



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

INCIDENCIA DEL EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES EN EL
SUBCENTRO DE SALUD DE GARCÍA MORENO - COTACACHI.

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
En Enfermería

AUTOR(A): Edgar Francisco Quito López

DIRECTOR(A): Msc. Ximena Tapia Paguay

IBARRA - ECUADOR

2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “INCIDENCIA DEL EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE GARCÍA MORENO - COTACACHI.”, de autoría de EDGAR FRANCISCO QUITO LÓPEZ para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de noviembre del 2018

Lo certifico


.....
MSc. Ximena Tapia Paguay
C.C: 1001817459
DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

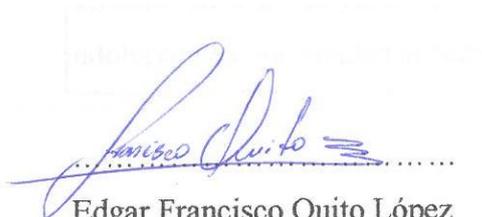
DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100245000-3		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Quito López Edgar Francisco		
DIRECCIÓN:	Juan Montalvo 9-128 y Colón		
EMAIL:	edgar_pancho26@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062- 640- 651	TELÉFONO MÓVIL:	0997442705
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	INCIDENCIA DEL EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE GARCÍA MORENO - COTACACHI.”		
AUTOR (ES):	Edgar Francisco Quito López		
FECHA:	21 de Noviembre del 2018		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Ximena Tapia Paguay		

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de noviembre del 2018

EL AUTOR



Edgar Francisco Quito López
C.I.: 100245000-3

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

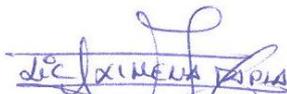
Fecha: Ibarra, a los 21 días del mes de noviembre de 2018

EDGAR FRANCISCO QUITO LÓPEZ “Incidencia del Embarazo Subsecuente en Adolescentes en el Subcentro de Salud de García Moreno – Cotacachi.” / TRABAJO DE GRADO. Licenciado en Enfermería. Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

DIRECTORA: MSc. MSc. Ximena Tapia Paguay

El principal objetivo de la presente investigación fue, Establecer la incidencia del embarazo subsecuente en las adolescentes que acuden al Subcentro de salud de García Moreno-Cotacachi. Entre los objetivos específicos se encuentran: determinar las características sociodemográficas de la población en estudio, analizar los antecedentes Gineco-Obstétricos de las adolescentes con embarazo subsecuente, identificar los principales riesgos del embarazo subsecuente en las adolescentes y planificar y ejecutar un taller de capacitación para la prevención del embarazo subsecuente en las adolescentes que acuden al Subcentro de salud de García Moreno-Cotacachi.

Ibarra, a los 21 días del mes de noviembre de 2018



MSc. Ximena Tapia Paguay

Directora



Edgar Francisco Quito López

Autor

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada con mucho cariño para mi familia, en especial para mis padres Eduardo y Myrian.

A mi esposa, Dra. Cristina Gavilima y a mi hija Camilita, por enseñarme a que para ayudar a los demás, lo primero es estabilizarse, de la misma manera agradezco por ayudarme a salir adelante siempre con positivismo y con la ideología de que tiempos mejores siempre están próximos y este es uno de los pasos para lograrlo.

Francisco

AGRADECIMIENTO

Agradezco de manera especial a Dios que me ha guiado en mis momentos más difíciles llevándome hacia el éxito de mi profesión. A la Universidad Técnica del Norte y a la Facultad Ciencias de la Salud por permitirme realizar este estudio. A mi directora de tesis MSc. Ximena Tapia por su paciencia, apoyo, por su entrega y colaboración a lo largo de esta investigación, por la confianza brindada y por impulsarme siempre a hacer las cosas de la mejor forma posible. A mis padres Eduardo Quito y Lcda. Myrian López por su lucha diaria, apoyo, paciencia, amor, comprensión, esfuerzo y confianza para alcanzar la meta propuesta. A mis hermanos Cristian y Javier por ser una de mis más grandes motivaciones, por brindarles el ejemplo como hermano mayor que aquel que persevera alcanza y que todo lo que se hace bien, al final trae muchos triunfos.

A todas las personas que me aprecian y que de una u otra forma han contribuido en la elaboración de este estudio, gracias por el cariño y por el impulso a seguir avanzando siempre. Gracias por creer en mí.

Francisco

Tema: Incidencia Del Embarazo Subsecuente En Adolescentes En El Subcentro De Salud De García Moreno - Cotacachi.

Autor: Edgar Francisco Quito López

Email: edgar_pancho26@hotmail.com

RESUMEN

El embarazo adolescente en la actualidad es un problema social, que afecta a un gran número de la población, trae consecuencias que llevan desde la morbilidad hasta la muerte de las madres y los niños, es por esta razón que se realiza un estudio denominado incidencia del embarazo subsecuente en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de García Moreno del Cantón Cotacachi. De diseño cuali-cuantitativo, no experimental, de tipo descriptivo y transversal. Los resultados de este estudio; adolescentes (75%) de etnia mestiza, el 50% solo completan su instrucción primaria, con un alto índice de deserción, de estado civil (56.25%) en unión libre, la incidencia en embarazos subsecuentes es 47,05%, como antecedentes ginecológicos se encontró un alto índice de aborto en el primer embarazo y su disminución en el segundo (66.67%), bajo número de asistencia a controles (de 0 a 5), y un bajo índice de preclamsia (6.25%), como riesgos de que se produzca el segundo embarazo se encontró el alcoholismo (18.75%), menarquia como factor desencadenante de la vida sexual (68.75%) y depresión (93.75%). Se concluye que el 75% de las adolescentes conocen el uso de métodos anticonceptivos, pero no lo usan, a pesar de las estrategias realizadas por el MSP.

Palabras Claves: Embarazo Subsecuente, Control Prenatal, Tipo de Parto, Educación Sexual, Métodos Anticonceptivos.

Topic: Incidence of Subsequent Pregnancy in Adolescents in the Health Subcenter of García Moreno - Cotacachi.

Author: Edgar Francisco Quito López

Email: edgar_pancho26@hotmail.com

ABSTRACT

Adolescent pregnancy is currently a social problem, which affects a large number of the population, brings consequences that lead from morbidity to the death of mothers and children, it is for this reason that a study called incidence of Subsequent pregnancy in adolescents who attend the García Moreno Health Center of the Cotacachi Canton. Qualitative quantitative design, not experimental, descriptive and transversal. The results of this study; adolescents (75%) of ethnic mixed race, 50% only complete their primary education, with a high rate of desertion, of civil status (56.25%) in free union, the incidence in subsequent pregnancies is 47.05%, as gynecological antecedents a high rate of abortion was found in the first pregnancy and its decrease in the second (66.67%), low number of attendance at controls (from 0 to 5), and a low rate of preclamsia (6.25%), as risks of the second pregnancy was found alcoholism (18.75%), menarche as a triggering factor of sexual life (68.75%) and depression (93.75%). It is concluded that 75% of teenagers know the use of contraceptive methods, but do not use it, despite the strategies carried out by the MSP.

Key Words: Subsequent Pregnancy, Prenatal Control, Type of Delivery, Sexual Education, Contraceptive Methods.

Índice de Contenidos	pág.
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	III
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	V
DEDICATORIA	VI
AGRADECIMIENTO	VII
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT	IX
Índic de Tablas	3
CAPÍTULO I.....	4
1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Planteamiento del problema.....	4
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Justificación.....	7
1.4 Objetivos	8
1.5 Preguntas de investigación.....	9
CAPÍTULO II	10
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1 Marco Referencial.....	10
2.2 Marco contextual.....	14
2.3 Marco conceptual	17
2.4 Marco legal.....	29
2.5 Marco Ético	34
CAPÍTULO III.....	38
3. METODOLOGÍA	38

3.1. Diseño de la investigación	38
3.2. Tipo de la investigación	38
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	39
3.4 Localización y ubicación del estudio	39
3.5 Población.....	39
3.6 Muestra.....	40
3.7 Criterios de inclusión	40
3.8 Criterios de exclusión.....	40
3.9 Operacionalización de las variables	40
3.10 Método de recolección y procesamiento de la información.....	44
3.11 Análisis estadístico.....	44
CAPÍTULO IV	45
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	45
Gráfico 1. Distribución de adolescentes embarazadas según la incidencia	46
Gráfico 2. Distribución de adolescentes según si fue planeado el primer y segundo embarazo.	49
Gráfico 3. Distribución de riesgos sociales, psicológicos y ginecológicos de embarazo adolescente.....	50
Gráfico 4. Distribución de adolescentes según uso de métodos anticonceptivos ..	51
Conclusiones	53
Recomendaciones	54
Bibliografía	55
ANEXOS	70

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1.....	15
Ilustración 2.....	17

Índice de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas	45
Tabla 2. Antecedentes ginecobstétricos	47
Tabla 3. Riesgos del embarazo.....	48

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Al tratar de definir el embarazo en la adolescencia se entiende como aquel que ocurre en las mujeres que tienen menos de 19 años, debido a que es en esta edad donde se termina la etapa de adolescente. Algunos autores dedicados a la rama de la psicología plantean que la tendencia es que esta etapa de la adolescencia se amplíe, llegando incluso hasta los 22 y 24 años de edad (1). Esto nos hace comprender que los adolescentes se encuentran biológicamente en capacidad de procrear antes de que estos sean capaces de lograr una madurez emocional que los haga ser consecuentes con el acto de la maternidad y la paternidad.

Si bien se conoce que los adolescentes no se encuentran en la plenitud de condiciones para asumir una paternidad responsable, mucho menos lo estarán cuando esta situación es subsecuente. En estos casos las consecuencias se multiplican. Por consiguiente, se plantean riesgos tales como: las depresiones emocionales que pueden en ocasiones llevar a desencadenar intentos suicidas, pérdida de la autonomía, dificultad para establecer relaciones sociales entre otras de índole psicológico (2). No solo es importante tener en cuenta las secuelas, sino también las causas que llevan a las adolescentes a asumir un embarazo en edades tempranas de la vida.

En el orden biológico, teniendo en cuenta los aspectos reproductivos se les ha atribuido la responsabilidad a factores como el no uso de métodos anticonceptivos con relaciones sexuales precoces ya sea por desconocimiento o por irresponsabilidad, antecedentes de violaciones, promiscuidad en las relaciones de pareja, la edad de la pareja, el inicio temprano de la menarquia entre otros (3).

Las estadísticas plantean que la mayoría de las madres adolescentes son hijas de madres adolescentes también, que además tienen antecedentes de deserción escolar temprana precisamente a causa del embarazo; el 37% de los adolescentes latinoamericanos entre las edades de 15 a 19 años abandonan la escuela tempranamente, e incluso el 50% de estos lo hacen antes de completar la enseñanza primaria (4).

En el caso de las instituciones de salud y educativas el problema radica fundamentalmente en los programas encaminados a la prevención de estas situaciones; de manera que la información directa y la que llega mediante los medios de comunicación sea efectiva, que los conocimientos que se inculquen a los adolescentes acerca de la salud sexual y reproductiva sean tomados en cuenta con responsabilidad por parte de estos.

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen (5). Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América (6).

Siguiendo las estadísticas reportadas acerca de esta problemática de salud se tiene que: mundialmente la ONU y la OMS reportan 1000 millones de adolescentes con antecedentes de embarazo correspondiendo el 83% de los mismos a países subdesarrollados (7). Los países con mayor incidencia de embarazo y embarazo subsecuente durante la etapa adolescente son los latinoamericanos solo superados por países de África. Se reportan cifras que oscilan entre 25 y 108 adolescentes embarazadas por cada mil en esas edades (8).

Dentro del grupo de países latinoamericanos con mayores tasas de embarazo en la adolescencia se encuentra encabezando la lista donde, de los partos realizados en un año se reportan cifras del 21%, perteneciente a adolescentes menores de 19 años. En segundo lugar, se encuentra Ecuador que presenta cifras de 17% según reporte del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

En Ecuador en 2011 se registraron 45,708 partos en madres adolescentes. Por regiones se observa un 55% de partos se registra en la región Costa, el 38,4% en la Sierra, el 6,3% en la Amazonia y Galápagos 0,14%, (9). Enmarcado en la problemática del embarazo durante la adolescente, se encuentra el embarazo subsecuente. Es notorio la facilidad con que las adolescentes se embarazan nuevamente luego de un parto o un aborto, en el lapso de 1 y 2 años (30% y de 25 a 50% respectivamente). Para algunos autores, la cuarta parte de embarazos en adolescentes es subsecuente (10).

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la incidencia del embarazo subsecuente en adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de García Moreno – Cotacachi?

1.3 Justificación

El embarazo en la adolescencia se considera uno de los factores que afecta los indicadores de salud de una nación, trayendo consecuencias negativas en las adolescentes, la familia, la comunidad y de manera general en el ámbito socio político y cultural de un país. Conocer los factores que conllevan a una adolescente al embarazo y más aún al embarazo subsecuente, permitiría crear herramientas encaminadas a mejorar los proyectos que se desarrollan para disminuir la incidencia de esta situación. Ecuador y específicamente la zona 1 del país no se encuentra exenta de esta situación sobre todo si las cifras de embarazo tienden a elevarse, por lo que se hace pertinente el estudio.

La información acerca del embarazo subsecuente en adolescentes, impacta directamente sobre la sociedad ya que ofrece de manera oportuna una alerta a cerca de los riesgos en la salud reproductiva, la importancia del espacio intergenésico, su asociación al inicio temprano de la actividad sexual, la planificación familiar y el conocimiento del cuidado prenatal, información que contribuye para una mejor calidad de vida, así como una base fundamentada, para que el personal de salud que atiende en este sector puedan considerar en su planificación, el accionar necesario para tratar este problema.

El beneficio es a nivel personal, educacional, familiar y social, debido a que la subsecuencia del embarazo adolescente se encuentra asociado a las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, el impacto abarca el nivel sociocultural y psicológico. Indirectamente también beneficia a la Universidad Técnica del Norte, otros investigadores y estudios que se fundamente en los resultados obtenidos.

Además, el estudio permite la sostenibilidad del desarrollo familiar y sexual de las adolescentes de la parroquia García Moreno, de manera que asegure las necesidades presentes y futuras, protegiendo el desarrollo y crecimiento infantil, las condiciones económicas, sociales, culturales del núcleo familiar.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Establecer la incidencia del embarazo subsecuente en las adolescentes que acuden al Subcentro de Salud de García Moreno – Cotacachi.

1.4.2 Objetivos específicos

- Determinar las características socio demográficas. de la población en estudio
- Analizar los antecedentes Gineco – Obstétricos de las adolescentes con embarazos subsecuentes.
- Identificar los principales riesgos del embarazo subsecuente en adolescentes.
- Realizar un plan de intervención de acuerdo a resultados obtenidos.

1.5 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población objeto de estudio?
- ¿Qué antecedentes ginecobstétricos tienen las adolescentes con embarazos subsecuentes?
- ¿Cuáles son los principales riesgos del embarazo subsecuente en las adolescentes?
- ¿Permitirán los resultados obtenidos, realizar un plan de intervención?

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Referencial

2.1.1 Prevención del embarazo subsecuente en adolescentes

En un estudio previo, manifiesta que las adolescentes embarazadas subsecuentemente antes de los 15 años tuvieron un primer embarazo, el objetivo central del estudio fue explorar los factores que condicionan la prevalencia de embarazos subsecuentes en adolescentes y el uso de anticonceptivos, el estudio descriptivo transversal muestra que el 27,43% de los embarazos que se presentaron en el área de Catamayo durante el 2010 fueron adolescentes, de estos el 37,86% fueron embarazos subsecuentes y el 62,14% fueron embarazos adolescentes por primera vez (11).

Se puede evidenciar el alto índice de embarazos en mujeres adolescentes, que en la actualidad se ha convertido en un problema muy común, principalmente por la poca preparación que tienen las parejas en edades tempranas, acarreando con ello inconvenientes en la salud, economía, psiquis y tópicos culturales del núcleo familiar, deformando el ideal de una estructura social con planificación integral. La subsecuencia inmediata incrementa el problema, sugiriendo que el conocimiento adquirido en la primera experiencia no generó un nivel de conciencia y educación que le permita a la pareja tomar con mayor responsabilidad al tema de la reproducción. Sin que esto quiera decir que el tener más hijos sea una equivocación, y es por esto que es necesario determinar los factores que inciden sobre la subsecuencia para establecer los motivantes para el nuevo embarazo.

2.1.2 Factores relacionados con el embarazo subsecuente y la percepción de las experiencias vividas en las adolescentes de 10 a 19 años

Para Jiménez y otros, el principal factor para el embarazo subsecuente es la falta de control prenatal, las acciones médicas asistencias mediante entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, generado por la despreocupación de la embarazada al buscar la ayuda y atención necesaria, los estudios demuestran que el control prenatal disminuye el riesgo de tener hijos de bajo peso al nacer, menor probabilidad de prematuridad, mortinatos y complicaciones en el embarazo y muerte materna, y que el hecho de no asistir a la consulta durante el embarazo incide sobre la subsecuencia ya que en estas consultas son cuando la adolescente es instruida en la adecuada planificación familiar (12).

Existen múltiples factores que generan riesgo para la subsecuente de embarazo en adolescentes, el principal es la falta de conocimiento de los riesgos de salud así como la madurez que requieren la adolescente para tomar decisiones adecuadas respecto a su vida sexual, criterios que se forman a través partir de los controles prenatales donde el personal de enfermería tiene la oportunidad de educar a la futura madre primeriza, cuando esta no asiste a los controles incrementa los riesgos que puedan generarse en el proceso de gestación, además pierde la oportunidad para conocer más acerca de su estado y del bebé que lleva en su vientre.

2.1.3 Embarazo en adolescentes

El embarazo en adolescentes es un aspecto considerado como un problema social, debido a sus implicaciones, esta etapa de vida desde una perspectiva física se asocia a un proceso de crecimiento y desarrollo, en el ámbito cognitivo se habla del aprendizaje, la maduración mental y psicológica. Un periodo donde el ser humano traspasa el lindero de la niñez hacia la adultez. En los últimos ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad de inicio de la actividad sexual, la cual no es está considerada como una característica del periodo de la adolescencia, el que los aparatos genitales sean capaces de procrear y el desarrollo del deseo sexual se encuentre en

pleno apogeo, no implica que los adolescentes estén listos para gobernar su sexualidad (13).

Este razonamiento puede escucharse un poco tradicional, pero se fundamenta en que muchos adolescentes tienen un retraso del crecimiento intrauterino, además el conocimiento de las precauciones, aseo y manejo maduro de su sexualidad, no ha sido implantado en la vida de estos jóvenes. Existen muchas consecuencias tales como la deserción escolar, familias disfuncionales y problemas económicos que se han generado a partir de un embarazo a temprana edad, es decir entre los 12 y 17 años.

2.1.4 Embarazo adolescente

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual.

En el estudio realizado por Santiago Romo menciona que su estudio es de tipo observacional, descriptivo de corte transversal para el cual involucra a todas las mujeres adolescentes, así mismo menciona que el primer y principal hallazgo es la prevalencia de embarazos en las adolescentes, dada que la edad de menarquia de las adolescentes inicial a los 12 años y su vida sexual inicia a los 15 años, en este estudio se observa que al menos el 30% de todas las adolescentes que formaron parte del estudio, ha cursado un embarazo anterior, el 13% ha tenido un parto previo, el 2,5% una cesarí y finalmente un 7,1% un aborto, la mayoría de las mismas han cumplido con 5 controles mínimos requeridos tanto por el MSP como por la OMS (14).

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado

un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

2.1.5 Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente

En el presente estudio menciona que las adolescentes a pesar de conocer sobre los métodos de planificación familiar, dado que las adolescentes prefieren no utilizarlos o los utiliza inadecuadamente provocando así los embarazos no deseados y sus posibles consecuencias, este estudio es de tipo cualitativo, descriptivo, correlacional y no experimental con pacientes adolescentes con embarazos subsecuentes con el objetivo de analizar las experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente, sus factores condicionantes y sus consecuencias, su muestra fue de 10 adolescentes embarazadas por segunda y tercera vez. Dado que en el estudio ENDEMAIN indica que el 43,5% de las mujeres de 15 a 19 años de edad declaran experiencia sexual. Así mismo dos de cada tres adolescentes de 12 a 15 años, no han culminado sus estudios porque son madres o están embarazadas por primera vez (43%), comparadas con las de niveles educativos altos o han culminado la secundaria (11%) (15).

Uno de los problemas con el primer embarazo en la actualidad en especial con adolescentes, es no ser planificado, en el sector urbano la educación, altos niveles de escolaridad, educación de los familiares, rol social y otros elementos contribuyen en informar a los adolescentes respecto al uso adecuado de anticonceptivos, sin embargo al ser un decisión humana, cobra mayor importancia los valores y la conciencia de los riesgos como un método para potencializar la protección ante embarazos no deseados o planificados.

No hay duda de que el embarazo adolescente contribuye al crecimiento de la población y que, en tanto lo haga de manera desmesurada, puede constituirse en un factor negativo para el bienestar presente o futuro de la sociedad y, por tanto, definirse como

un problema público legítimo. Habría que valorar su peso real en el crecimiento de la población que probablemente no es muy elevado y circunscribirlo a ciertos sectores de la misma en los que el fenómeno se concentra: en los sectores más pobres de la sociedad, en los que, además, la fecundidad tiende a ser elevada independientemente de la edad del primer embarazo.

Por tanto, la información solamente como instrucción a cerca de la enseñanza de la sexualidad no ha brindado una respuesta fiable, después del primer embarazo, la adolescente tiende a considerarlo como algo normal, como un medio para justificar o disminuir el impacto social negativo, la crítica de la sociedad ante un acontecimiento mal visto y esto conjuntamente con un medio social intolerante y poco educado, permite que la subsecuencia de embarazos adolescentes sea normal.

2.2 Marco contextual

2.2.1 Ubicación Geográfica

La parroquia García Moreno perteneciente a la provincia de Imbabura, es una de las 8 parroquias rurales del Cantón Cotacachi, se ubica en la zona de Intag, a 78 Km de la capital (Cotacachi) vía Apuela y 106 Km de la capital Provincial (Ibarra) vía Apuela y a 170Km de Quito. Su extensión asciende a 682,4 Km² aproximadamente, constituyéndose en la parroquia de mayor extensión territorial del Cantón.

Imbabura tiene una población de 418.357 habitantes, según los datos del INEC (2010), el cantón Cotacachi, el más extenso geográficamente, tiene una población de 8848 habitantes en zonas urbanas y 40.036 en todo el cantón, la población de la parroquia García Moreno es de 5.060 habitantes de los cuales el 52.87% corresponde a hombres y 47.13% a mujeres.

Límites:

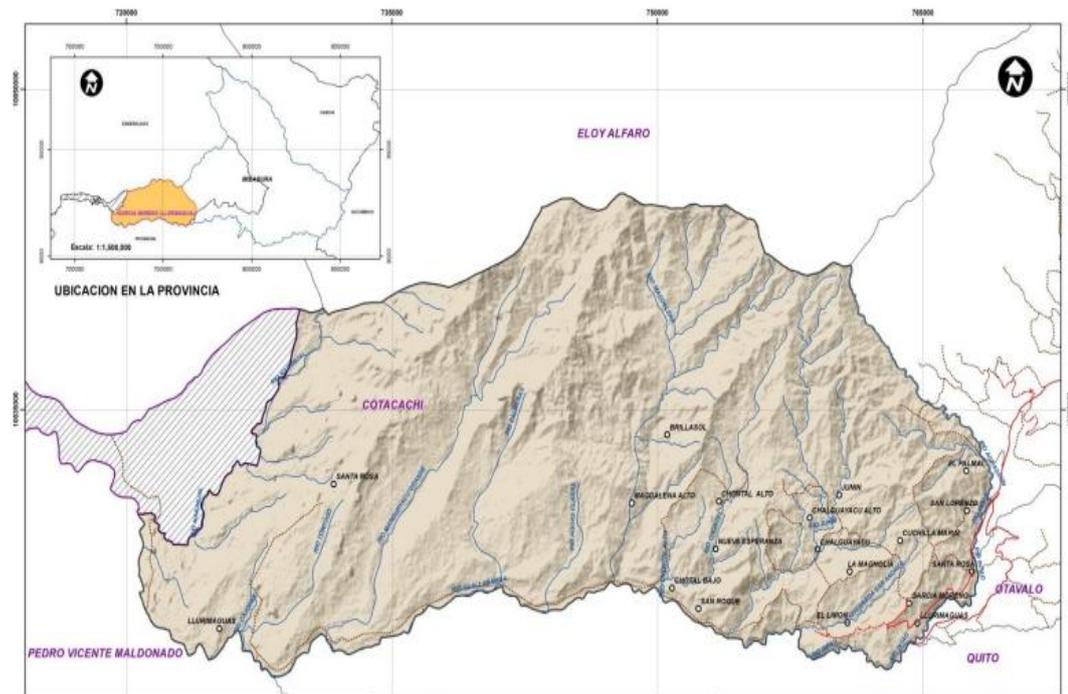
Al norte: La cordillera más alta del Toisán.

Al sur: el río Intag.

Al oriente: la quebrada antes conocida como “La Plata” hoy como “Hermano Miguel”.

Al oeste: Con los límites de la provincia de Esmeraldas.

Ilustración 1
Geolocalización de la provincia Imbabura



Fuente: World map finder (16).

2.2.2 Historia del Subcentro de salud de García Moreno

El Subcentro de salud se creó en el año de 1988 colocando la primera piedra con los primeros gestores el Sr. Rigoberto Armas, sr. Lauro Morales y el Sr. Ángel Quelal, una vez creado el Subcentro de salud se inició con el primer personal de enfermería que fue el Sr. Armas como Auxiliar de enfermería. En el de 1998 ingresan los primeros médicos en medicina general con el Dr. Ramiro Guadalupe y el Dr. Raúl Jara. En la actualidad ya se puede contar con todos los servicios de atención integral.

2.2.3 Misión de la unidad de salud

El ministerio de salud Publica ofrece servicios de salud para toda la comunidad, con énfasis particular en las personas con bajo recursos y necesitados, tomando en cuenta el cuidado integral de los pobladores, ofreciendo los servicios de medicina general, odontología y enfermería. Creado un ambiente de respeto, bondad y simplicidad, animando a los individuos a sean responsables de su salud y bienestar.

2.2.4 Visión de la unidad de salud

Aspiramos a ser los mejores, utilizando un enfoque que combina elementos comunitarios para proporcionar el cuidado integral de hombres, mujeres y niños. Como ministerio de salud construimos un modelo de cuidado que sobresale en proporcionar servicios de calidad y calidez

2.2.5 Organización administrativa y servicios de la unidad de salud

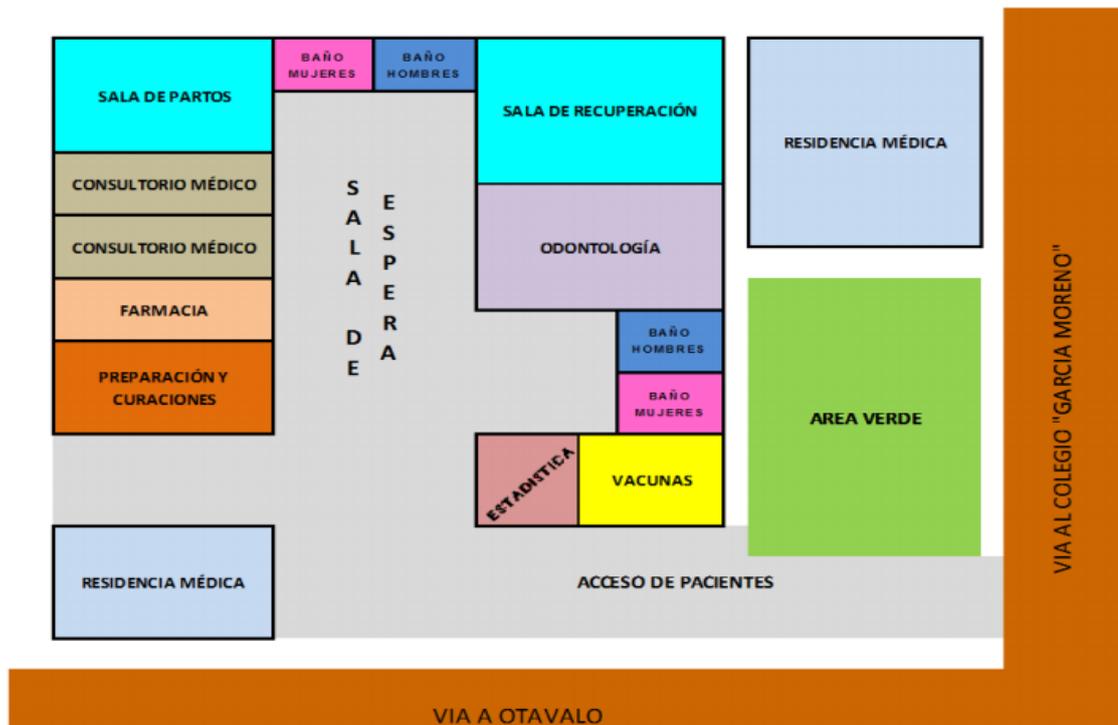
	Medicina general	Enfermería	Odontología	Taps
Subcentro de García Moreno	2	2	1	2

Fuente: Registro de personal la unidad de salud

2.2.6 Organigrama de la unidad

Ilustración 2

Organigrama de la unidad



Fuente: (Herrera, 2015) (17).

2.3 Marco conceptual

2.3.3 Teoría de Ramona T. Mercer

Adopción del rol materno-convertirse en madre. Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización

de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna.

El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema. El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a "difuminar la tensión en la dualidad madre- niño". La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño.

El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata

El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal

2.3.4 Adolescencia

Definido por la OMS como: El período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica. Sus límites están determinados entre los 10 y 19 años y actualmente con tendencia a ampliar este rango de edades (6).

2.3.5 Etapas de la adolescencia y sus características (18)

a. Adolescencia temprana (10 a 13 años)

En esta etapa desde el punto de vista psicológico el adolescente comienza a perder interés por las relaciones con los padres y transponla esa importancia hacia las amistades predominantemente con individuos del mismo sexo.

Las fantasías y habilidades cognitivas aumentan de forma considerable, no son capaces de controlar sus impulsos y las metas y propósitos dentro de su formación vocacional no están sustentados en aspectos de la realidad objetiva la imagen y los cambios de su cuerpo en esta etapa toman una prioridad dentro de sus expectativas, su cuerpo es lo que más le preocupa y son muy dependientes de los comentarios de sus semejantes, se impregnan de incertidumbres en cuanto a su apariencia física pues notan muchos cambios con respecto a esta.

b. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. En este periodo las relaciones con sus pares es el eje fundamental del actuar del adolescente; se identifican con los conflictos comunes en sus familias y se refugian en las situaciones que enfrentan en común los adolescentes.

Los intereses sexuales comienzan a despertar en esta etapa de manera intensa y muchos consideran el periodo justo para el comienzo de las relaciones sexuales, se sienten invulnerables, cargados de energía, deseosos de derroche de adrenalina, las conductas están marcadas por rasgos de omnipotencia lo cual puede constituir un riesgo. La apariencia física se encuentra en el más alto estándar, la moda, el aspecto corporal y los criterios de los semejantes son su método de sentirse seguros.

c. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

En esta etapa los cambios físicos declinan ya casi está formado el biotipo del adulto y generalmente aceptan su imagen corporal, las modificaciones en esta etapa son menores, reestablecen las relaciones con sus padres presumiendo de aptitudes un tanto más responsables que en etapas anteriores. Les brindan más importancia a las relaciones de orden íntimo y los compañeros y los grupos pierden la jerarquía que habían ganad. En estos momentos las metas y propósitos vocacionales se fundamentan en hechos más reales y objetivos.

La adolescente que asume un embarazo en esta etapa de la adolescencia va a tener un comportamiento que corresponde a la etapa en que se encuentre, como se ha descrito anteriormente, el solo hecho de estar embarazada y de tener un hijo no le favorece para avanzar a otras etapas superiores por lo que no se va a completar el ciclo de madurez, y esto constituye un factor de riesgo para los problemas que se derivan del embarazo en la adolescencia, por eso se plante la siguiente premisa: Las adolescentes embarazadas son solo eso: adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.

2.3.6 Embarazo

El embarazo o gestación está considerado como un periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto. Una vez que el óvulo es fecundado se generan muchos cambios en el cuerpo de la embarazada, estos son fisiológicos y metabólicos, los cuales tienen el propósito de proteger y nutrir al feto garantizando el desarrollo adecuado.

Los procesos hormonales que ponen en marcha afectan a todo el cuerpo provocando todos los síntomas del embarazo, aunque existen algunos que se piensa son de origen psicológico.

La atención que se presta a la gestante se basa en el cuidado de su desarrollo normal, considerando que la madre tiene un papel muy importante en la toma de decisiones que le afectan.

2.3.7 Controles prenatales

El embarazo es un proceso natural, pero requiere de la atención sanitaria para que cualquier intervención pueda ser aplicada si se ha demostrado que brindará beneficio y se encuentra dentro de las necesidades y deseos de la embarazada.

Según la OMS el cuidado en el embarazo debe ser temprano, periódico e integral, esto disminuye el riesgo de complicaciones e incluso la muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita

Debe ser precoz, iniciarse antes de las 12 semanas de amenorrea, la Organización Mundial de la Salud recomienda un mínimo de 5 consultas, y el primer control debe durar al menos 40 minutos, el número de controles recomendados son de 7 a 10. (19)

En el control prenatal se realiza:

- La apertura de la Hoja de Control.
- Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto
- Medición y registro de presión arterial
- Medición y registro de peso
- Medición de talla
- Registro de IMC
- Solicitud de grupo sanguíneo
- Determinar factores de riesgo

2.3.8 Embarazo subsecuente en la adolescente:

Se refiere a aquella adolescente con antecedente de 1 o más embarazos, así haya terminado en parto o en aborto (20).

Factores de riesgo:

Se refiere a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir un problema, enfermedad, trastorno o lesión (20).

Primer embarazo en la adolescencia. Factores de riesgo:

- Estratos sociales de bajo nivel económico
- Zonas rurales
- Deserción escolar temprana
- Minorías étnicas o grupos marginados
- Educación sexual y reproductiva deficiente (21).

Embarazo subsecuente. Factores de riesgo:

- Factores socioculturales y psicológicos
 - Inicio temprano de relaciones sexuales
 - Violencia familiar
 - Familias disfuncionales
 - Nivel educativo bajo
 - Deficientes proyecciones de vida
 - Deficiente educación sexual
 - Relaciones sociales de riesgo
 - Problemas para tomar decisiones
 - Métodos de anticoncepción inaccesibles (22).
- Factores Socio demográficos
 - Residencia en zonas rurales
 - Estado civil
 - Pobreza

- Hacinamiento
- Factores vinculados al embarazo
 - El primer embarazo
 - Deseo de tener un hijo en menos de dos años
 - Pérdida del primer embarazo (aborto o muerte perinatal),
 - Escasa información acerca de la anticoncepción al recibir el alta del primer embarazo.

Tanto en el embarazo subsecuente como en el primer embarazo en la adolescencia los factores sociodemográficos, culturales, psicosociales, y familiares tienen puntos en común (23). A pesar de que las adolescentes que han sido madres durante el periodo de la adolescencia, han vivido una experiencia difícil lo cual hace que sostengan un criterio común y es no volver a procrear hasta que su primer hijo tenga una edad adecuada.

Sin embargo, la realidad es otra; debido a que no toman las medidas necesarias para evitarlo, pues continúan sin usar métodos anticonceptivos, no varían las condiciones socioculturales que existían en su entorno y esto hace que el riesgo se mantenga. Todo esto lleva a pensar que además de ser un problema para la adolescente también es un fracaso social para las instituciones relacionadas con estos indicadores. Los sistemas sanitarios y educativos no han jugado su rol fundamental lo que los implica responsablemente en estos hechos. Cuando la madre adolescente se encuentra en su etapa de atención prenatal o en la primera etapa postnatal, debe recibir asesoría por parte del personal de salud a cargo lo cual evitaría una segunda situación. (24).

Si bien es cierto que la mayor responsabilidad del embarazo en adolescentes se le ha atribuido a los factores biológicos, psicológicos, sociales y familiares, también existe un porcentaje de compromiso proveniente de los actores sociales como gobiernos, instituciones gubernamentales a cargo de la salud y educación, la comunidad y su estructura etc. Por eso la ONU estratifica los determinantes con un análisis contextual diferente.

2.3.9 Consecuencias del embarazo subsecuente

Consecuencias psicosociales del embarazo subsecuente

Como sucede con el primer embarazo durante la etapa adolescente, en el embarazo subsecuente también existen consecuencias inherentes al proceso de gestación y a las situaciones que se desencadenan en el ámbito familiar y social, estas situaciones tienen un impacto potencial sobre la madre, su hijo y el entorno.

a. Consecuencias del embarazo subsecuente para la madre adolescente

- Riesgo de deserción escolar lo que provoca baja escolaridad.
- Desempleo, lo que ocasiona bajos ingresos económicos
- Riesgo de separación de la pareja, por divorcio o abandono al no querer asumir con responsabilidad la paternidad.
- Estrés mantenido y trastornos emocionales que desencadenan depresión con todas sus consecuencias.
- Sentimientos de baja autoestima por la reacción de la familia o la pareja y la frustración de no poder planificar su proyecto de vida.

b. Consecuencias para el hijo/a de la madre adolescente

- Alto riesgo de abuso físico con los niños al creerlos responsables de las consecuencias.
- Negligencias en los cuidados de salud y nutrición desencadenando enfermedades y accidentes
- Retardo del desarrollo psíquico y emocional por falta de estimulación debido a la inmadurez de los padres.
- Alta proporción de hijos ilegítimos o desprotegidos

- El riesgo psico-social para el bebé afecta el desarrollo psicomotor y adaptación al entorno por el rechazo que recibe este de la familia, estos embarazos en la mayoría son no deseados y no planificados (25).

c. Consecuencias socio-culturales del embarazo en adolescentes

Las consecuencias socioculturales no dejan de estar presentes y son desencadenadas por el resto de las consecuencias citadas. En estos casos cada una de las situaciones forman parte de un círculo vicioso que la mayoría de las veces tiene un desenlace fatal para la madre, el hijo, la familia y la sociedad.

El embarazo en la adolescencia favorece la continuidad de la pobreza y miseria lo que desencadena la aparición de crisis psicológicas y sociales facilitando depresión, las adolescentes cuando se ven en estas situaciones y sin herramientas psicológicas para defenderse de las adversidades no ven salida a sus problemas y en muchas ocasiones terminan en intentos suicidas, y en el mejor de los casos aparece pérdida de autonomía, dificultad para relacionarse con las otras personas, sentimientos de desamparo y soledad e incapacidad para proyectarse en el futuro, limitando así su crecimiento y desarrollo personal frente a las oportunidades educativas, capacitación, empleo, ingreso y participación (18).

2.3.10 Complicaciones clínicas y ginecobstetricias provocadas por el embarazo subsecuente en adolescentes

En estos casos tenemos que partir desde el punto en que estas adolescentes desde el punto de vista biológico no han alcanzado el grado de madurez orgánica ideal para procrear lo que puede acarrear complicaciones en este orden. Vale la pena señalar que en la mayoría de los casos ante la irresponsabilidad que va aparejada con la edad, las madres adolescentes no tienen un seguimiento adecuado durante el proceso de gestación lo que impide el diagnóstico oportuno de enfermedades relacionadas con el embarazo, la detección de malformaciones congénitas y estados de riesgo para la

madre y el feto, lo que hace que se expongan a alto riesgo de morbimortalidad (26) (27).

a. Complicaciones clínicas para la madre:

- Hipertensión arterial inducida por el embarazo, la incidencia en estos casos se multiplica por cuatro al ser comparada con la hipertensión en la población general.
- Bajo peso materno o poca ganancia de peso durante la gestación asociado a anemia y desnutrición
- Complicaciones renales, las infecciones en las vías urinarias tiene una prevalencia del 25% en las gestantes adolescentes con todas las complicaciones a que esta puede conllevar
- El riesgo de terminar el parto en cesárea es mucho mayor por la desproporción céfalo-pélvica que en estas pacientes existe debido al poco desarrollo corporal que existe en estos casos.
- Hemorragias en todas las etapas del embarazo (primera mitad, segunda mitad del embarazo y postparto) Estas hemorragias están provocadas principalmente por el riesgo mayor de placenta previa, amenazas de abortos, partos pre términos, desgarros vaginales, atonía uterina entre otros.
- Retraso del crecimiento intrauterino, debido a la inmadurez uterina (27).

b. Complicaciones para el recién nacido

- Riesgo de prematuridad y bajo peso.
- Riesgo de CIUR (crecimiento intrauterino retardado)
- Aumenta el riesgo de muerte neonatal por complicaciones relacionadas con el embarazo o por la inmadurez del neonato, los cuales en un gran porcentaje presentan enfermedades propias del recién nacido inmaduro (26).
- Anemia y Desnutrición
- Trastornos respiratorios
- Traumatismos obstétricos con graves consecuencias neurológicas.

- APGAR bajo
- Alto índice de malformaciones congénitas (27) (26).

c. Actitudes de las adolescentes frente al embarazo subsecuente

En estudios consultados como el de Fonseca, el mismo plantea que las madres adolescentes tienden a tener periodos intergenésicos cortos lo cual lleva consigo una mayor paridad (28).

Al realizar el análisis de esta situación, se puede llegar a la conclusión de que pudiera ser algo ilógico, pero si mencionamos los factores que conllevan a esto nos podemos dar cuenta por que sucede; en estos casos la mayoría de las adolescentes no utilizan consistentemente métodos anticonceptivos debido a una deficiente orientación, o si lo usan no lo hacen de la forma correcta entre otros factores.

Un estudio que fue realizado en Ecuador en los Hospitales Gineco-Obstétrico Isidro Ayora y Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante 2009-2010, indica el trabajo realizado con 130 adolescentes con embarazo subsecuente, en el 83% de los casos el embarazo no fue planificado lo que demuestra que a pesar de no pensarlo no tomaron las precauciones para evitarlo. El periodo intergenésico tuvo un promedio de 10,6 meses, lo cual plantea un riesgo para el segundo embarazo y en gran medida para el feto pues estamos hablando de un útero que aún no se encuentra en condiciones óptimas para gestar (29).

Al observar algunos indicadores al respecto, es posible darse cuenta de la necesidad que tiene una correcta planificación familiar como medida preventiva para el embarazo subsecuente en la adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la planificación familiar permite a las parejas y las personas a decidir a tener los hijos que desean y también determina el intervalo entre embarazos (periodo intergenésico) el cual es una disposición importante para evitar la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal por esta causa.

La planificación familiar se basa fundamentalmente en la orientación sobre la aplicación de métodos anticonceptivos seguros y eficaces (30).

En las instituciones de salud, a todos los niveles en Ecuador, disponen de una gama amplia de métodos anticonceptivos de tal forma que las usuarias tengan acceso a los mismos y con la debida asesoría profesional puedan elegir el método acorde a la necesidad. A esto se agrega la educación sexual personalizada en el grupo de las adolescentes y madres adolescentes para prevenir el embarazo (ENIPLA, 2010).

2.3.11 Intervención de enfermería

En la actualidad el embarazo de adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, se ha diseñado numerosas estrategias para prevenir este tipo de embarazo, sin embargo, no se ha logrado los resultados que se esperaban. Pese a las intervenciones realizadas sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, dirigidas a promover el uso de métodos de anticoncepción, a mejorar el acceso a dichos métodos, a aumentar los conocimientos sobre las conductas protectoras y de riesgo y a mejorar el uso de los servicios de salud reproductiva, no se ha generado el impacto esperado sobre la maternidad temprana (31).

En la adolescente embarazada, el cuidado de enfermería debe orientarse a brindar un abordaje interdisciplinario a la adolescente, además de la atención integral biopsicosocial. Identificar oportunamente en el control prenatal, los factores de riesgo, y de esta manera direccionar y orientar a la madre, al padre o progenitor hacia programas que permitan prevenir complicaciones en el proceso de gestación.

Brindar el cuidado de enfermería donde se eliminen prejuicios y conjeturas hacia la adolescente embarazada, informarle a cerca de los posibles signos y síntomas de alarma para prevenir problemas o complicaciones.

2.4 Marco legal

Dentro del marco legal para la investigación se tuvo en cuenta lo citado en la Constitución de la República del Ecuador.

2.4.1 Constitución de la República del Ecuador

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

En Ecuador la ley referente a los derechos a la salud y su protección se recogen en los siguientes artículos de la Constitución política de la república:

Art. 1. La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación,

pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 2. Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3. La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado: y, el resultado de proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

2.4.2 Derechos de la salud sexual y la salud reproductiva

Art. 20. Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 21. El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Art.23. Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello.

Art. 24. Los anticonceptivos importados por la autoridad sanitaria nacional, requerirán del registro sanitario nacional además del registro sanitario del país de origen, así como el control de calidad y seguridad del producto, previo a su distribución.

Art. 26. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas.

Art. 27. El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello. Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de

la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra.

Art. 28. Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.

Art. 29. Esta Ley, faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 447 del Código Penal. Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención.

Art. 30. La autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones (33).

2.4.3 Ley Orgánica de la Salud

Título Preliminar, Capítulo I, Del derecho a la salud y su protección Art.1. La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de

derechos, intercultural, de género, generacional y bioético (Ley Organica de la Salud).

Capitulo II, De la alimentación y nutrición.

Art.16. El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios. (Ley Organica de la Salud)

Art.17. La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad.

2.4.4 Plan Nacional Toda una Vida

Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas 1.3. Combatir la malnutrición, erradicar la desnutrición y promover hábitos y prácticas de vida saludable, generando mecanismos de corresponsabilidad entre todos los niveles de gobierno, la ciudadanía, el sector privado y los actores de la economía popular y solidaria, en el marco de la seguridad y soberanía alimentaria. (Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida 2017--2021, 2017)

1.6. Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural. (Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida 2017--2021, 2017)

2.5 Marco Ético

Las investigaciones en salud se caracterizan por indagar e intervenir sobre pacientes, por lo que están regidas por normas y códigos afines con la investigación relacionadas con humanos. Las investigaciones médicas se encuentran respaldadas y se guían por el código de ética de Núremberg donde se describe la conducta ética de la investigación con seres humanos, el cual exige el consentimiento informado voluntario para poder desarrollar los estudios (34).

En 1964 la Asociación médica mundial formula la declaración de Helsinki, la cual recoge propuestas basadas en principios éticos para la investigación médica en seres humanos. A pesar de que la Declaración está destinada especialmente a los médicos, la AMM divulga a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios. En investigación en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre el primer lugar sobre todos los otros intereses (35).

A partir de todas las normativas que se han desarrollado en base a la investigación relacionada a seres humanos, se han creado variaciones específicas dirigidas a cada nivel de la humanidad, tanto es así que existen normativas para la investigación con mujeres, niños, ancianos etc.

El código Deontológico de enfermería en el elemento No.3 referente a la enfermería y la profesión plantea:

1. Fijar normas para la práctica, investigación, formación y gestión de enfermería.

2. Fomentar el apoyo en el lugar del trabajo a la realización, difusión y utilización de la investigación relacionada con la enfermería y la salud (36).

De lo expresado anteriormente se puede referenciar la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y convención sobre los derechos del niño. Todos ellos respaldan, en términos de derechos humanos, los principios éticos generales que subyacen a las pautas éticas internacionales de CIOMS (37).

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) en su artículo.

Art. 25.1 señala que «toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios». Este derecho también se recogió, posteriormente, en el artículo 12.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) al reconocer «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (38).

2.5.1 Código Deontológico Internacional de Enfermería

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. (Consejo internacional de enfermeras, 2006)

1. La Enfermera Y Las Personas: La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables (Consejo internacional de enfermeras, 2006)

2. La Enfermera Y La Práctica: La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua. (Consejo internacional de enfermeras, 2006)

3. La Enfermera Y La Profesión: La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación. (Consejo internacional de enfermeras, 2006)

2.5.2 Modelo deontológico de los determinantes del embarazo en la adolescencia

Factores determinantes nacionales

- Leyes que limitan el acceso a los métodos anticonceptivos
- Leyes que no se hacen cumplir contra el matrimonio infantil
- Decadencia económica, pobreza
- Subinversión en el capital humano de las niñas
- Inestabilidad política, crisis humanitarias y desastres

Factores determinantes de la comunidad

- Actitudes negativas sobre la autonomía de las niñas
- Actitudes negativas con respecto a la sexualidad adolescente y el acceso a los métodos anticonceptivos
- Disponibilidad limitada a los servicios adecuados para los jóvenes
- Falta de atención prenatal y postnatal para las madres jóvenes
- Clima de coacción y violencia física

Factores determinantes de la escuela y sus pares

- Obstáculos para que la niña asista a la escuela o permanezca en la escuela
- Falta de información o falta de acceso a una educación sexual completa de calidad

- Presión del grupo
- Actitudes negativas con respecto al género y conductas riesgosas de la pareja

Factores determinantes de la familia

- Expectativas negativas para las hijas mujeres
- Poco valor por la educación, especialmente, para las niñas
- Actitudes favorables con respecto al matrimonio infantil

Factores determinantes individuales

- Edad de pubertad y debut sexual
- Crianza de las niñas para que busquen la maternidad como única opción en la vida
- Valores de desigualdad de género internalizados
- Desconocimiento de que las capacidades están en desarrollo (23).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la investigación

Cuali-cuantitativa: permitió analizar información sobre las adolescentes embarazadas sus prácticas y actitudes sobre el control prenatal y los factores de incidencia de la subsecuencia

No Experimental: utiliza fundamentalmente la observación sin manipulación de las variables durante la toma de datos de las adolescentes subsecuentes para analizarlos con posterioridad.

3.2. Tipo de la investigación

Descriptivo: Mediante este tipo de estudio se midió y recogió información de manera independiente y conjunta sobre los factores de incidencia y prácticas de las adolescentes subsecuentes para describirlas sin influir en ellas.

Transversal: se midió resultados sobre los factores de incidencia de las adolescentes subsecuentes en un tiempo en específico en la parroquia García Moreno de Cotacachi.

Observacional. Esta investigación tiene como principal medio de recolección de datos a través de la observación, para determinar cuáles son los factores de riesgo y su incidencia sobre la subsecuencia del embarazo adolescente

Analítico: A través de este método de estudio se analizó las respuestas que dieron las adolescentes embarazadas al momento de la entrevista mediante la cual se recolectó la información

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Para la construcción del marco teórico se utilizó la revisión documental existente en la plataforma de la Universidad Técnica del Norte/Biblioteca virtual, se revisó bases de datos bibliográficos como Mendline; así como revistas científicas como Scielo, Enfermería Basada en Evidencia Científica, entre otras. Utilizando los descriptores factores, incidencia, embarazo, adolescentes subsecuencia.

3.3.1. Técnicas

Entrevista semi estructurada. Esta técnica se utilizó para conocer los factores de incidencia de las adolescentes subsecuentes.

3.3.2. Instrumento

Se empleó un cuestionario de 10 preguntas abiertas que fueron contestadas verbalmente y grabadas, donde expresaron la información sociodemográfica pertinente.

3.4 Localización y ubicación del estudio

Servicio de consulta externa del Subcentro de Salud de García Moreno en la provincia de Imbabura al sur del Ecuador, en el Cantón Cotacachi, en el cual se encuentra a una distancia de 125 km. de Ibarra.

3.5 Población

La población de estudio corresponde a 34 adolescentes de 11 a 19 años que han cursado su primero embarazo.

3.6 Muestra

La muestra corresponde a 16 adolescentes quienes cursan un nuevo embarazo como una etapa subsecuente.

3.7 Criterios de inclusión

- Adolescentes con embarazo subsecuente atendidas en el Subcentro de salud García Moreno del cantón Cotacachi
- Adolescentes que deseen participar en el estudio voluntariamente y que hayan firmado el consentimiento informado.

3.8 Criterios de exclusión

- Adolescentes que solo tengan un solo embarazo.
- Adolescentes que ellas o sus tutores legales no deseen colaborar con toda la información requerida.

3.9 Operacionalización de las variables

Antecedentes sociodemográficos				
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
	Estudio de la población	Años cronológicos cumplidos	Edad de acuerdo a rangos	<ul style="list-style-type: none">• 12 – 13• 14 – 16• 17 – 19
		Personas que pertenecen a una misma etnia y generalmente	Etnia	<ul style="list-style-type: none">• Blanca• Mestiza• Afrodescendiente

Características sociodemográficas	humana su dimensión social, estructura, evolución y sus características generales	a una misma comunidad		
		Tiempo que un alumno asiste a la escuela o cualquier enseñanza	Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria Completa • Secundaria Completa • Secundaria Incompleta
		Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Unión Libre
		Acción de convivir, es decir, vivir en compañía de otra.	Tipo de convivencia	<ul style="list-style-type: none"> • Padres • Pareja • Familia y Pareja
Antecedentes ginecobstétricos				
Antecedentes Ginecobstétricos	Comprende dos aspectos. La Ginecología se encarga de las enfermedades y la prevención La <i>Obstetricia</i> es la especialidad	Aquel que se presenta en el periodo integrado de 1 a 2 años	Embarazo Subsecuente	<ul style="list-style-type: none"> • Uno • Dos • Tres o Mas
		Conjunto de acciones sistemáticas y periódicas realizadas por el profesional de la salud en una mujer	Control Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Salud • Hospital Cotacachi • Médico Particular • Partera • Ninguno

	para el cuidado del embarazo	durante la gestación		
		Controles periódicos del embarazo	Número de controles durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 5 • 6 – 9 • 10 – 12
		Proceso por el que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación	Tipo de Parto	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Cesárea • Aborto
		Enfermedad causada por la invasión de agentes patógenos	Tipo de infecciones	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginosis • IVU • Candidiasis • Ninguno
		Son antecedentes ginecobstetricos de origen no patógeno.	Antecedentes Ginecológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia • HTA • Bajo Peso • Otros
Riesgos del embarazo				
	Embarazos en los que la mujer pertenece a un grupo de riesgo o que presentan alguna complicación espontánea,	Actividades de origen social que generan un factor de riesgo por su asociación a la salud	Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de drogas • Tabaquismo • Alcoholismo

Riesgo del Embarazo Subsecuente	requieren un especial control médico para prevenir malformaciones en el feto y complicaciones en el parto	Riesgos que se generan en el proceso de embarazo y lactancia.	Ginecológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Eclampsia • Preclamsia • Síndrome de Hellp • Menarquia • Dismenorrea
			Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Trastorno de ansiedad • Maduración prematura
Conocimientos sobre la Sexualidad y Métodos Anticonceptivos	El conocimiento de la sexualidad influye en el comportamiento sexual de las adolescentes, relacionado a que desconocen las prácticas sexuales riesgosas.	Medidas preventivas que se exponen en este propósito contribuye a la adecuada formación y maduración de los gametos formación y maduración	Fue planeado el Embarazo	SI NO
		Conjunto de métodos para evitar el embarazo pueden ser naturales o artificiales, hormonales orales o inyectables	Uso de métodos Anticonceptivos	SI NO

		Conocimiento de la sexualidad influyen en el comportamiento sexual	Información sobre la educación sexual	SI NO
--	--	--	---------------------------------------	----------

3.10 Método de recolección y procesamiento de la información

Los datos recogidos en las encuestas fueron desplegados en una base de datos creada en Microsoft Excel 2016, donde se realizó la tabulación de los datos y el procesamiento estadístico de los mismos. Las variables tabuladas serán resumidas en tablas y gráficos para su mejor interpretación.

3.11 Análisis estadístico

Para el análisis estadístico de las variables se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, se hicieron distribuciones porcentuales para las variables cualitativas.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se realizó un análisis a un total de 16 embarazadas clasificadas como adolescentes en las cuales se constató embarazo subsecuente en la adolescencia, de un total de 34 adolescentes embarazadas, de donde se derivará el nivel de incidencia y su cálculo.

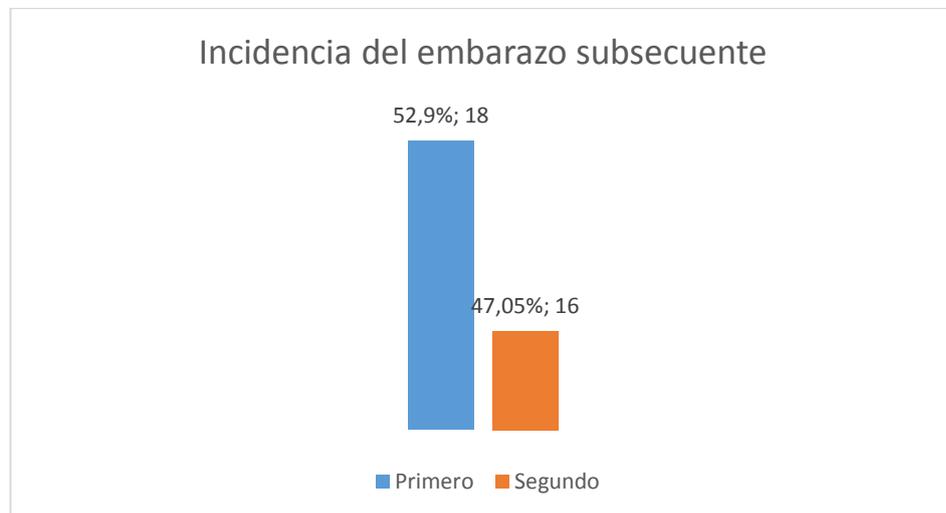
Tabla 1. Características sociodemográficas

Opción	Característica	Porcentaje
Edad	17-19 años	93.75%
Etnia	Mestiza	75.00%
Escolaridad	Primaria Completa	50.00%
Estado Civil	Unión libre	68.75%
Convivencia	Pareja	56.25%

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes subsecuentes de García Moreno, 2018.

La edad con mayor adolescentes con embarazos subsecuentes es la de 17 a 19 años, aunque Imbabura es una provincia netamente con población indígena el sector donde se realiza esta investigación solamente tiene personas autodefinidas como mestizas y un mínimo porcentaje de afroamericanos, respecto a su escolaridad la mitad de las población posee estudios solamente hasta la primaria completa lo que evidencia el alto nivel de deserción dentro del grupo de las adolescentes embarazadas, debiendo cuidar a sus hijos, y asumir un papel más hogareño, disminuyendo su probabilidad de cumplir un rol profesional o complementar su proyecto de vida. Esto se une al hecho que el 56.25% conviven con su pareja y el 68.75% se encuentra en unión libre, evidenciando la conformación de un hogar lejos de la familia. De igual manera un estudio realizado a un grupo de similares condiciones contextuales, se determinó que coincidencias en las características de las adolescentes subsecuentes, tales como la etnia mestiza, escolaridad baja e incompleta, edades en el tanto de 16 a 19 años como la etapa preponderante para la subsecuencia y la unión libre como modalidad preferida (39).

Gráfico 1. Distribución de adolescentes embarazadas según la incidencia



El análisis de incidencia se calcula con el propósito de identificar el riesgo de la subsecuencia que tienen las madres con primer embarazo, es útil determinar además la prevalencia como un indicador de proporción de mujeres embarazadas subsecuentes, respecto a la población total.

$$Incidencia = \frac{\text{nuevos casos}}{\text{poblacion en riesgo}} \times \text{Amplificador}$$

$$Incidencia = \frac{16}{34} = 0,04705 \times 100\% = 47,05 \%$$

$$Prevalencia = \frac{\text{casos existentes}}{\text{población total}} \times \text{Amplificador}$$

$$Prevalencia = \frac{16}{352} = 0,0445 \times 100\% = 4,54 \%$$

En la parroquia de García Moreno, el nivel de incidencia está definido en 47.05%, considerando el nivel de riesgo que tienen las madres adolescentes de poder tener un embarazo subsecuente. También es importante determinar que el porcentaje de prevalencia del primer embarazo adolescente es de 9,65%, y el porcentaje de prevalencia del embarazo subsecuente es de 4.54%, información que permite evidenciar que el nivel de riesgo de embarazo subsecuente es alto, a pesar que la proporción de mujeres adolescentes embarazadas no es un porcentaje alto,

comparándolo con estudios tales como Prieto 2016, en un estudio en el sector marginal de Cali-Colombia, el 47.9% de adolescentes son madres, convirtiéndose en un patrón cultural normalmente aceptado y esperado. (40), o el estudio de Cisneros, 2016, realizado en San Roque, sector rural de Nicaragua, donde la población es muy similar en sus condiciones socioeconómicas, étnicas y culturales, donde la incidencia es del 53% de las adolescentes que tuvieron un embarazo subsecuente (41). En todos los estudios descritos incluyendo el presente, se aprecia que la incidencia es alta, es decir que después de primer embarazo las adolescentes continuaron una vida sexual activa y consecuentemente otro embarazo dentro de un periodo corto y dentro de una edad precoz, convirtiendo a la formación familiar en un proyecto no planificado, descuidado y bajo nivel de motivantes para limitar los embarazos.

Tabla 2. Antecedentes ginecobstétricos

Opción	Característica	Porcentaje
Control prenatal	Subcentro García Moreno	62.5%
Número de controles	5	50.0%
Tipo de parto	Normal	66.67%
Riesgo ginecobstétrico	Vaginosis	56.25%
Trastornos hipertensivos	Preclamsia	6.25%

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes subsecuentes de García Moreno, 2018.

La subsecuencia se caracteriza por dos embarazos en la totalidad de la muestra, es decir ninguna madre adolescente tiene tres o más embarazos, existe la percepción que las adolescentes adquieren mayor responsabilidad en su cuidado a mayor número de embarazos, esto también se evidenció al comparar el mayor porcentaje de controles prenatales del primer y segundo embarazo donde el porcentaje es mayor en el segundo, la mayoría de adolescentes realizan sus controles en el Sub Centro de Salud de García Moreno, además en el periodo de subsecuencia la mayoría de partos es normal (66.67%), cuando en el primer embarazo la mayoría fueron abortos evidenciando el nivel de riesgo que poseen las adolescentes, se encontró que el 56.25% tuvieron antecedentes ginecológicos con vaginosis, mostrando la incidencia de la prematuridad

sobre el desarrollo de enfermedades infecciosas en el aparato sexual, la preclamsia fue mínima y nula en el caso de eclampsia y síndrome de Hellp. Al comparar con diversos estudios se observa que la investigación realizada en el centro de salud de Calderón provincia de Imbabura del año 2017, muestra que en una población similar existe presencia de los mismos problemas, donde la mayoría tiene dos embarazos, evidenciando con un máximo de cinco controles, un mayor índice de partos normales en los segundos y más embarazos y abortos en su primer embarazo, así como alta susceptibilidad a la generación de vaginitis (57). En otro estudio muestra que la infecciones en vías urinarias tienen una tendencia en el 60% de mujeres subsecuentes en la adolescencia (58), otro estudio realizado manifiesta que un mayor índice de infección urinaria está en el grupo etario comprendido entre los 15 a 25 años, dado que el 63% de las gestantes terminaron en alguna variante de aborto (59), esto indica que las adolescentes en su primera etapa ignoran su estado, ya que realizan cualquier tipo de actividad física, largos periodos de estar de pie o elevados niveles de estrés que pueden provocar un alto riesgo en su embarazo.

Tabla 3. Riesgos del embarazo

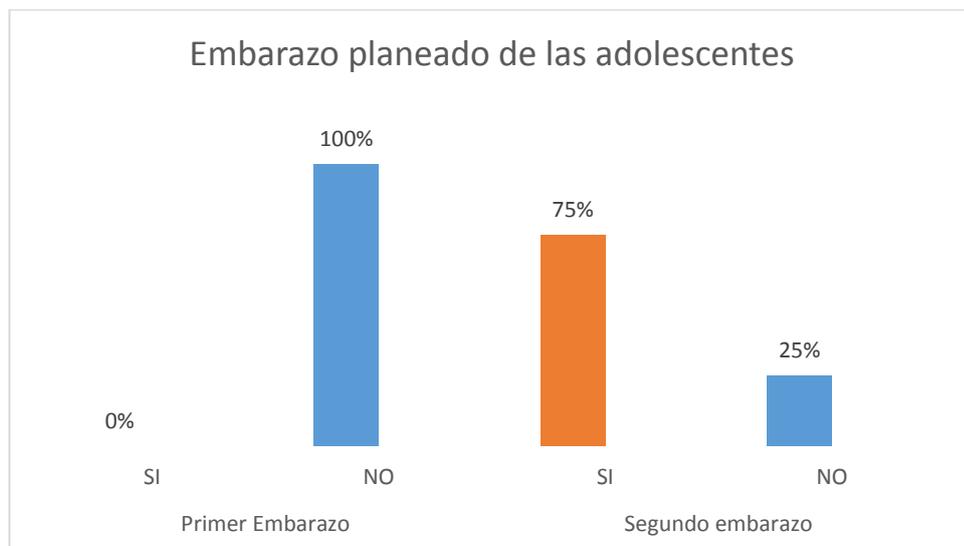
Opción	Característica	Porcentaje
Sociales	Alcoholismo	18.75%
Ginecológicos	Menarquia	68.75%
Psicológicos	Depresión	93.75%

Fuente: Encuesta realizada a adolescentes subsecuentes de García Moreno, 2018.

Son poca las adolescentes con antecedentes de alcoholismo, sin embargo, dentro del contexto de cuidado que requiere la etapa de gestación se evidencia de forma alarmante el tipo de riesgo que se genera y la falta de responsabilizan por su salud y la del bebé. En un estudio realizado para determinar los factores de riesgo sexuales en adolescentes se determinó que el alcoholismo tiene una relación con la práctica sexual sin protección y el embarazo en la adolescencia (42). Respecto a los riesgos ginecológicos la menarquia está considera como característica que permite la aparición de conductas de riesgo, debido a que el desarrollo físico no se encuentra asociado al desarrollo social, en el estudio se muestra que el 68.75% de las adolescentes presentaron

menarquia y posteriormente iniciaron su vida sexual, este comportamiento se encuentra ligado a la cultura y la iniciación de las relaciones sexuales a temprana edad en poblaciones (43). La depresión es uno de los riesgos más comunes en el embarazo adolescente, más aún cuando el nuevo embarazo se presenta en las mismas condiciones psicológicas que el primero, según el estudio de Chiliquinga, se evidencia que un ambiente no preparado, la falta de recursos económicos y la ausencia de un ambiente de apoyo por parte de la pareja y la familia genera depresión en las adolescentes que se han embarazado de forma no planificada (44).

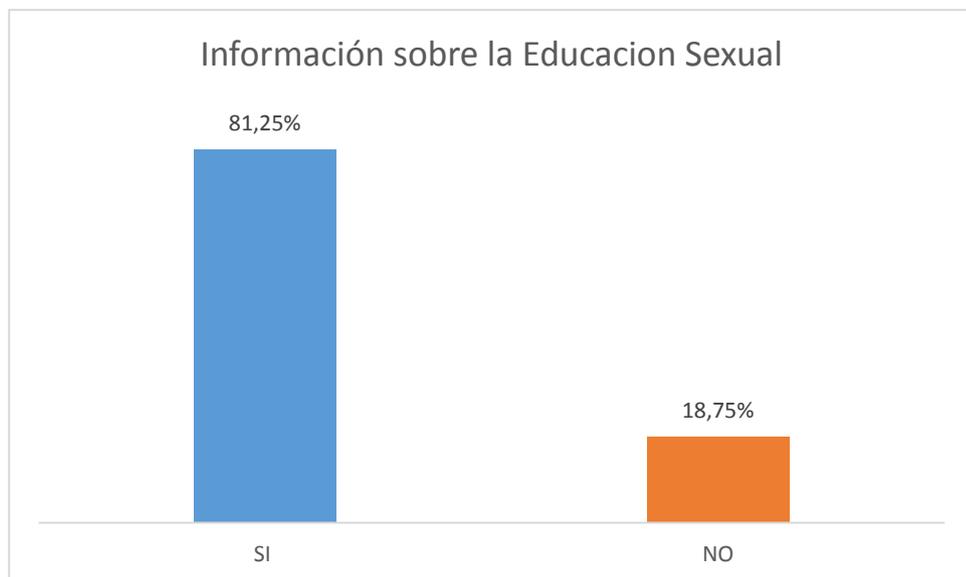
Gráfico 2. Distribución de adolescentes según si fue planeado el primer y segundo embarazo



En la encuesta realizada a las adolescentes de García Moreno, se aprecia que la totalidad que tuvieron su primer embarazo, no lo planificaron, apenas el 25% lo hicieron para su segundo embarazo. La planificación del futuro o de un proyecto de vida, como señala el estudio realizado en el año 2016, acerca de la importancia de los procesos de orientación en sexualidad integral, y su relación de complementariedad frente a la planificación sexual, familiar y de gestión de plan de vida, que inicia en la adolescencia, determinó que el ambiente educativo en el área de educación sexual tiene una fuerte relación con la proyección de su futuro, es decir la decisión del embarazo,

también existen otro elemento comunicativo, inherente que es el aspecto afectivo (45). Es importante comprender que la educación o transmisión de información es el factor más importante para evitar un embarazo no planificado, y que no es suficiente educar a cerca de anticonceptivos o su utilización, es necesario que las adolescentes puedan proyectar su vida, (proyecto de vida), desde una corta edad, antes de los 12 años y que esto se siga progresivamente realizando durante toda su adolescencia. El personal de salud deberá agregar a su informativo y procesos educativos, el tema del proyecto de vida.

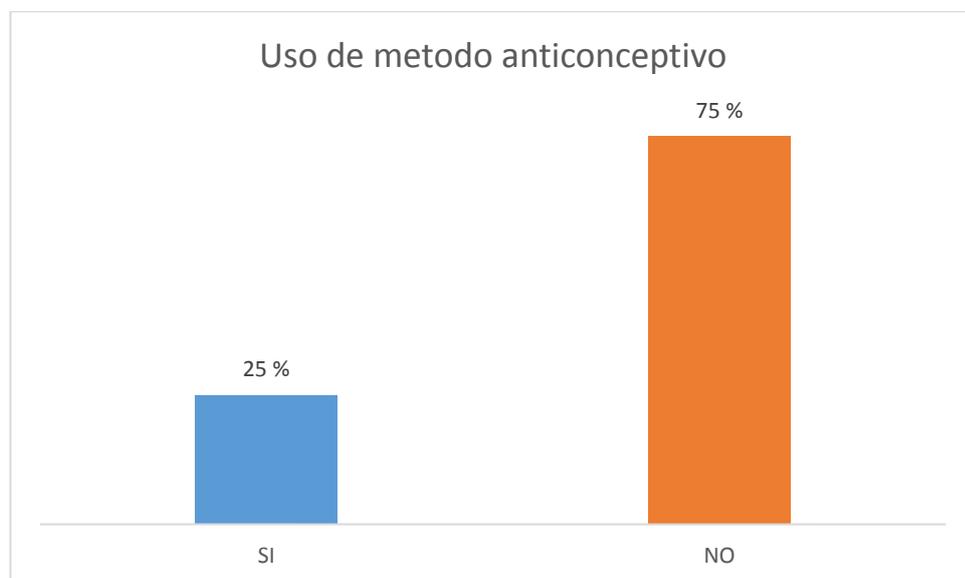
Gráfico 3. Distribución de adolescentes según información de la Educación Sexual.



En el análisis gráfico se puede apreciar la proporción de adolescentes que aun recibiendo información acerca del uso de anticonceptivos, no se han protegido en sus relaciones sexuales, se puede concluir que el personal de salud ha realizado la difusión del uso anticonceptivos, pero esto no ha sido suficiente, correcto y tampoco ha generado el efecto deseado, por tanto se evidencia la necesidad de modificar el medio o el mensaje, con el propósito de producir conciencia acerca de la salud sexual y la práctica sexual. Tal como en el estudio realizado en México, en un grupo de 320 adolescentes, determinándose que la transmisión de información era insuficiente para menguar el problema de embarazos precoces, se requiere de una instrucción que genere creencias conductuales acerca de la necesidad de utilizar anticonceptivos (46). Además, se encuentra el problema de la escolaridad, según la información de la Nro.

1, la mayoría de las adolescentes subsecuentes no han terminado la secundaria y la primaria, lo que implica la carencia de conocimientos que las instituciones educativas suministran a los adolescentes, en un estudio realizado en México en el año 2015, en relación a la educación y el embarazo adolescente, se encontró que el rezago educativo está estrechamente relacionado con el embarazo adolescente, asociándolo aun con mayor frecuencia que el nivel socioeconómico (47). Por lo tanto, se puede afirmar que la población adolescente de García Moreno, requiere de un trabajo integral, a nivel de educación sexual, por parte de todos los sectores de influencia, sean estos el personal de salud, de instituciones educativas y familiar, con el propósito de generar una cultura de protección y seguridad sexual. (48)

Gráfico 4. Distribución de adolescentes según uso de métodos anticonceptivos



Es evidente que los adolescentes del estudio en su mayoría no conocen los anticonceptivos, sin embargo existen esfuerzos por parte del personal de salud, así como de otras instituciones estatales para impartir conocimiento acerca del uso de los anticonceptivos y sus beneficios, es decir la capacitación realizada no ha generado un impacto positivo que permita a los adolescentes generar una cultura de protección sexual, en concordancia con esto según el estudio realizado en el sector rural de Bogotá en el año 2015, a una población de 165 adolescentes de 15 a 18 años de edad, se

determinó que existen otros factores que inciden sobre la cultura de protección, que son charlas con la familia, la frecuencia de la educación, y la enseñanza en las instituciones educativas (49). Se puede hallar además una relación entre la proporción de embarazos adolescentes, y el uso de anticonceptivos, en concordancia con el estudio realizado en Buenos Aires - Argentina, en un grupo de adolescentes entre 13 y 18 años, donde se determinó que el uso de anticonceptivos es proporcional a los embarazos precoces, además se encontró en el mismo estudio, un alto nivel de incidencia entre la información suministrada frente al uso de anticonceptivos, considerando una perspectiva de enseñanza e implantación cultural permanente para la protección sexual, planificación familiar y cuidados prenatales (50).

Conclusiones

Durante este estudio se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En relación a las características sociales y demográficas de la población de García Moreno, predomina la etnia mestiza, el grado de instrucción primaria completa, el estado civil en su mayoría unión libre y mujeres solteras, la mayoría poseen una pareja estable, seguido de quienes viven con sus padres.
2. Los antecedentes Gineco obstétricos de las adolescentes del estudio son: el bajo número de controles prenatales por la poca información que poseen sobre la importancia de los mismos y la vaginosis como principal riesgo de salud.
3. Los principales riesgos del embarazo subsecuente clasificados en sociales; el más importante el alcoholismo, dentro de los ginecológicos: la menarquia debido a los cambios hormonales y el poco conocimiento de las niñas sobre esta etapa, y los psicológicos: la depresión debido a la inseguridad que tienen por verse solas, sin el acompañamiento y el apoyo de sus padres o su pareja.
4. La incidencia de los embarazos subsecuentes en García Moreno es de 47.05%, tomando en cuenta a la población en riesgo que es de 16 adolescentes para la subsecuencia del embarazo adolescente en García Moreno.
5. De acuerdo a los resultados obtenidos se realizaron charlas educativas dirigidas a las y los adolescentes sobre educación sexual y la importancia del uso de métodos anticonceptivos.

Recomendaciones

1. Al Ministerio de Salud Pública, coordinar con el Ministerio de Educación para que trabajen conjuntamente en la educación de los estudiantes, padres de familia con el propósito de generar conocimiento del plan de vida, responsabilidad del autocuidado y un adecuado manejo de la sexualidad.
2. A los padres de familia para que se involucren en la educación preventiva y de educación sexual junto con sus hijos mediante su autoformación y de esta manera poder contribuir con la prevención del embarazo precoz, la importancia de completar los niveles de escolaridad, fidelidad y mejorar la comunicación.
3. Al personal de salud, continuar con el programa del Ministerio de Salud de control prenatal y buscar estrategias para cubrir con la normativa de los cinco controles mínimos ayudándose con los TAPS para mejorar el monitoreo y el autocuidado colaborando con la atención básica en salud del núcleo familiar.
4. Al personal de salud del Sub Centro de García Moreno, informar a las adolescentes que han culminado un embarazo, a cerca de los riesgos en el ámbito social, psicológico y físico que tendría en caso de un embarazo subsecuente.
5. Al personal del Sub Centro de Salud de García Moreno, realizar una planificación para dar charlas educativas sobre educación sexual con los elementos del cuidado de necesario en la gestación, uso correcto de anticonceptivos, riesgos del embarazo adolescente, y los factores de riesgo de la subsecuencia, coordinando con el ministerio de educación, los profesores y padres de familia.

Bibliografía

1. Andrade Valencia I. Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASÌ/1 en el año 2009. Quito;; 2009.
2. Barón J. Embarazo en adolescentes complicaciones. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamérica. 2013; 70(605): p. 65-69.
3. Garnica L, Pinzón A, Ruiz A. Prevalencia y actores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas. Rosario;; 2012.
4. Espindola E, León A. La deserción escolar en América Latina: un tema prioritario para la agenda regional. Revista Iberoamericana de educación. 2002; 30(2): p. 00.
5. OMS. Programas y proyectos. Boletín de la OMS. [Online].; 2009. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>.
6. OMS. Salud de los adolescentes. [Online].; 2016 [cited 2016. Available from: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/.
7. Mendez GE, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cub Obst y Gin. 2012; 38(3): p. 333-342.
8. OMS. La salud de los jóvenes un desafío para la sociedad. Ginebra;; 2000.

9. INEC. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012 Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva. ; 2012.
10. Escobar J. Prevención del embarazo subsecuente , “Una tarea impostergable”..
11. Luzuriaga IMI. Prevención Del Embarazo Subsecuente En Adolescentes Centro De Salud De Catamayo 2010. Tesis presentada como requisito para optar por el Grado de Magíster en Gerencia Clínica En Salud Sexual y Reproductiva. UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS; 2010.
12. Jimenez A, Peralta E, Hinojosa L, García P, Castillo Y, Miranda C. Beneficios y barreras percibidos por las adolescentes embarazadas en el control prenatal. [Online].; 2012. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/402/40223164013.pdf>.
13. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. [Online].; 2008. Available from: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/31929260/EMBARAZO_ADOLESCENTE.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWO WYVGZ2Y53UL3A&Expires=1544291362&Signature=yCyJG%2B9zQPBI1NEjzM6m%2BnPEVE8%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DRevista_Pediatrica_Ele.
14. Rodriguez S. Embarazo Adolescente. Tesis de grado. Quito: Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Nutrición y Ciencias de la Salud; 2013.
15. Valencia M. Experiencias de las adolescentes en relación a su primer embarazo y embarazo subsecuente; factores condicionantes y sus consecuencias en mujeres de 15 a 19 años que son atendidas en el S.C.S PUENGASÍ/1 en el año 2009.

Maestría en Adolescencia. Universidad Andina Simón Bolívar; 2009.

16. WORLDMAPFINDER. [Online].; 2016. Available from: http://www.worldmapfinder.com/Es/South_America/Ecuador/Imbabura_Province/.
17. Herrera E. Estudio del Subcentro de Garcia Moreno. [Online].; 2014. Available from: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/16181/1/Herrera%20Flores%20Elena%20Maribel.pdf>.
18. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de postgrado de la catedra V/a medicina. 2001;(107): p. 11-23.
19. Ministerio de Salud Pública. Control prenatal. [Online].; 2016. Available from: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Guia%20Control%20Prenatal.pdf>.
20. Yauri YP. Factores de riesgo para la reincidencia de embarazo en las adolescentes atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre- niño "San Bartolomé" durante el año 2014. Informe final de tesis. San Marcos;; 2015.
21. Pacheco Maldonado SL. Factores relacionados con el embarazo subsecuente y la percepción de las experiencias vividas en adolescentes de 10 a 19 años en el catón Pedro Vicente Maldonado en el año 2013. Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2014.
22. Baeza W B, Poo F M, Vazquez P O, Muñoz N S, Vallejos V C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del

embarazo en adolescentes de la novena región. Rev Chil Obstet Ginecol. 2007; 72(2): p. 76-81.

23. UNFPA. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Estado de la población mundial 2013. Informe de la División de Información y relaciones externas del UNFPA del fondo de población de la ONU. Carolina del Norte; 2013.
24. Idrobo IM. Prevención del embarazo subsecuente en adolescentes centro de salud de Catamayo 2010. Informe final de tesis de maestría. Guayaquil; 2012.
25. Escobar D, Velastegui D. Factores de riesgo relacionados con embarazo subsecuente en adolescentes. Revista Ecuatoriana de Pediatría. 2008; 9(1): p. 20-25.
26. Mendoza LA, Arias M, Mendoza LI. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. 2012; 77(5): p. 375-382.
27. Huanco D, Ticona M, Huanco F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del ministerio de salud del Perú, año 2008. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2012; 77(2): p. 122-128.
28. Fonseca E. Analisis de la relación entre intervalos intergenesicos y la supervivencia del niño, Honduras 2001. Informe final de Tesis. Honduras; 2006.
29. Izurieta JL, Silva AP. Factores de riesgo asociados al sistema sanitario relacionados con embarazos subsecuentes en madres adolescentes, en el Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora y el Hospital General Dr. Enrique Garcés, desde noviembre del 2009 hasta enero del 2010. Informe final de Tesis. Quito; 2010.

30. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.
31. Noguera N. Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. [Online].; 2014. Available from: <http://files.psicologia-2-de-secundaria.webnode.com/200000145-91ce992cc8/embarazo.pdf>.
32. Asamblea Nacional. Gobierno de Pichincha. [Online].; 2008 [cited 2016. Available from: http://www.pichincha.gob.ec/phocadownload/leytransparencia/literal_a/normasderegulacion/constitucion_republica_ecuador_2008.pdf.
33. ODA. ODA. [Online].; 2015. Available from: <http://www.oda.com.ec/download/ley-organica-de-salud-ecuador/>.
34. Tribunal Internacional de Nuremberg. Código de Nuremberg. La plata.; 1947.
35. AMM. WMA. [Online].; 2013. Available from: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
36. Consejo Internacional de Enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería 3 Ginebra, Suiza: Fornara; 2006.
37. Lolas F. Pautas éticas Internacionales. [Online].; 2013. Available from: http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm.
38. Ramiro MA. Derecho a la protección de la salud y los derechos de los pacientes. Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de las Casas". Universidad Carlos III Madrid. [Online].; 2010. Available

from:

<http://www.tiempodelosderechos.es/docs/abr10/derechoProteccionSalud.pdf>.

39. Mejía M, Teherán A, Serrano M, Andrews L, Panesso P, Cadavid V, et al. Asociación entre características sociodemográficas, estructura familiar y embarazo en adolescente. [Online].; 2015. Available from: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/39/38>.
40. Prieto A. Estrategia de comunicación para la prevención de segundo embarazo (subsecuente) en jóvenes entre los 14 y 18 años pertenecientes a las laderas de la ciudad de Cali. [Online].; 2016 [cited 2018 01 06. Available from: <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/7851>.
41. Cisnero L. Uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes que acudieron al hospital Bertha Calderón Roque. [Online].; 2016 [cited 2017 01 06.
42. Royuela P, Rodríguez L, Marugán J, Carbajosa V. Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. [Online].; 2015. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v17n66/04_original3.pdf.
43. Leal I, Stuardo V, Molina T, González E. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. [Online].; 2015. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262015000100006&script=sci_arttext&tlng=en.
44. Chiliquinga S, Chuncho M. Nivel de bienestar en atención a adolescentes embarazadas en el centro de salud "velasco

- ibarra".2018. [Online].; 2018 [cited 2018 12 12. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/12373>.
45. Mejía S. La planificación del proyecto de vida desde la sexualidad integral en la educación básica y secundaria. Un análisis teórico. [Online].; 2016. Available from: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/925>.
46. Pérez C. Habilidades para el uso de anticonceptivos. [Online].; 2014. Available from: <http://www.redalyc.org/html/292/29232614007/>.
47. Villalobos A, Campero L, Suárez L, Atienzo E, Estrada F, De la vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. Salud Pública México. 2015; 57(2).
48. Caravajal R, Rodriguez R, Valencia H. Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. [Online].; 2017. Available from: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6230>.
49. Barragán C. Incidencia de la educación del nucleo familiar en la sociedad. [Online].; 2015. Available from: <http://csifesvr.uan.edu.co/index.php/papeles/article/view/560>.
50. Della M. Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. [Online].; 2015. Available from: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/818>.
51. Ministerio de Salud. MINSA. [Online].; 2014 [cited 2016 07. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/ado>.

52. Flores CE. Factores socioeconomicos y contextuales que determinan la actividad reproductivas de las adolescentes en Colombia. Rev Panam Salud Publica. 2005; 18(6): p. 388-402.
53. Anzoatequi J. monografias.com. [Online].; 2004 [cited 2016 Julio 24. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos106/plan-intervencion-educativo-prevencion-embarazo-adolescencia/plan-intervencion-educativo-prevencion-embarazo-adolescencia.shtml>.
54. Romo S. Embarazo adolescente. Informe final de tesis de grado. Quito;; 2013.
55. Cuenca AS. Embarazo en adolescentes. Informe final de tesis. Cuenca;; 2000.
56. Stattersfield A, Crosby MJ, Long AJ, Wege DC. BirdLife International. [Online].; 1998 [cited 2016. Available from: <http://www.birdlife.org/datazone/sowb/casestudy/61>.
57. SENPLADES. SENPLADES. Sistema Nacional de Información. [Online].; 2014. Available from: http://app.sni.gob.ec/visorseguimiento/DescargaGAD/data/sigadpl usdiagnostico/1060023710001_DIAGNOSTICO%20PDOT%20G ARC%C3%8DA%20MORENO_19-05-2015_21-49-07.pdf.
58. Sánchez EO. Madres adolescentes y su relación con el crecimineto y desarrollo del niño de 0 a 2 años 6 meses de edad en el puesto de salud de Hipolongo cuatro esquinas y Yayulihui del cantón Quero de la provincia de Tungurahua en el periodo 23 de junio al 23 de Novie. Ambato;; 2012.
59. Ministerio de Salud Pública. Protocolo de atención integral a l adolescente. Ecuador;; 2009.

60. ONU. Naciones Unidas. [Online].; 2016. Available from: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
61. datosmacro.com. [Online].; 2015. Available from: <http://www.datosmacro.com/demografia/poblacion/ecuador>.
62. INEC. Fasciculo Provincial Imbabura. Periodico. Quito: INEC; 2010.
63. Sepúlveda L, Opazo C. Deserción Escolar en Chile: ¿Volver la Mirada Hacia el Sistema Escolar? REICE. 2009; 7(4).
64. Climent G. El derecho a la educación y los proyectos de vida. Perspectiva de las madres de las adolescentes embarazadas de una zona del Gran Buenos Aires. Revista de Estudios de Género, La Ventana. 2002; 2(15).
65. Mendoza W, Subiria G. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013; 30(3).
66. Dominguez R, Herazo Y. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. 2009; 62(2).
67. Gómez C, Montoya L. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño. Revista de Salud pública. 2012; 16(3): p. 394-406.
68. Guzmán E, Vazquez E, Troyo R, González M, Romo H, Romero E. Factores asociados al consumo de calcio en adolescentes

mexicanas embarazadas. *Nutrición Hospitalaria*. 2014; 30(3): p. 535-539.

69. Urbina C, Pacheco J. Embarazo en adolescentes. *Revista peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2006; 52(2).
70. Vela G. Embarazo en adolescentes y su relación con el Tipo de parto en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas. Julio- Diciembre 2013. Perú::; 2014.
71. Gomes A, Oliveira K, Granado S, Nunes J. Prenatal y parto: diferencias entre las adolescentes y jóvenes usuarias de la salud suplementaria y las del Sistema Único de Salud. *Adolescencia y Salud*. 2015; 12(4).
72. Aparicio J, Ayal J, Ascarruz A, Casquero J. Características del aborto en las adolescentes Hospital Dos de Mayo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 1996; 42(3).
73. Ramírez I, Real X, Matus G, Pineda M. Infección de vías urinarias en mujeres embarazadas que asisten a su control prenatal al centro de salud Carolina Osejo del municipio de Villanueva en el periodo comprendido de junio a septiembre de 2014. León::; 2014.
74. Rentería A. Complicaciones en madres adolescentes primigestas con infección de vías urinarias en el Hospital San Vicente de Paul, durante el periodo junio-diciembre del 2015. ; 2016.
75. Posada C. Embarazo en la adolescencia: no una opción, sino una falta de opciones. *Revista Sexología y Sociedad*. 2014; 10(25).
76. Mora D. Uso de métodos anticonceptivos en relación con la información sexual en una muestra de adolescentes embarazadas. *Psicología y Salud*. 2015; 15(1): p. 45-56.

77. MEC. Reitera edades de ingreso de educación básica. ; 2017.
78. Ortiz E. Las escalofriantes cifras del aborto en Ecuador. Las escalofriantes cifras del aborto en Ecuador. 2016 Agosto 15: p. 1.
79. Carvajal AM. La recuperación del parto natural es más rápida que la de una cesárea. La recuperación del parto natural es más rápida que la de una cesárea. 2015 abril 19: p. 1.
80. INEC. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012. Informe. , INEC MSP; 2012.
81. INEC. Ecuador registra 122.301 madres adolescentes según Censo 2010. INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2010.
82. Escobar JL. CONFERENCIA 4 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO SUBSECUENTE, “Una tarea impostergable”. : p. 2.
83. Telegrafo. Cultura influye en el control prenatal. Cultura influye en el control prenatal. 2011 Marzo.
84. Pita Fernández S,PDS. Investigación cuantitativa y cualitativa. España: Complejo Hospitalario-Universitario Juan Canalejo., Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística.
85. Orratia ALD. Investigación no Experimental. Universidad Autónoma de Baja California.
86. Mariño MET. El embarazo precoz: no querido pero deseado. UNIVERSITAS Revista de Ciencias Sociales y Humanas. ;; p. 29.
87. EXPRESO. EXPRESO (Guayaquil) 74% de embarazadas es adolescente. (Guayaquil) 74% de embarazadas es adolescente..

88. Rodríguez LYL. Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. Scielo. .
89. Caraballo A. Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias. Las consecuencias físicas y psíquicas de un embarazo en la adolescencia..
90. Guayaquil C. El embarazo aumenta riesgos en adolescentes. Cepam Guayaquil. .
91. Cols EDy. Factores de riesgo relacionados con embarazo subsecuente en adolescentes. Portal Regional da BVS. 208.
92. Casas J, Chumbe O, Inguil R, Gonzalez L, Mercado F. El parto en la adolescente. Estudio de 3 grupos adolescencia temprana, tardía y grupo control. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2015; 44(2).
93. Chavez J, Chica P, Peñaranda R. Determinantes del comportamiento sexual y reproductivo de las y los adolescentes en colegios urbanos y rurales de la ciudad de Macas, Ecuador. [Online].; 2014.
94. Dominguez R. Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. [Online].; 2015. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/230>.
95. Villalobos A, Campero D, Suárez L, Atienzo E, Estrada F, Vara E. Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. [Online].; 2015. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342015000200008&script=sci_arttext&tlng=en.

96. Moreno R. Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en embarazadas adolescentes y su relación con violencia intrafamiliar del Centro de Salud de Calderón provincia de Pichincha Quito, de septiembre a diciembre del 2017. [Online].; 2017. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12851>.
97. Ojeda R, Ángel K, Rodríguez E, Andueza G. Período intergenésico corto y factores asociados, en embarazadas hospitalizadas en Acanceh, Yucatán, México. [Online].; 2016. Available from: <http://www.ecorfan.org/bolivia/researchjournals/Ciencias de la Salud/vol3num8/Revista Ciencias de la Salud V3 N8.pdf#page=45>.
98. Maldonado S. Factores relacionados con el embarazo subsecuente y la percepción de las experiencias vividas en adolescentes de 10 a 19 años en el Cantón Pedro Vicente Maldonado en el año 2013. [Online].; 2014. Available from: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/3672/1/112097.pdf>.
99. Herrera E. Evaluación financiera de las Unidades de salud del Chontal, García Moreno, Golondrinas pertenecientes al primer nivel de atención del distrito 10D03 de Salud, Cotacachi, Zona 1, en el año 2014. [Online].; 2015. Available from: <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/16181/1/Herrera%20Flores%20Elena%20Maribel.pdf>.
100. Castrillón C. Teoría de enfermería. [Online].; 2015. Available from: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2015-n42-la-enfermera-transcultural-y-el-desarrollo-de-la-competencia-cultural>.
101. Castrillón E. la enfermedad transcultural. [Online]. Available from: <http://www.index-f.com/cultura/42pdf/42128.pdf>.

102. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: estudio comparativo de resultados obstétricos perinatales con pacientes embarazadas adultas. [Online].; 2002. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext.
103. Climents G, Beatriz D, Guarná G, Giacoy N, Oller D, Ríos R, et al. Estilo de vida: imágenes de género y proyecto de vida en adolescentes embarazadas. [Online].; 2006. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=243448&indexSearch=ID>.
104. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. [Online].; 2006. Available from: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36341997000200008&script=sci_arttext.
105. Espinoza M, Montalvo D, Astudillo M. Más parejas viven en unión libre en Ecuador desde los 13 años. 2015 Marzo: p. 1.
106. ENSANUT. Datos Básicos, Encuesta Nacional de Salud y nutrición ENSANUT -ECU 2012. , MSP; 2012.
107. Henry G. , Ingrid G.. Adolescencia materna y su asociación con la realización de cesárea. ; 2015.
108. SEGO LSEdGyO. Infección urinaria y embarazo. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. ; Vol 29–Nº 2-2005.

109. Angulo OD. Prevalencia de infección del tracto urinario como factor de riesgo en pacientes con amenaza de aborto en el servicio de ginecología y obstetricia. 2014..
110. Bermejo S. Complicaciones maternas asociadas al segundo embarazo en adolescentes. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. 2016; 11(2).

ANEXOS

- Concientización al grupo de adolescentes



- Concientización al grupo de Embarazadas



- Taller con el Grupo de Embarazadas Primerizas y Subsecuentes

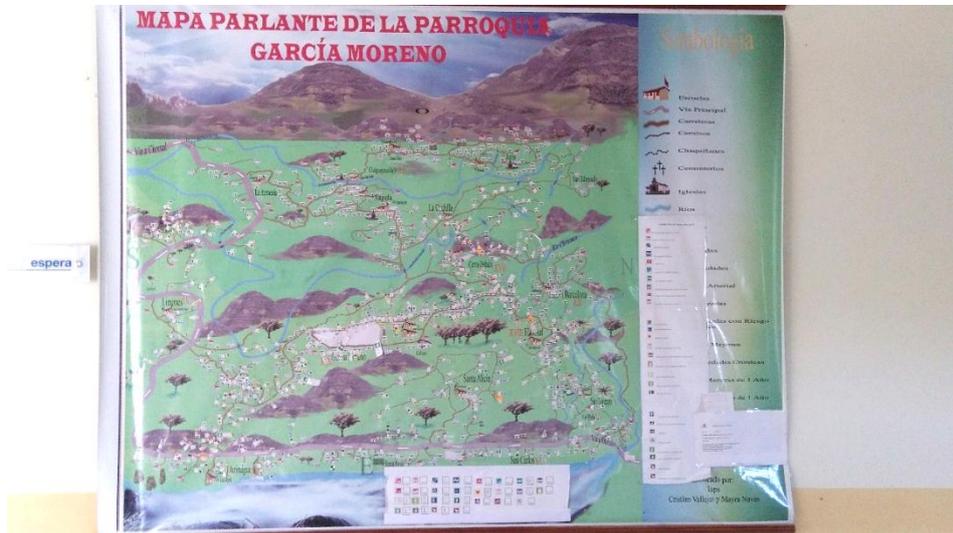


- Entrega de tríptico a las adolescentes en la comunidad y padres de familia





- Mapa parlante de la Comunidad



- Recolección de información de las HCL en el Subcentro de Salud Gracia Moreno



Plan de Actividades

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RECURSOS	TIEMPO
Promover conversatorios dirigidos a todas las adolescentes embarazadas que acuden al Subcentro de Salud de García Moren, sobre educación sexual embarazo a temprana edad y medidas preventivas	Exposiciones dirigidas a todas las adolescentes embarazadas que acuden al Subcentro de García Moreno y estudiantes del colegio de García Moreno sobre los temas educación sexual embarazo a temprana edad y medidas preventivas	Estudiante de Enfermería Francisco Quito	Salón de clases Computador Proyector Trípticos	30 min
Emprender una campaña sobre la Educación Sexual en la comunidad de las adolescente en el colegio García Moreno	Elaboración y reparto de trípticos sobre el embarazo Precoz en los adolescentes. Fortalecimiento de actividades a los docentes para la orientación en la prevención de embarazos en adolescentes.	Estudiante de Enfermería Francisco Quito	Salón de Clases. Trípticos sobre el embarazo precoz. Computadora Hojas en blanco	Lunes y Martes 9:00 am a 10:30 am (1 hora y 30min)
Socialización sobre el Plan de Vida a los adolescentes del Colegio García Moreno	Exposición a todos los adolescentes sobre el tema PLAN TODA UNA VIDA Derechos a la salud a recibir e información al desarrollo integral.	Estudiante de Enfermería Francisco Quito	Salón de Clases. Trípticos sobre el embarazo precoz.	Lunes y Martes 10:30 am a 11:30 am (1 hora)

			Computadora Hojas en blanco	
Socialización sobre el uso de los métodos anticonceptivos a los adolescentes en el Subcentro de salud y Colegio García Moreno	Exposición sobre el uso, ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos	Estudiante de Enfermería Francisco Quito	Salón de Clases. Trípticos sobre el embarazo precoz. Computadora Hojas en blanco	Miércoles y Jueves 10:30 a 11:30am (1 hora)
Socializar con todas las Embarazadas subsecuentes sobre el cuidado Prenatal, cuidado del Bebe y cuidado personal, en el club de adolescentes.	Exponerles Sobre el Plan de Vida, con enfoque al cuidado hacia sí mismo y hacia su bebe, de tal manera que se pueda difundir a las demás adolescentes.	Estudiante de Enfermería Francisco Quito	Trípticos sobre el embarazo precoz. Computadora Hojas en blanco	Sábado 10:30 a 11:30am (1 hora)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

IBARRA – ECUADOR

Ibarra, 30 de Octubre de 2017

Ing.-
Emilio Flores
DIRECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA GARCÍA MORENO
Cotacachi.

De mis consideraciones

Me permito solicitar a Ud. muy comedidamente se conceda el ingreso a la Institución que usted dirige, Al estudiante: EDGAR FRANCIASO QUITO LÓPEZ con número de cedula 100245000-3, para poder realizar la aplicación de todo el estudio de investigación, en los cursos desde Octavo de Básica hasta Tercero de Bachillerato, para la investigación del tema de tesis de grado titulada: “INCIDENCIA DEL EMBARAZO SUBSECUENTE EN EL SUBCENTRO DE SALUD GARCÍA MORENO – COTACACHI” como requisito previo a la obtención del título de Lic. en Enfermería y en virtud de que dicho estudio aportara a la institución.

Por la atención que se brinda a la presente, mis más sentidos agradecimientos.

Atentamente,
“Ciencia y tecnología al servicio del pueblo”

Msc. Viviana Espinel
COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA



Misión Institucional
Contribuir al desarrollo científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.
Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social

Ciudadela universitaria barrio El Olivo
Teléfono: (06) 2 953-461 Casilla 199
(06) 2 609-420 2 640-188 Fax: Ext10
E-mail: utn@utn.edu.ec
www.utn.edu.ec

**INCIDENCIA DEL EMBARAZO SUBSECUENTE EN
ADOLESCENTES EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE GARCÍA
MORENO - COTACACHI**

Consentimiento informado

Fecha

N- HCL

YO de años y en pleno uso de mis facultades mentales y concedora del proceso a investigarse, cuyos datos servirán para el tema de mi investigación antes mencionado AUTORIZO libre y voluntariamente al Sr. Edgar Francisco Quito López, para que la información veraz que brindo sea autorizada en el presente estudio.

Firma del Investigado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA



ENCUESTA

Objetivo: recolectar datos para el estudio de investigación.

“INCIDENCIA DEL EMBARAZO SUBSECUENTE EN ADOLESCENTES EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE GARCÍA MORENO - COTACACHI”

Introducción: Por favor responda a estas preguntas de la forma más completa sin dejar ninguna sin responder

1. Características Sociodemográficas

1.1. Edad

12 – 13 14 – 15 16 – 17 18 – 19

1.2. Etnia

Blanca Mestiza Indígena Afro ecuatoriana

1.3. Instrucción

Ed. Básica Primaria Secundaria Superior

1.4. Estado Civil

Soltera Casada Unión Libre

1.5. Convivencia

Padres Pareja Familia y Pareja

2. Antecedentes

2.1. Número de embarazos

2.2. Número de partos

2.3. Tipo de Parto

Normal Cesárea

2.4. Número de Abortos

2.5. Control Prenatal

1 – 2 3 – 4 5 – 6 7 o más Ninguno

2.6. Donde se realizó los Controles

Subcentro de Salud Hsp. Cotacachi Medico Particular
Partera

Ninguno

2.7. Tipo de Infección

Vaginosis IVU Candidiasis

2.8. Trastornos Hipertensivos

Preclamsia Eclampsia Síndrome del Hellp

2.9. Antecedentes Patológicos

Bajo Peso HTA Anemia

Otros:

3. Riesgos Obstétricos

3.1. Información acerca de la Educación Sexual

SI NO

3.2. Uso de Métodos Anticonceptivos

Si No Cuales: _____

3.3. ¿Fue planeado el Embarazo?

Si No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN