El porcentaje de madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a diciembre 2014 es del 27 % (n=40 madres adolescentes) y del 73 % (n=106) de madres mayores a 18 años.

3.4. Porcentaje de madres adolescentes de la parroquia Misahualli del año 2015

MADRES ADOLESCENTES EN LA PARROQUIA MISAHUALLI DE ENERO A DICIEMBRE 2015 DISTRIBUIDA POR MESES

■ MADRES > A 18 AÑOS ■ MADRES ADOLESCENTES ■ TOTAL MADRES

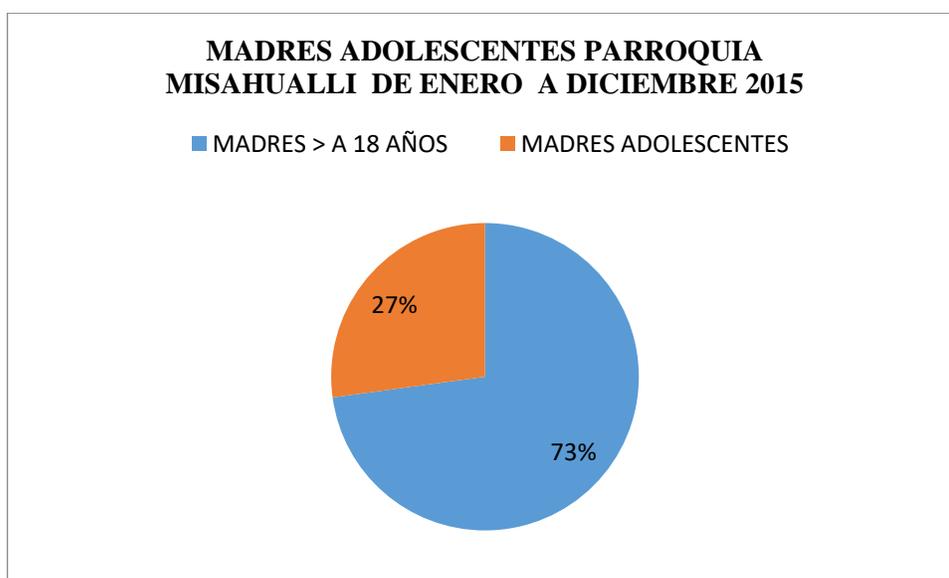


Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Diciembre 2015 distribuido por meses.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01.

Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a diciembre 2015 distribuido por meses. Representado por (n=151 embarazos) con (n=41 madres adolescentes) y (n=110 madres mayores a 18 años), donde se evidencia el mayor número de captaciones de embarazos en adolescentes se dio en el mes de abril con 9 embarazos y el menor número se da en el mes de septiembre con 1 embarazo.



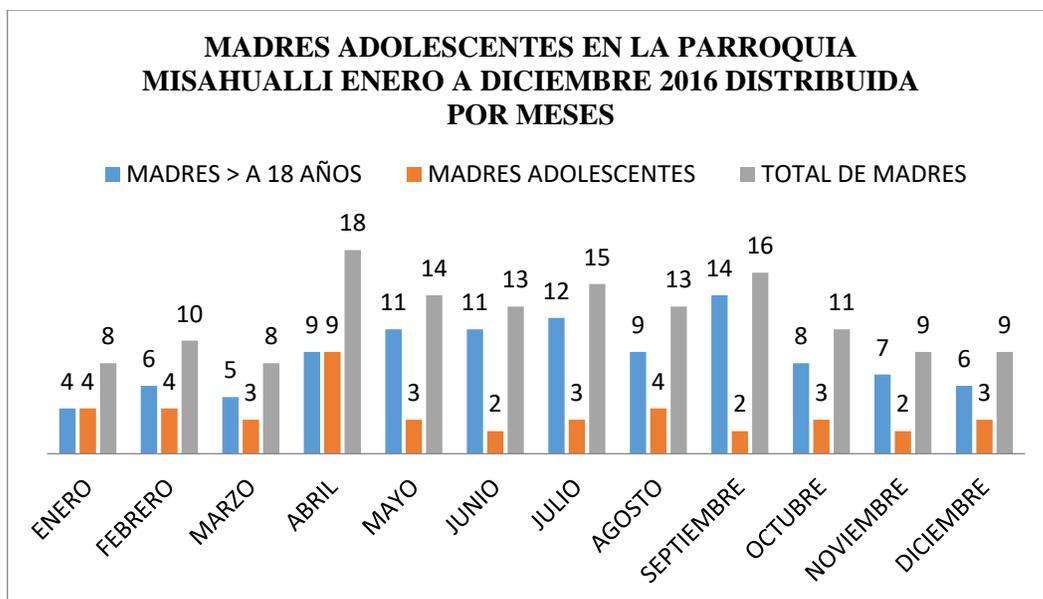
Porcentaje de Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Diciembre 2015

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01.

El porcentaje de madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a diciembre 2015 es del 27 % (n=41 madres adolescentes) y del 73 % (n=110) de madres mayores a 18 años. Mostrando el aumento de 1 embarazo en adolescente y 4 embarazos en mujeres mayores a 18 años con respecto al año anterior, por lo que el porcentaje se mantiene similar.

3.5. Porcentaje de madres adolescentes de la parroquia Misahualli del año 2016



Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Diciembre 2016 distribuido por meses

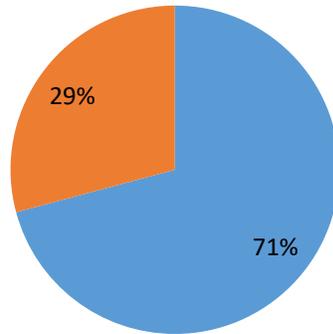
Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01.

Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a diciembre 2016 distribuido por meses. Representado por (n=144 embarazos) con (n=42 madres adolescentes) y (n=102 madres mayores a 18 años), donde se evidencia el mayor número de captaciones de embarazos en adolescentes se dio en el mes de abril con 9 embarazos y el menor número se da en los meses de junio, septiembre y noviembre con 2 embarazo en cada mes respectivamente.

MADRES ADOLESCENTES EN LA PARROQUIA MISAHUALLI DE ENERO A DICIEMBRE 2016

■ MADRES > A 18 AÑOS ■ MADRES ADOLESCENTES



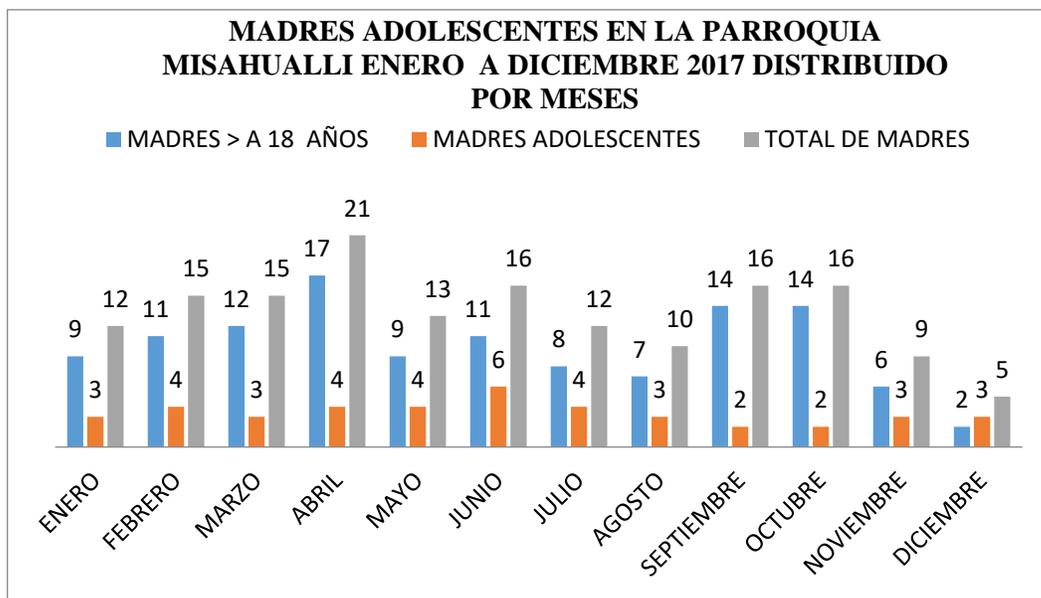
Porcentaje de Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Diciembre 2016

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01.

El porcentaje de madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a diciembre 2016 es del 29 % (n=42 madres adolescentes) y del 71 % (n=102) de madres mayores a 18 años. Mostrando el aumento de 1 embarazo adolescente más que el año anterior y una disminución de 8 embarazos en mujeres mayores de 18 años, con respecto al año 2015, por lo que el porcentaje en adolescentes con relación a las mujeres mayores de 18 años se encuentra aumentada.

3.6. Porcentaje de madres adolescentes de la parroquia Misahualli del año 2017



Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Diciembre 2017 distribuido por meses

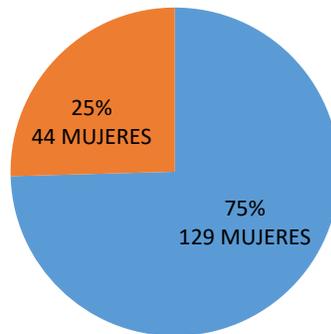
Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01.

Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a diciembre 2017 distribuido por meses. Representado por (n=173 embarazos) con (n=44 madres adolescentes) y (n=129 madres mayores a 18 años), donde se evidencia el mayor número de captaciones de embarazos en adolescentes se dio en el mes de junio con 6 embarazos y el menor número se da en los meses de septiembre y octubre con 2 embarazo en cada mes respectivamente. Hay un aumento de 2 embarazos adolescentes más que el año anterior y un aumento sustancial de 27 embarazos en mujeres mayores de 18 años, con respecto al año 2016, registrando el mes de abril 21 embarazos en mujeres mayores de 18 años.

MADRES ADOLESCENTES EN LA PARROQUIA MISAHUALLI DE ENERO A DICIEMBRE 2017

■ MADRES > A 18 AÑOS ■ MUJERES ADOLESCENTES



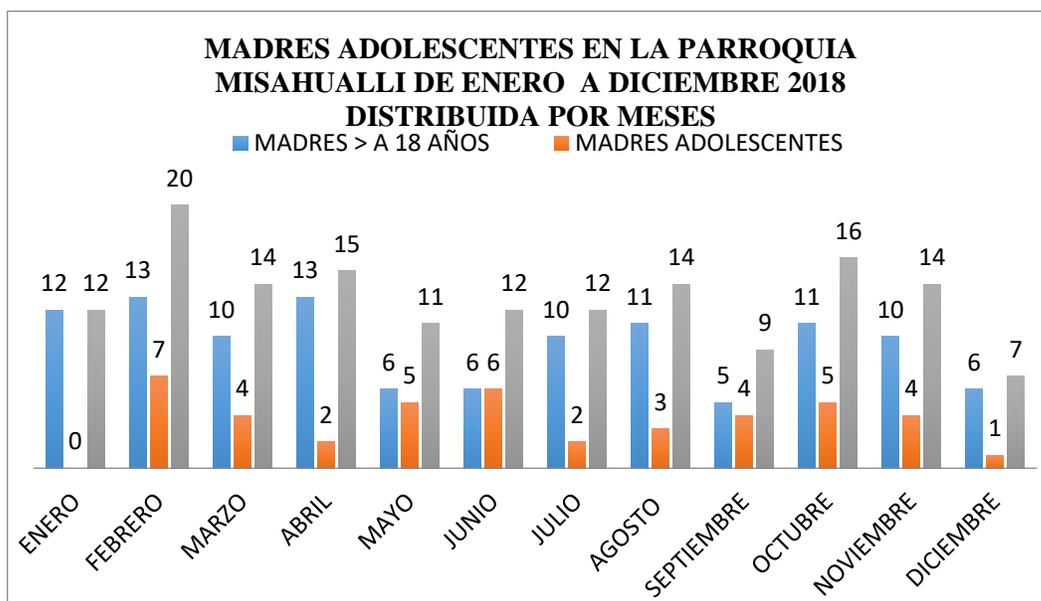
Porcentaje de Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Diciembre 2017

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01.

El porcentaje de madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a diciembre 2017 es del 25 % (n=44 madres adolescentes) y del 75 % (n=129) de madres mayores a 18 años. Mostrando el aumento de 2 embarazos adolescentes más que el año anterior y un aumento sustancial de 27 embarazos en mujeres mayores de 18 años, con respecto al año 2016, por lo que el porcentaje en adolescentes con relación a las mujeres mayores de 18 años se encuentra disminuida. En el año 2017 tenemos 4 embarazos adolescentes más que el año 2014.

3.7. Porcentaje de madres adolescentes de la parroquia Misahualli del año 2018



Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Diciembre 2018 distribuido por meses

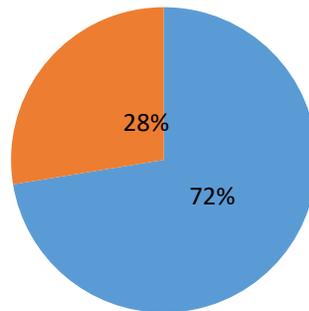
Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01.

Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a diciembre 2018 distribuido por meses. Representado por (n=156 embarazos) con (n=43 madres adolescentes) y (n=113 madres mayores a 18 años), donde se evidencia el mayor número de captaciones de embarazos en adolescentes se dio en el mes de febrero con 7 embarazos y el menor número se dio en el mes de enero con 0 embarazos en adolescentes. Hay una disminución sustancial de 16 embarazos en mujeres mayores de 18 años, con respecto al año 2017.

MADRES ADOLESCENTES EN LA PARROQUIA MISAHUALLI DE ENERO A DICIEMBRE 2018

■ MADRES > A 18 AÑOS ■ MADRES ADOLESCENTES



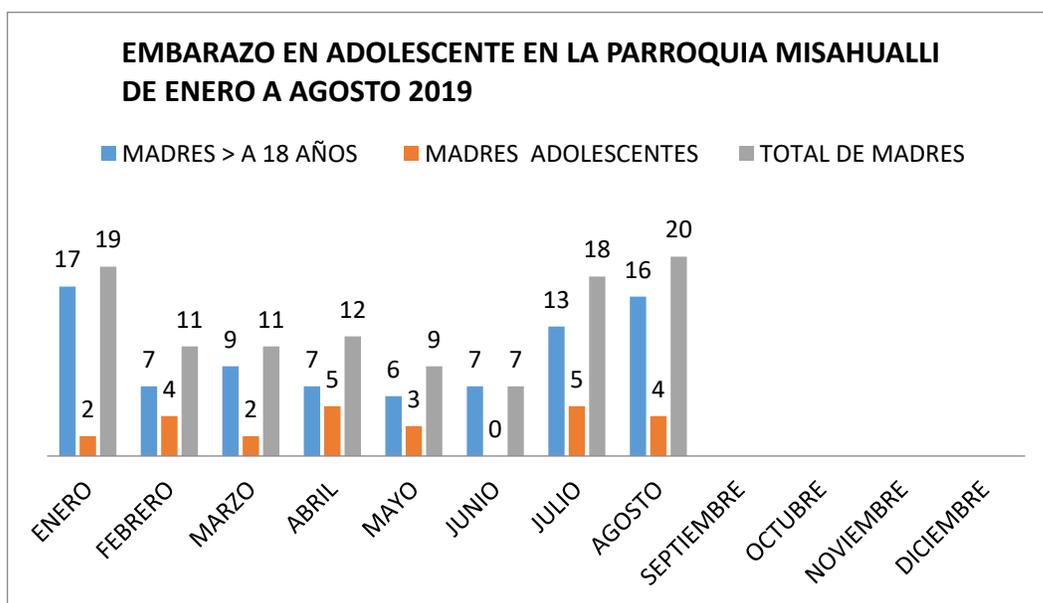
Porcentaje de Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Diciembre 2018

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01.

El porcentaje de madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a diciembre 2018 es del 28 % (n=43 madres adolescentes) y del 72 % (n=113) de madres mayores a 18 años. Mostrando la disminución de 1 embarazos adolescentes con respecto al año anterior, por lo que el porcentaje en adolescentes con relación a las mujeres mayores de 18 años se mantiene como en los años anteriores.

3.8. Porcentaje de madres adolescentes de la parroquia Misahualli del año 2019



Embarazo en adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Agosto 2019 distribuido por meses.

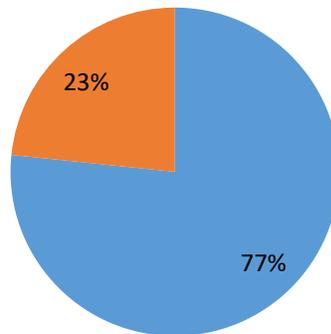
Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01.

Madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a agosto 2019 distribuido por meses. Representado por (n= 107 embarazos) con (n=25 embarazos en adolescentes) y (n=82 embarazos en mayores a 18 años), donde se evidencia el mayor número de captaciones de embarazos en adolescentes se dio en abril y junio con 5 embarazos respectivamente.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA PARROQUIA MISAHUALLI ENERO – AGOSTO 2019

■ MADRES > A 18 AÑOS ■ MADRES ADOLESCENTES



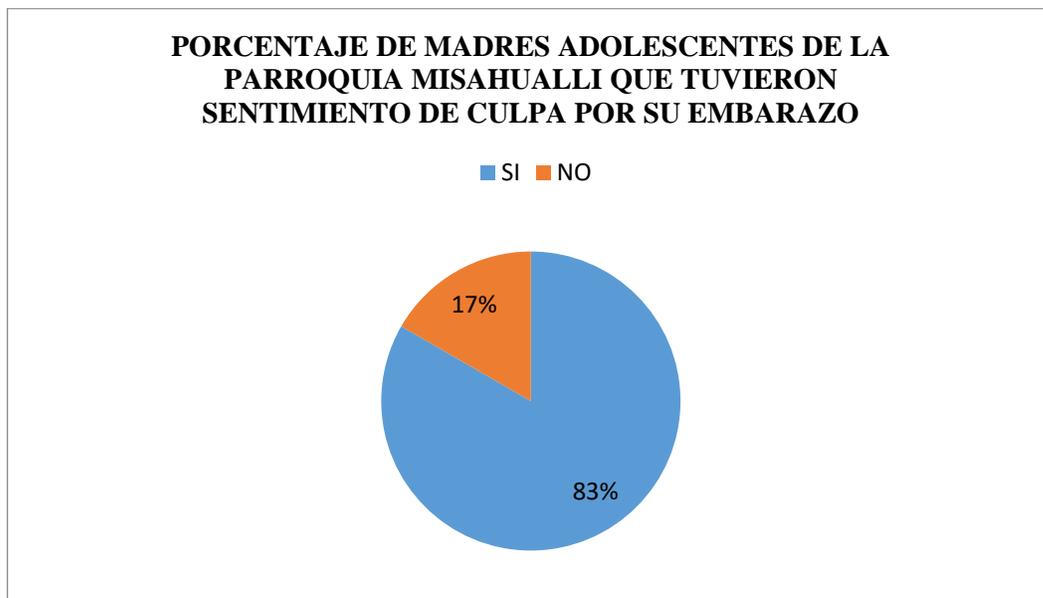
Porcentaje de embarazos en adolescentes de la Parroquia Misahualli de Enero a Agosto 2019

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de matriz de embarazos del Distrito 15D01.

El porcentaje de madres adolescentes de la Parroquia Misahualli de enero a agosto 2019 es del 23 % (n=25 madres adolescentes) y del 77 % (n=82) embarazadas mayores a 18 años. Aún nos falta por terminar el año, hasta el momento tenemos 25 captaciones de embarazadas adolescentes.

3.9. Efectos biopsicosociales del embarazo en adolescentes de la parroquia Misahualli

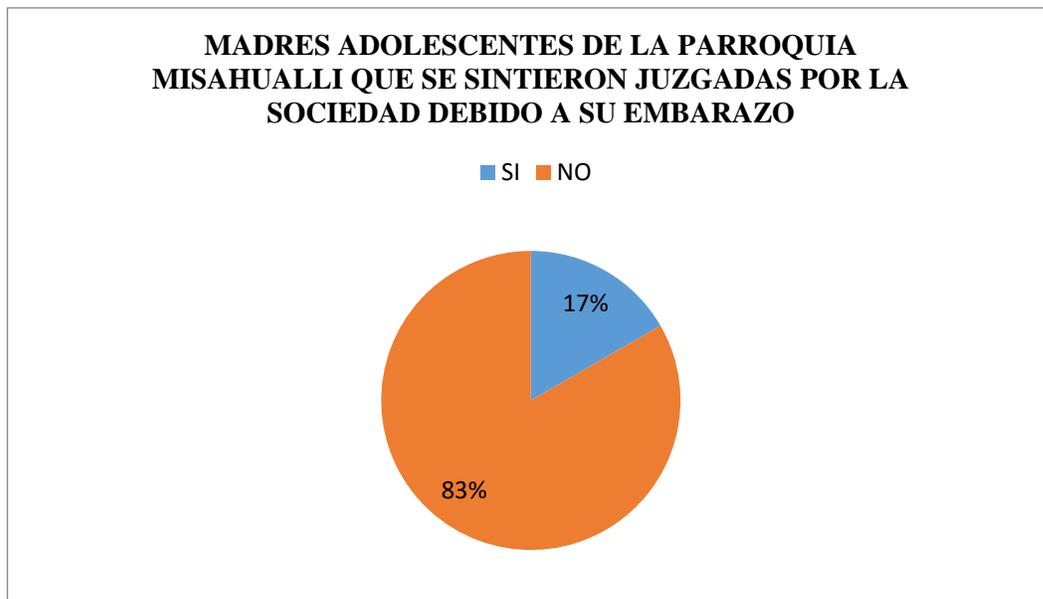


Madres adolescentes de la parroquia Misahualli que tuvieron sentimiento de culpa por su embarazo.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli, el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El 83% (n=83) de las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli tuvieron sentimientos de culpa hacia su familia, posterior a su embarazo.



Madres Adolescentes de la parroquia Misahualli que se sintieron juzgadas por la sociedad.

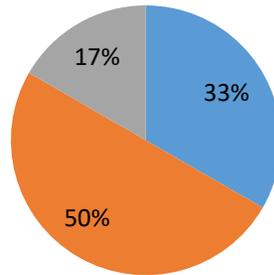
Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El 17% (n=17) refieren haber sido juzgadas por la sociedad debido a su embarazo y el 83% (n=83) de las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli no se sintieron juzgadas debido a su embarazo.

**PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES QUE
TUVIERON TEMOR DE COMO REACCIONARIA SUS
FAMILIAS POR SU EMBARAZO EN LA PARROQUIA DE
MISAHUALLI**

■ TUVO TEMOR ■ RARAMENTE TUVO TEMOR ■ NO TUVO TEMOR

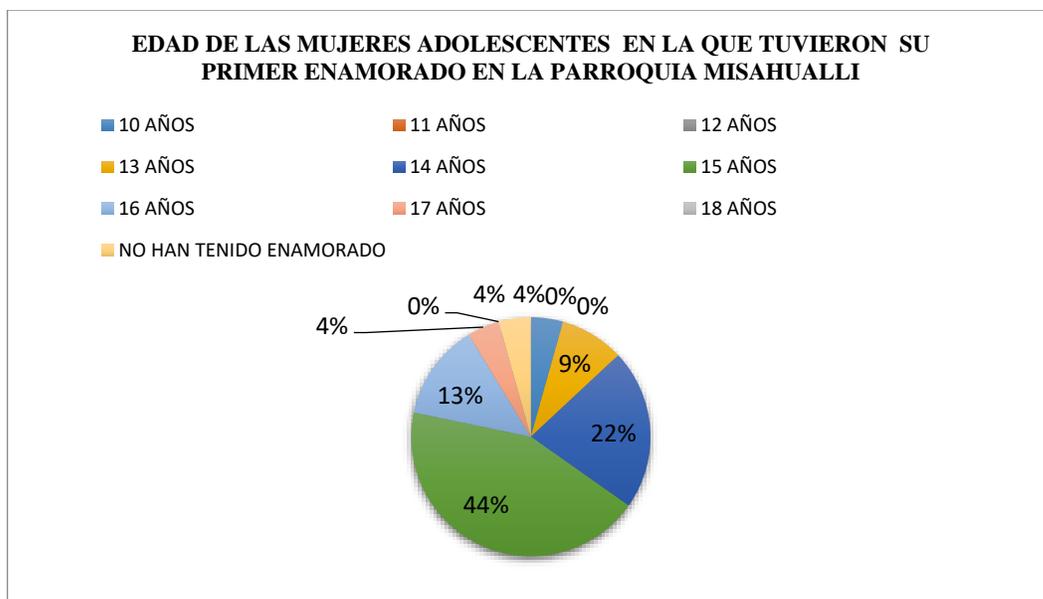


Porcentaje de adolescentes que tuvieron temor de como reaccionaria sus familias por su embarazo en la parroquia de Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El 33% (n=33) de las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli tuvo temor de como reaccionara su familia por su embarazo, 17% (n=17) no tuvo temor.



Edad de las mujeres adolescentes en la que tuvieron su primer enamorado en la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

La edad de mayor prevalencia para tener su primer enamorado en mujeres adolescentes de la Parroquia Misahualli es a los 15 años(44%), seguido de los 14 años(22%) y solo el 4% no ha tenido enamorado.

EDAD EN LA QUE TUVIERON SU PRIMERA ENAMORADA LOS HOMBRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA MISAHUALLI



Edad en la que tuvieron su primera enamorada los hombres adolescentes de la parroquia Misahualli.

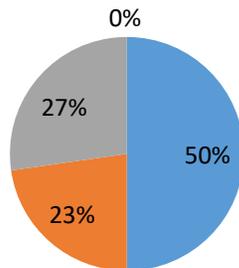
Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El 22% de los hombres adolescentes de la Parroquia Misahualli no ha tenido enamorada, a los 14 años (16%), a los 15 años (16%), a los 17 años (16%), a los 18 años (3%).

MOTIVACION PARA TENER PRIMER ENAMORADO EN MUJERES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA MISAHUALLI

- ATRACCION
- BUSQUEDA DE AFECTO O TENER ALGUIEN EN QUIEN CONFIAR
- EXPERIMENTAR
- FUI FORZADA POR ALGUIEN



Motivación para tener primer enamorado en mujeres adolescentes de la parroquia Misahualli.

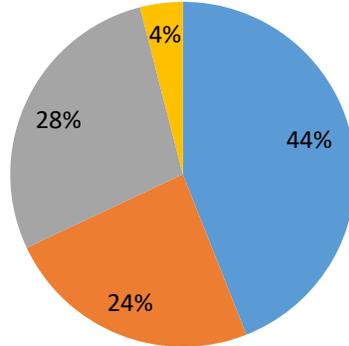
Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

La principal razón para tener enamorado es por atracción al sexo opuesto (50%) en mujeres adolescentes de la parroquia Misahualli, por experimentar (27%), por búsqueda de afecto alguien en quien confiar (23%), ninguna adolescente fue forzada a tener enamorado.

MOTIVACIONES PARA TENER ENAMORADA DE ADOLESCENTES HOMBRES EN LA PARROQUIA MISAHUALLI

■ ATRACCION ■ BUSQUEDA DE AFECTO TENER ALGUIEN EN QUIEN CONFIAR ■ EXPERIMENTAR ■ POR LA PRESION DE COMPAÑEROS



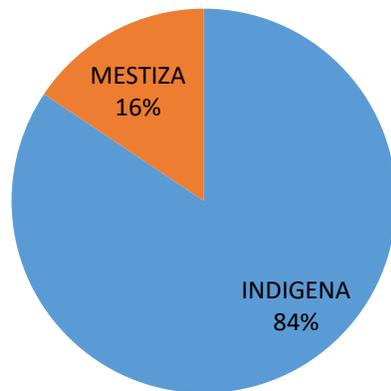
Motivaciones para tener enamorada de adolescentes hombres en la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

La principal motivación para tener enamorada de los hombres adolescentes de la Parroquia Misahualli fue por atracción al sexo opuesto (44%), por experimentar (28%), por búsqueda de afecto (24%), por presión de los compañeros (4%)

ETNIA DE MADRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA MISAHUALLI



Etnia a la que pertenecen las madres adolescentes de la parroquia Misahualli.

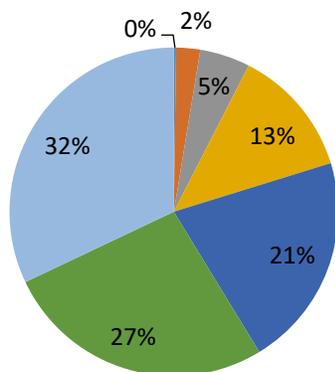
Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos matriz de adolescentes del centro de salud tipo A Misahualli.

El mayor porcentaje 84% de las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli pertenecen a la etnia indígena, el 16% son mestizas.

EMBARAZO EN ADOLESCENTE EN LA CIUDAD DEL TENA AÑO 2018

■ 12 AÑOS ■ 13 AÑOS ■ 14 AÑOS ■ 15 AÑOS ■ 16 AÑOS ■ 17 AÑOS ■ 18 AÑOS

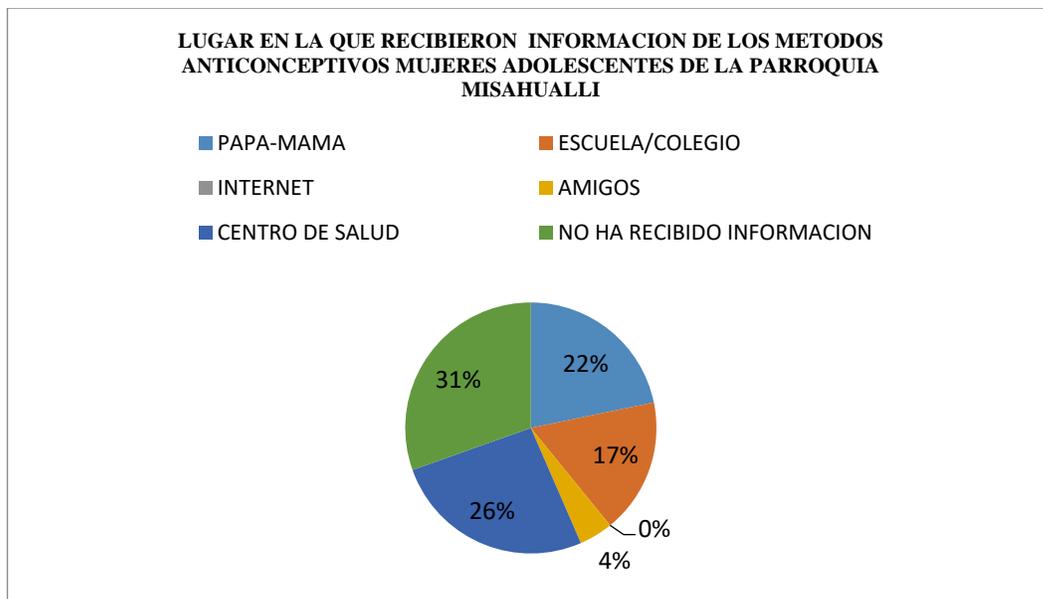


Embarazo en adolescentes en la ciudad del Tena año 2018.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Base de datos de embarazos del Distrito 15d01, año 2018

La edad de mayor prevalencia para los embarazos en adolescentes en la ciudad de Tena es a los 18 años (32%), 17 años (27%), 16 años (21%).



Lugar en la que recibieron información de los métodos anticonceptivos mujeres adolescentes de la parroquia Misahualli.

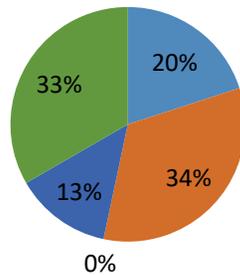
Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El 31%(n=31) de las mujeres adolescentes de la Parroquia Misahualli no han recibido información acerca de métodos anticonceptivos y el 26%(n=26) recibe en el centro de salud y 22%(n=22) recibe en el colegio, el 17%(n=17) recibe por parte de los padres.

LUGAR EN LA QUE RECIBIERON INFORMACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS LOS HOMBRES ADOLESCENTES DE LA PARROQUIA MISAHUALLI

- PAPA-MAMA
- ESCUELA/COLEGIO
- INTERNET
- AMIGOS
- CENTRO DE SALUD
- NO HA RECIBIDO INFORMACION



Lugar en la que recibieron información de los métodos anticonceptivos los hombres adolescentes de la parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli, en el centro de salud tipo A Misahualli y la Unidad Educativa Misahualli.

El 33%(n=33) de hombres adolescentes de la Parroquia Misahualli no han recibido información acerca de métodos anticonceptivos y el 13%(n=13) recibe en el centro de salud y 34%(n=34) recibe en el colegio, el 20%(n=20) recibe por parte de los padres.



Entrevista a madre adolescente de la Parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli..



Entrevista a madre adolescente de la Parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli..



Viviendas donde habitan las madres adolescentes de la Parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli..



Entrevista a madre adolescente de la Parroquia Misahualli.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli..



Parroquia Misahualli.Parque Central.

Realizado por: Francisco, Punina; Belén, Cepeda: 2019.

Fuente: Encuesta realizada en la Parroquia Misahualli..

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS Y RECURSOS PARA
EL APRENDIZAJE Y LA INVESTIGACIÓN
UNIDAD DE PROCESOS TÉCNICOS
REVISIÓN DE NORMAS TÉCNICAS, RESUMEN Y BIBLIOGRAFÍA

Fecha de entrega: 24 / 10 / 2019

INFORMACIÓN DEL AUTOR/A (S)
Valeria Belén Cepeda Muñoz Francisco Xavier Punina Guano
INFORMACIÓN INSTITUCIONAL
Facultad: Salud Publica
Carrera: Medicina
Título a optar: Medico General
f. Analista de bibliotecas responsable: Ing. Rafael Inty Saltos Hidalgo