

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

**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**

Sara Liduvina Pacheco Maldonado

Paulina Ríos Q., MD. MPH. M.E., Directora de Trabajo de
Titulación

Trabajo de Titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Magister en Salud Pública

Quito, octubre de 2014

**Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Postgrados**

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**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**

Sara Liduvina Pacheco Maldonado

Paulina Ríos MD., M.E., MPH.
Directora de Trabajo de Titulación

Bernardo Ejgenberg, MD, ESP-SP.
Miembro del Comité Trabajo Titulación

José Masache MD. ESP-GO., Mgs.
Miembro del Comité Trabajo Titulación

Fadya Orozco MD. PhD.
Directora de la Maestría en Salud Pública

Fernando Ortega MD., MA., PhD.
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Víctor Viteri Breedy PhD.
Decano del Colegio de Postgrados

Quito, octubre de 2014

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: Sara Liduvina Pacheco Maldonado

C. I.: 1400294748

Fecha: Quito, octubre de 2014

DEDICATORIA

A Eduardo

Quien con su cariño, paciencia y comprensión ha hecho posible que logre culminar el presente trabajo.

A Jhon Jairo

Por su sencillez, la fuente de inspiración.

A mi madre.

Porque su amor y sus palabras de aliento fueron la luz que irradió a mi alma en la constancia y lucha diaria para alcanzar mi sueño.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de manera especial a Dios por darme vida, sabiduría y la oportunidad de conocer a personas que hicieron posible la elaboración de este trabajo, puesto que sin Él no hubiera sido posible lograrlo.

De igual forma quiero dejar constancia de mi más profundo agradecimiento a la Universidad San Francisco de Quito, por dejarme ser parte del saber y adquirir los conocimientos, desarrollar habilidades y destrezas para satisfacción personal y poner al servicio de los semejantes.

A los señores profesores, quienes me brindaron su tiempo, sus sabios conocimientos, consejos y acompañamientos en el aprendizaje diario.

De manera especial a Paulina, por su apoyo en la asesoría para la realización de este trabajo, por las incalculables horas de largas conversaciones en la dirección, la que me permitió corregir y aclarar las dudas en el proceso de esta laboriosa investigación, pues para ella mi más emotivo y ferviente agradecimiento.

En fin, a cada una de las personas que de una y otra forma colaboraron para la realización de esta tesis.

RESUMEN

El embarazo subsecuente en la adolescencia es un tema de interés social que merece un estudio profundo dado que las causas y las consecuencias han generado cambios y realidades importantes en la calidad de vida de las madres adolescentes, debido a la repetición de embarazos con períodos intergenésicos en uno y dos años.

Escobar; J. (2006) hace mención que la cuarta parte de embarazo en adolescentes corresponde a embarazos subsecuente relacionado con factores socioculturales, económicos y aspectos psicosociales; y, que se repiten generalmente en el marco de una inadecuada educación sexual, siendo más frecuentes en poblaciones afectadas por condiciones socioeconómicas bajas, en grupos de menor nivel educativo y residentes en zona rural.

Se realizó un estudio descriptivo transversal cuantitativo y cualitativo con el objetivo de conocer la prevalencia del embarazo subsecuente en las adolescentes de 10 a 19 años del cantón Pedro Vicente Maldonado y determinar los factores de riesgo del embarazo subsecuente. Se aplicaron encuestas en una muestra de 140 adolescentes embarazadas de las unidades de salud, públicas, privadas y de otros sectores como educativas de Pedro Vicente Maldonado; y, a adolescentes con embarazo subsecuente se aplicaron entrevistas semiestructuradas en una muestra intencionada de grupos focales y entrevista en profundidad.

Para el análisis cuantitativo se utilizó el programa estadístico SPSS 18.0 y para el abordaje cualitativo se realizó la categorización, codificación e interpretación a partir de la información de las entrevistas.

La prevalencia del embarazo subsecuente fue del 32,8%, mayor a lo observado en otros estudios en Ecuador. El embarazo subsecuente se puede apreciar en promedio a los 17 años ($p=0.002$). La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 14 años, menor al registrado por la encuesta Endemain 2004.

El 76% de las adolescentes con embarazo subsecuente son casadas y en unión libre. El 41.3% no trabaja y no estudia dedicada a los quehaceres del hogar y dependientes económicamente de la pareja y/o de sus familiares, el 30% estudia y el resto a diversas actividades. La ocupación se relacionó con el embarazo subsecuente ($p=0.006$).

El nivel de conocimientos del condón y métodos anticonceptivos es del 84.7%. El condón es el menos utilizado antes del embarazo actual con el 76%. Existe una asociación significativa con el uso de métodos anticonceptivos ($p=0.002$) y el conocimiento de las complicaciones en la salud de la madre adolescente ($p=0.001$).

El aspecto familiar se relaciona con el embarazo adolescente ($p=0.001$). El 65.2% viven con pareja, además se observa que la adolescente es apoyada para la planificación familiar ($p=0.05$). El motivo de acceso al servicio de salud se relaciona con el embarazo subsecuente ($p=0.02$). La percepción de experiencias vividas por las madres embarazadas están ligadas a la iniciación temprana de la actividad sexual, deserción escolar, la postergación de los estudios, dependencia familiar y económica; el nuevo status social. Los mitos y creencias de la

planificación familiar, desconocimiento para prevenir embarazos, y el embarazo visto como normal en la adolescencia.

En definitiva, la prevalencia del embarazo subsecuente en adolescentes del cantón Pedro Vicente Maldonado, es superior a la registrada en otros estudios en Ecuador. Aunque tienen un buen nivel de conocimientos sobre MAC, al parecer no lo usan debido a creencias, falla en el uso. Existe una buena aceptabilidad y relación familiar. Llamó la atención el bajo nivel de confianza en las unidades de salud. Gracias a la presente tesis, se identificaron factores relevantes que constituye una pauta de importancia para implementar estrategias que reduzcan el embarazo adolescente y a la vez permitió identificar que los aspectos educativos, laborales y la calidad de vida de las y los adolescentes son los factores más importantes que se deben tomar en cuenta en futuros programas o estrategias de prevención de embarazo adolescente.

ABSTRACT

The subsequent teen pregnancy is an issue of social concern that deserves further study since the causes and consequences have generated significant changes and realities in the quality of life for adolescent mothers, due to repeated pregnancies with interpregnancy periods one and two years.

Escobar; J. (2006) mentions that a quarter of teenage pregnancy in subsequent pregnancies corresponds to sociocultural factors related to economic and psychosocial aspects; and, generally repeated in the context of inadequate sex education, being more frequent in populations affected by low in groups with lower educational level and residents in rural socioeconomic conditions.

Quantitative and qualitative descriptive study aimed to determine the prevalence of subsequent pregnancy in adolescents 10 to 19 years of Canton Pedro Vicente Maldonado and identify risk factors for subsequent pregnancy was performed. Surveys were applied to a sample of 140 pregnant adolescents health unit, public, private and other sectors such as education of Pedro Vicente Maldonado; and adolescents with subsequent pregnancy structured interviews were applied in a purposive sample of focus groups and in-depth interview.

For quantitative analysis the SPSS 18.0 statistical software was used for the qualitative approach and categorization, coding and interpretation was based on the information from the interviews.

The prevalence of subsequent pregnancy was 32.8%, higher than that observed in other studies in Ecuador. The subsequent pregnancy can be seen on average at 17 years ($p = 0.002$). The average age of first sexual intercourse was 14 years lower than that recorded in the 2004 survey ENDEMAIN.

76% of adolescents with subsequent pregnancy were married and cohabiting. The 41.3% does not work and studies devoted to housework and economically dependent partner and / or their family, 30% study and other various activities. The occupation was associated with subsequent pregnancy ($p = 0.006$).

The level of knowledge of condoms and birth control is 84.7%. The condom is the least used before the current pregnancy to 76%. A significant association with contraceptive use ($p = 0.002$) and knowledge of the health complications of adolescent mothers ($p = 0.001$).

The family aspect is related to teen pregnancy ($p = 0.001$). 65.2% live with a partner, also shows that the teenager is supported family planning ($p = 0.05$). The reason of access to health services is related to the subsequent pregnancy ($p = 0.02$). The perception experienced by pregnant mothers experiences are linked to early onset of sexual activity, school dropout, postponement of studies, dependence family and economic; the new social status. The myths and beliefs of family planning, pregnancy prevention ignorance, and seen as a normal pregnancy in adolescence.

In conclusion, the prevalence of subsequent teen pregnancy Canton Pedro Vicente Maldonado is higher than in other studies in Ecuador. Although they have a good level of knowledge of MAC, apparently not used because of beliefs, failure to use. There is a good acceptability and family relationship. Struck by the low level of trust in the health units. With this thesis, relevant factors constituting a pattern of importance to implement strategies to reduce teen pregnancy and also identified that educational, employment issues and quality of life of adolescents are the most important factors were identified to be taken into account in future programs or strategies to prevent teen pregnancy.

1 Tabla de contenido

ÍNDICE DE TABLAS	14
LISTADO DE SIGLAS.....	15
1.1 INTRODUCCIÓN	16
1.2 Planteamiento del problema.....	20
1.2.1 Preguntas principales:.....	21
1.3 Objetivos	22
1.3.1 Objetivo General.....	22
1.3.2 Objetivos Específicos	22
1.4 Justificación.	23
1.5 Hipótesis	24
CAPÍTULO II.....	25
MARCO TEÓRICO	25
2.1. LA ADOLESCENCIA	25
2.1.1. Clasificación de la adolescencia.....	25
2.2. Sexualidad.....	26
2.2.1. La salud sexual y salud reproductiva.....	27
2.3. Embarazo en adolescentes	28
2.3.1. Factores que influyen en el primer embarazo de adolescentes.....	28
2.4. Embarazo subsecuente en la adolescencia.....	30
2.4.1. Situación del embarazo subsecuente.	30
2.4.2. Factores de riesgo del embarazo subsecuente en la adolescencia	31
2.4.3. Consecuencias psicosociales del embarazo subsecuente.....	33
2.4.4. Complicaciones clínicas del embarazo subsecuente	34
2.5. Actitud y percepción frente al embarazo subsecuente.....	35

2.6. Rol de los servicios de salud y la prevención del embarazo subsecuente.	36
2.7. La planificación familiar, medida preventiva del embarazo subsecuente en la adolescencia	37
2.8. Experiencias de la educación sexual con adolescentes en otros países	37
CAPÍTULO III	39
METODOLOGÍA.....	39
3.1. Tipo de estudio.....	39
3.2. Descripción del área de la investigación.....	40
3.3. Población de estudio.	41
Criterios de inclusión:	42
Criterios de exclusión:	42
Universo y muestra	42
3.4. Componente cuantitativo	43
3.5. Instrumento de recolección de la información.....	43
3.5.1. Método y procedimiento de recolección de información	44
3.5.2. Validación de la encuesta (piloto)	45
3.5.3. Aplicación de la encuesta	46
Operacionalización de variables	47
3.6. Análisis de datos:	48
3.7. Componente cualitativo	49
3.7.1. Metodología del componente cualitativo	50
3.7.2. Técnica de recolección de la información	50
Selección de las participantes.....	50
3.8. Plan para el procesamiento de la información	53
CAPÍTULO IV	54

RESULTADOS	54
4.1. Análisis Cuantitativo.....	54
4.1.1. Estadística descriptiva.....	54
4.1.2. Estadística analítica	61
4.2. Análisis Cualitativo.....	69
4.2.2. Codificación	69
4.3. La Triangulación de Métodos.....	79
CAPÍTULO V	81
DISCUSIÓN.....	81
CAPÍTULO VI.....	90
CONCLUSIONES.....	90
CAPÍTULO VII.....	93
RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFÍA	95
9. ANEXOS.....	102
Anexo 1.....	102
Anexo 2.....	106
Anexo 3.....	110

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cálculo de la muestra	43
Tabla 2. Variables de estudio	47
Tabla 3. Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas	54
Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, prácticas sexuales y sus percepciones.....	56
Tabla 5. La relación familiar y los aspectos psicosociales.....	57
Tabla 6. Aspectos que se relacionan el acceso al servicio de salud y el embarazo	59
Tabla 7. Adolescentes embarazadas con el embarazo subsecuente.....	60
Tabla 8. Análisis de la edad de la adolescente con el embarazo subsecuente.....	62
tabla 9. Análisis de los factores sociodemográficos con el embarazo subsecuente.	62
Tabla 10 Análisis del nivel de conocimientos en Métodos anticonceptivos, percepciones y el embarazo subsecuente	64
Tabla 11. Análisis de la edad de la madre de la adolescente embarazada con el embarazo subsecuente	65
Tabla 12. Análisis de los factores familiares, aspectos psicosociales con el embarazo subsecuente	66
Tablas 13. Análisis del acceso al servicio de salud y el embarazo subsecuente.....	68
Tabla 14. Esquema del código axial.	72

LISTADO DE SIGLAS

OPS:	Organización Panamericana de la Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
MSP	Ministerio de la Salud Pública
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
PVM:	Pedro Vicente Maldonado
INEC:	Instituto Nacional de Estadística y Censo
ITS:	Infección de Transmisión Sexual
SRR:	Salud Sexual y Salud Reproductiva
MAC	Métodos Anticonceptivos
HGOIA:	Hospital Gineo-obstétrico Isidro Ayora
UNICEF:	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
CEPAL: C	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
ENDEMAIN	Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil
CIPEP	Centro de Investigación, Promoción y Educación Popular
FENPIDEC	Federación Ecuatoriana Del Noroccidente De Pichincha Para El Desarrollo Comunitario.
FAME	Fundación de Atención Médica para el Ecuador

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La adolescencia, etapa comprendida entre la niñez y la adultez donde suceden grandes transformaciones complejas y fascinantes de la vida humana, durante los cuales el ser humano atraviesa cambios físicos y emocionales que cuestiona su identidad y empieza a vivir su propia sexualidad. La adolescencia comprendida de 10 a 19 años, representa un momento privilegiado para incidir en forma positiva sobre lo que será su futuro en la etapa de la adultez.

A nivel mundial, la población adolescente ha ascendido a más de 100 millones, en países desarrollados 1 de cada 7 personas son adolescentes mientras 1 de cada 4 en países en desarrollo. (Celi, 2008)

Según el Plan Andino de Prevención de embarazo en adolescentes, en la Región Andina existe alrededor de 28 millones de adolescentes, de los cuales 14.5 millones (51%), son hombres y 14 millones (49%), son mujeres.

El embarazo en adolescentes va incrementándose a nivel mundial y a edades más tempranas, dependiendo de la región y del nivel de desarrollo. Los embarazos adolescentes representan aproximadamente el 18% de todos los embarazos en el área andina. (Plan andino de prevención de embarazo en adolescentes, 2008)

Según el Plan de Prevención de embarazo en adolescentes en Ecuador, aproximadamente el 20 % de la población son adolescentes y jóvenes y de los cuales dos millones y medio son adolescentes de 10 a 19 años.

Mendoza,W. & Subiría G. (2013) dan a conocer que durante la adolescencia las decisiones que se toman y los hábitos que se forman pueden tener repercusiones para toda la vida; las condiciones de pobreza, las pocas posibilidades de educación superior, baja autoestima y el desempleo son causas subyacentes que afectan el proyecto de vida, por tanto si no están bien informados y preparados acerca de esta realidad están expuestos a enfrentar diversos problemas en el campo de la salud física y mental, el embarazo precoz, aborto, el embarazo

subsecuente, mortalidad materna e infantil, las infecciones de transmisión sexual y diversos desajustes psicosociales que incidirán en el desarrollo de sus proyectos de vida.

En América Latina y el Caribe la tasa global de fecundidad estimada para el año 2007, es de 2.38 y la tasa específica del grupo de 15 a 19 años de 75.6 y un porcentaje de 18 del total de nacidos vivos cuya madre es adolescente. A escala mundial, la región sobresale por sus altos niveles de reproducción estando por encima de Europa, América del Norte, Oceanía y Asia. De acuerdo a dicha publicación, sólo África está por encima de América Latina y el Caribe, con una tasa global de fecundidad de 4.68, y una tasa específica de fecundidad del grupo de 15 a 19 años de 103.4, y un porcentaje de 17 del total de nacidos vivos cuya madre es adolescente. (Greene, M., 2012)

En 2010, América Latina y el Caribe registraron una tasa de fecundidad adolescente de 72 por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años. (Azevedo, J., 2012)

Se estima que 18 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año, 2 millones en menores de 15 años y un 95% de estos se dan en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Los partos en mujeres adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. Siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes en todo el mundo: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América. (Presler-Marshall, E.2012).

Según la Organización Panamericana de la Salud, estima que 40% de los embarazos no son planeados y son consecuencia de no usar métodos anticonceptivos, de usar métodos inadecuados o de fallas al utilizarlo. (PAHO, 2007).

En Ecuador en 2011 se registraron 45.708 partos en madres adolescentes. Por regiones se observa un 55.3% de partos se registra en la región Costa, el 38.4% en la Sierra, el 6.3% en la Amazonía y Galápagos 0.14%. (INEC, 2012)

Según Escobar J., en su artículo prevención del embarazo subsecuente “Una tarea impostergable”, señala que a nivel mundial se ha incrementado el inicio de la vida sexual

activa a edades más tempranas; el 20% de los partos son de madres adolescentes, la tasa de muertes relacionadas con el embarazo y el parto es de 2-5 veces más alto entre mujeres menores de 18 años, comparadas con las de 20-24 años (Escobar, 2006) (PAHO, 2007).

El embarazo subsecuente en adolescentes de entre 11 a 19 años ha generado mayor preocupación puesto que se repite con facilidad y en su mayoría son embarazos no deseados, afectando la calidad de vida ya sea en el ámbito psicosocial, económico y educativo. (Waggoner, 2012)

Se observa que las adolescentes embarazadas abandonan la escuela, limitando las oportunidades de superación. Vemos que la educación está fuertemente correlacionada con su potencial para obtener ingresos, así como con su propia salud y la salud de sus hijos. En tanto, el embarazo en la adolescencia estimula el ciclo de pobreza y la desatención en la salud transmitido entre sucesivas generaciones. Cuanto más joven se quede embarazada, esté o no casada, tanto mayor es el riesgo para su salud (Greene, M., 2012).

El Médico Escobar menciona en su estudio que la cuarta parte del embarazo adolescente es subsecuente, el cual se presenta con facilidad tras de un aborto o un parto, en el lapso de 1 y de 2 años (30% y de 25 a 50% respectivamente).

Es importante analizar los factores que se asocian a un nuevo embarazo en la adolescencia, entre ellos según la división realizada por Escobar, J son: aspectos sociodemográficos; aspectos psicosociales, familiares, y los relacionados al embarazo. Sin embargo existe pocos estudios referente al tema, lo que demuestra la importancia de indagar más sobre este tema, en distintas poblaciones que aporten a entender y crear soluciones al respecto. Escobar, (s/f.)

El cantón Pedro Vicente Maldonado, provincia de Pichincha y escenario donde se desarrolla la presente investigación, constituye una región con una dinámica poblacional procedente de varias provincias del país y ciudadanos de nacionalidad Colombiana y Peruana.

De la población total del cantón Pedro Vicente Maldonado que es 13.142 habitantes, el 22.27% corresponde a adolescentes de 10 a 19 años; y el 11.2% a mujeres entre 10 a 19 años. (INEC, 2010)

De acuerdo a los datos del Gobierno Autónomo Descentralizado de Pedro Vicente Maldonado, en la composición familiar predomina la unión libre con más del cincuenta por ciento y en menor porcentaje las casadas. Además el 50% de los niños de 6 a 11 años viven violencia familiar, psicológica y abuso sexual, información que resulta por las denuncias presentadas ante las autoridades locales e instituciones de protección de los derechos de la niñez, adolescencia y la familia.

Del total de la población, el 79,9% son pobres, hay un 35,4% de pobreza extrema. El 86% de la población cuenta con los servicios residenciales básicos. El cantón tiene centros educativos fiscales, fiscos misionales y municipales, registrándose el mayor número de alumnos en los primeros centros. (GAD Pedro Vicente Maldonado, 2010)

Se identifica un 88,66% del nivel de educación básica y un 38,17% para el bachillerato. Así también el fenómeno migratorio al igual que en otras provincias del país, también se hizo presente en este cantón, generando la disolución de las familias, esto según el Gobierno Autónomo Descentralizado de Pedro Vicente Maldonado.

Según los datos del Ministerio de Salud Pública, el centro de Salud de Pedro Vicente Maldonado reportó un total de 349 atenciones prenatales para el año 2011 de las cuales el 48% fueron adolescentes embarazadas atendidas en dicho centro; y, para el año 2012 se incrementó a 400 atenciones prenatales de las cuales el 55% corresponde a adolescentes embarazadas, se desconoce la prevalencia de embarazos subsecuentes en adolescentes, es por ello que el presente trabajo está encaminado a conocer su prevalencia en el cantón Pedro Vicente Maldonado, mediante estudio cuantitativo y cualitativo para determinar los factores que influyen en el embarazo subsecuente en las adolescente. (Área de Salud PVM., 2012)

El presente trabajo de investigación pone en evidencia la situación de las adolescentes que han tenido más de un embarazo en este periodo. Además la posición de enfrentar el nuevo rol en la familia y sociedad desde el punto de vista económico, cultural y social.

En este aspecto se analizará los diferentes factores que influyen en la ocurrencia del nuevo embarazo y contribuir a clarificar conceptos respecto a este tema que ayuden a las autoridades

sanitarias en la elaboración de programas de salud específicos para este grupo etario, con todo el apoyo psicológico y social que requiere.

1.2 Planteamiento del problema.

El embarazo en la adolescencia genera una crisis existencial en las adolescentes debido a que no están preparadas para un nuevo rol, el desarrollo emocional y la autoestima aún son vulnerables puesto que carece de madurez e identidad para enfrentar una responsabilidad de tal magnitud.(Avilés, 2013)

El embarazo en la adolescencia no es un hecho conscientemente buscado, obedece en general a una serie de causas y/o factores psicológicos, sociales y culturales con un patrón propio que se repite en cada generación y que en los últimos años se ha visto incrementado.

Estudios como los de Santelli y cols. (2000) realizado en USA, indican que existe una relación importante entre la edad de inicio de relaciones sexuales con la situación socioeconómica y la estructura familiar, lo que conlleva a un riesgo en el desarrollo normal de la sexualidad en adolescentes.

En Chile el embarazo adolescente es visto como un grave problema de Salud Pública, puesto que cada año nacen alrededor de 40.355 RN, hijos de adolescentes y 1.175 hijos de madres menores de 15 años (León, 2008).

En Bolivia la proporción de embarazo en Adolescente entre 15 y 19 años está cerca del 21%, lo más alarmante es que hay un 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres.

En Venezuela, los/as adolescentes representa el 21% de la población total y lidera con la tasa más alta de embarazos en adolescentes a nivel de Sudamérica.

El Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes realizado en el año 2007 presenta datos que demuestran que en Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años de edad y que representan aproximadamente el 20% del total de la población (Ministerio de Salud Pública, 2007)

Según el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, el 20% de las mujeres adolescentes entre 15 y 19 años son madres o están embarazadas en el Ecuador. La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años es del 9% (Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010).

Con respecto a las proporciones de maternidad adolescente es más alta entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las que tiene niveles educativos más altos como secundaria completa, 11%(Plan Andino, 2008).

Según estudios sobre embarazo subsecuente en adolescentes realizados a nivel nacional, señalan que tienen sus mayores complicaciones en la salud materno-fetal; y, por ende consecuencias en el desarrollo psicosocial de la madre adolescente e hijos-as (Guijarro, 2008)

El cantón Pedro Vicente Maldonado no está lejos de la situación descrita, también están presentes factores que podrían estar relacionados con el embarazo en adolescentes ya sea el primero o el segundo embarazo, las consecuencias y complicaciones materno-fetales y su pronóstico expresadas por los profesionales de la salud.

Según datos obtenidos en el departamento de estadística del área de salud Pedro Vicente Maldonado se ha registrado que por cada 10 mujeres embarazadas que acuden al control prenatal, 5 son adolescentes de entre 10 a 19 años (Área de salud PVM, 2012).

Los profesionales de la salud del centro de salud Vicente Maldonado ante la realidad de adolescentes embarazadas que acuden al control prenatal han manifestado su preocupación, lo que ha generado reuniones de trabajo para replantear las estrategias y buscar mejoras en la accesibilidad al servicio de salud sexual y reproductiva y ofrecer asesoría profesional en planificación familiar. (Área de Salud Pedro Vicente Maldonado, 2012)

1.2.1 Preguntas principales:

¿Cuál es la prevalencia de embarazos subsecuentes en Pedro Vicente Maldonado entre las adolescentes que viven en dicho cantón?

¿Cuáles son los factores sociodemográficos que llevaron a tener un nuevo embarazo?

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las madres embarazadas en temas de sexualidad, el uso de métodos anticonceptivos, la percepción y actitudes frente al embarazo actual?

¿Los factores psicosociales, familiares y de pareja influyen para un nuevo embarazo?

¿Qué factores influyen en el acceso al servicio de salud?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar los factores relacionados con el embarazo subsecuente y las experiencias vividas durante el desarrollo del embarazo en las adolescentes de 10 a 19 años del cantón Pedro Vicente Maldonado.

1.3.2 Objetivos Específicos

Conocer la prevalencia de embarazos subsecuentes en adolescentes en el cantón Pedro Vicente Maldonado.

Describir los principales factores sociodemográficos relacionados con el embarazo subsecuente.

Describir el nivel de conocimientos de MAC, ITS, y uso de anticonceptivos, prácticas sexuales y la percepción sobre las creencias de la planificación familiar.

Identificar los factores familiares, de pareja y los aspectos psicosociales relacionados con el embarazo subsecuente.

Determinar los factores relacionados con el acceso de las adolescentes al servicio de salud y el embarazo subsecuente.

1.4 Justificación.

Desde hace algunos años el embarazo en la adolescencia es considerado un problema de Salud Pública y no por el embarazo como tal, sino por sus complicaciones en la salud de la madre y recién nacido como también las consecuencias que conlleva al enfrentarse con una nueva responsabilidad a su temprana edad como es la manutención, el cuidado del recién nacido y el cambio frente a la sociedad. (Guevara, 2008)

Escobar, señala en su trabajo que el embarazo subsecuente es un problema social, porque se ve afectado el desarrollo de la madre adolescente como tal y se interrumpe la posibilidad de continuar con los estudios, el desarrollo personal la dependencia laboral, explotación en el trabajo, incremento de la pobreza, la opción de unirse a una pareja para una supuesta estabilidad. (Escobar, 2006)

Cabe recalcar que es importante tomar en cuenta como causas principales las características propias de la adolescencia como son: las dificultades para prever, para tomar decisiones, para comunicarse de manera asertiva y negociar.

En el cantón Pedro Vicente Maldonado no se ha encontrado bibliografía que indique estudios sobre el embarazo subsecuente en adolescentes.

En la consulta externa a diario se ha observado madres adolescentes o adolescentes embarazadas que acuden al control prenatal ya sea por el primero, segundo o tercer embarazo. Esta situación permitió definir el tema relacionado al embarazo subsecuente en la adolescencia debido a que la mayoría expresan que al parecer no saben cómo evitar el embarazo y que no utilizaron métodos anticonceptivos y las que utilizaron no le resultó efectivo así como los factores que influyen. (Área de Salud PVM, 2012).

El presente estudio de factores relacionados con el embarazo subsecuente y la percepción de las experiencias vividas por las adolescentes del cantón Pedro Vicente Maldonado, busca aportar datos útiles para la implementación de estrategias en la prevención del embarazo subsecuente en madres adolescentes.

1.5 Hipótesis

La prevalencia del embarazo subsecuente en mujeres adolescentes está relacionado con factores sociodemográficos como la escolaridad, estado civil, ocupación, procedencia, entre factores psicosociales y familiares el inicio temprano de actividad sexual, ser hijas de madres adolescentes, los relacionados con el embarazo anterior y el escaso uso de métodos anticonceptivos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. LA ADOLESCENCIA

Según la Organización Mundial de la Salud, define a la adolescencia como el “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva que transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica, fija sus límites entre los 10 y 19 años” y la juventud abarca entre los 15 y 24 años. La población juvenil está entre 10 y 24 años. (Issler, 2001).

Constituye una etapa de grandes cambios del ser humano, donde es importante una buena comunicación entre padres e hijos y una educación sexual bien dirigida de tal manera que genere una calidad de vida exitosa.

La adolescencia, periodo de transición, crecimiento, exploración y oportunidades, en el que experimentan cambios físicos, psicológicos y de profunda transformación con respecto a las interrelaciones personales que marcará la vida de adultos no solo en el aspecto sexual y reproductivo sino en la vida productiva y económica.

2.1.1. Clasificación de la adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud OMS, la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años y dicha clasificación está basada en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad de éste grupo poblacional (Issler, 2001). Para fines operativos ha sido dividida en tres etapas que son:

a) Adolescencia Temprana: (10 a 13 años)

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, se produce un influjo hormonal, generador de necesidades novedosas, las amistades son fundamentalmente del mismo sexo, la impulsividad, labilidad emocional, búsqueda de solidaridad y comprensión entre pares.

b) Adolescencia Media: (14 a 16 años)

Existe una separación de la familia, la elección y cercanía con las amistades grupales o en pareja, experimenta preocupación por transformaciones corporales, completa la maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede darse experiencias sexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (pensamiento mágico), la preocupación por los cambios físicos y la manifestación corporal ante los demás.

c) Adolescencia Tardía: (17 a 19 años)

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.

Cuando se refiere a la adolescencia se habla de crecimiento físico, psicológico y del desarrollo sexual como también su capacidad reproductiva en el tiempo menos esperado. Es por ello que la educación debe estar encaminada al fortalecimiento de la responsabilidad ante la sexualidad como a la incorporación de principios y valores en el seno de la familia.

2.2.Sexualidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS "la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencia o se expresan siempre. La sexualidad está influenciada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales,

económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales" (OMS, 2006)

2.2.1. La salud sexual y salud reproductiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud sexual como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."

Estos dos organismos consideran que, para lograr y mantener la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."

Según el informe de la conferencia Internacional de Población y Desarrollo define "La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos y de procrear; y, la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia".

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información sobre planificación de la familia a su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan a las parejas a tener embarazos y partos sin riesgos(UNFPA, 2008).

2.3. Embarazo en adolescentes

Embarazo adolescente se lo define como "el que sucede dentro de los dos años de edad ginecológica, tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente mantiene total dependencia social y económica de la familia" (Issler, 2001)

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. (Plan Andino, 2008).

El embarazo en la adolescencia por sí mismo genera preocupación en muchos sectores sociales a nivel mundial especialmente en los países en desarrollo. Es así que por las condiciones adversas de enfrentarse con sus familiares y cuando está frente a una situación compleja para tomar la decisión de continuar o interrumpir el embarazo, salvo que al tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de la adolescente y en este caso el embarazo no constituye un problema debido a que es deseado. (UNICEF, 2012)

2.3.1. Factores que influyen en el primer embarazo de adolescentes

Las adolescentes de estratos sociales empobrecidos, con escasa educación o procedentes de áreas rurales "son más proclives a quedar embarazadas que las adolescentes de mejores condiciones económicas, mejor nivel educativo y residente en zonas urbanas". Asimismo, las niñas que pertenecen a una minoría étnica o a un grupo marginado, o que tienen un acceso limitado o nulo a la educación sexual y reproductiva tienen un mayor riesgo de concebir a una edad temprana, (UNFPA, 2013)

Entre los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una variedad, los cuales se agrupan en tres categorías:

a) Factores de riesgo individual

Caracterizada por los cambios biológicos como la menarquía precoz; y, psicosociales como: la baja autoestima, personalidad inestable, poca confianza, falta de actitud preventiva,

conductas de riesgo, abuso de alcohol y drogas, deserción escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida y para planear proyecto de vida a largo plazo.

Además el inicio temprano de la actividad sexual, estar mucho tiempo a solas, tendencia a la reproducción del modelo materno, bombardeo de programas que incitan a las relaciones sexuales, para conseguir pareja y que ayude a sobrevivir económicamente, por su incomprensión con los padres y para huir de un ambiente hostil en el hogar.

La adolescente con baja autoestima, recibe atención y justifican la actividad sexual e incluso el embarazo (Baeza, 2007)

b) Factores de riesgos familiares

Se consideran: la falta de afecto y comunicación, maltrato físico, crisis familiar, familias extremistas muy estrictas o permisivas, familias disfuncionales, antecedentes de madre con embarazo en la adolescencia y hermana adolescente embarazada, baja escolaridad de los padres, padre ausente y la falta de orientación.

c) Factores de riesgos sociales

Existe un bombardeo intenso de publicidad en la inducción a las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar, el bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, inseguridad, alcoholismo, la residencia rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y el predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes (Bustamante, 2008)

Entre los factores socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades, esta se describe en términos de su ingreso económico, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a los servicios de salud (Andrade, 2009)

2.4. Embarazo subsecuente en la adolescencia

El embarazo subsecuente en la adolescente, aquel que se presenta luego de un parto, aborto o cesárea, presentándose en un período intergenésico de uno y dos años (Escobar, 2006).

2.4.1. Situación del embarazo subsecuente.

Es natural pensar que luego de un embarazo subsecuente, las consecuencias propias de la gestación durante la adolescencia, marcarán un impacto mayor sobre la madre, el hijo/a, el entorno familiar y la sociedad.

Según la Organización Mundial de la Salud, a nivel mundial para el 2001, reportó que el 12,5% de todos los nacimientos en Estados Unidos fueron de madres adolescentes, de quienes el 4,0% tenían dos gestaciones.

Según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, señala que en América Latina y el Caribe, la fecundidad adolescente muestra una tendencia hacia arriba en relación a otros países del mundo y se calcula entre 25 y 108 de cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años son madres.

De acuerdo al informe del **Estado Mundial de la Población 2013** señala que, por ejemplo, *Nicaragua* es el país latinoamericano con el porcentaje más alto (28,1 %) de mujeres de 20 a 24 años que informan haber dado a luz antes de los 18 años, *Honduras* el 26,1 %, *República Dominicana* (24,8 %), *El Salvador*, *Guatemala* (24,4 %), *Ecuador* (21 %), *Bolivia* (20 %), *Colombia* (19,7 %), *Brasil* (16 %), *Haití* (15 %), *Perú* (14,4 %), *Paraguay* (13,2 %) y *Cuba* (9,4 %). (UNFPA, 2013).

Según la bibliografía revisada, señala que el inicio temprano de las prácticas sexuales en los/as adolescentes asociado con una inadecuada información sobre salud sexual y reproductiva y la falta de asesoramiento en el uso de los métodos anticonceptivos, genera una alta probabilidad de embarazos no deseados a repetición dando como resultado adolescentes multíparas poniendo en riesgo su vida. (Beltrán, 2006)

Carballo (1998) señala estudios realizados en Costa Rica, donde el número de adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad incrementó de un 15.8% a un 19% para el período entre los años 1990 y 1994 (Proyecto Estado de la Nación; 1996). Para el año 1994 las adolescentes representaban el 41.3% de las primíparas y el 7.6% de las múltiparas del total de la población.

En Ecuador el 2010 en mujeres adolescentes de 10 a 14 años, el 89% tiene un hijo y el 11% dos hijos; y, en adolescentes de 15 a 19 años, el 81% tienen un hijo, el 16% dos hijos, el 2% tres hijos y el 1% tiene cuatro hijos (Censo de Población y vivienda 2010)

La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos (Plan Andino)(Guijarro, 2008).

En un estudio realizado por Romo en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora en el 2012 reportó la atención de un total de 2.314 partos de adolescentes entre los 10 a 19 años y al menos el 20% de todas las adolescentes atendidas que formaron parte del estudio han cursado un embarazo anterior, el 13% ha tenido un parto previo, el 2,5% una cesárea y finalmente un 7,1% un aborto (Romo, 2013). Dado en parte al inicio de relaciones sexuales precoces y de un patrón tradicional de hijas concebidas por madres cuando fueron adolescentes, sumado la escasa instrucción y condición socio-económica y la desnutrición infantil. (Escobar, 2006)

Escobar, D. et al, en su estudio “Factores de riesgo relacionados con embarazo subsecuente en adolescentes” realizado en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora en un grupo de 150 adolescentes embarazadas, demostró que en el grupo de adolescentes con embarazos subsecuentes el promedio de edad fue de 15 años, el 81% de estas mujeres pertenecía a un nivel medio y el 75% tenía pareja estable. Concluye señalando que las adolescentes con embarazos precoces, pareja estable, la no utilización de MAC y la falla de los mismos y de estrato social bajo tienen mayor riesgo de embarazo subsecuente (Escobar, 2006)

2.4.2. Factores de riesgo del embarazo subsecuente en la adolescencia

Es importante resaltar que en la bibliografía revisada se encuentra estudios realizados sobre los múltiples factores socioculturales y psicológicos que influyen tanto en el primer embarazo como en el embarazo subsecuente de la adolescente, entre los cuales están el inicio temprano

de relaciones sexuales, bajo nivel económico, familias disfuncionales, la desestructuración familiar, el bajo nivel educativo, proyecto de vida poco claro o centrado en la maternidad, la falta de educación en sexualidad, las interacciones sociales deficientes, poca habilidad para tomar decisiones, el poco acceso a métodos de anticoncepción, entre otros. (Baeza, 2007)

Según Escobar, J. quien toma de Ruoti (2005) señala la clasificación de los factores de riesgo para el embarazo subsecuente de las adolescentes, la misma que ha sido tomada para la presente tesis y adaptándola a la realidad local.

Factores Socio demográficos

Se caracteriza por ser: la residencia en zonas rurales, estado civil, pobreza, bajo nivel de educación y ser parte de las minorías étnicas sin que este sea un factor de mayor relevancia.

Factores Psicosociales

Estos factores se caracterizan por disfunción familiar, no vivir con los padres o hacerlo con uno solo, estar casada o hacerlo durante el embarazo, nueva pareja o parejas ocasionales y pareja inestable.

Factores vinculados al embarazo

Dentro de estos factores está el primer embarazo, así también el deseo de tener un hijo en menos de dos años, pérdida del primer embarazo (sea por aborto o muerte perinatal), la falta de asesoría en anticoncepción al recibir el alta.

Casi todos los autores coinciden en que factores sociodemográficos, psicosociales, culturales y familiares se relacionan en la ocurrencia del embarazo subsecuente en adolescentes, lo que se confirma que las adolescentes embarazadas que acuden a la consulta pertenecen a familias de baja condición socio económica, procedencia rural, con una educación básica, convivencia con pareja a temprana edad, entre otras (UNFPA, 2013).

En general, las adolescentes que ya son madres coinciden que no desean un nuevo embarazo sino cuando su hijo sea grande. Sin embargo la mayoría no utiliza un método anticonceptivo moderno. Dentro de este contexto existe un grupo de adolescentes que tienen varios

embarazos con periodos intergenésicos cortos, en quienes disminuye aún más las oportunidades de desarrollo de la mujer y de su familia afectando la calidad de vida. (Lammers, 2000).

El embarazo subsecuente en este grupo etario lleva a pensar que es producto de un fracaso en el sistema de atención en salud sexual y reproductiva, lo que implica que es importante la atención del control prenatal, control posparto y del recién nacido, momento oportuno para asesorar, orientar y educar sobre métodos de anticoncepción tanto a la adolescente, pareja y la familia, así también el seguimiento a través de la visitas en el domicilio tras el parto, aborto o cesárea. (Escobar, 2006).

2.4.3. Consecuencias psicosociales del embarazo subsecuente.

Se reconoce que luego de un embarazo subsecuente, las consecuencias propias de la gestación durante la adolescencia, marcarán un impacto potencial sobre la madre, su hijo/a, entorno familiar y a la sociedad.

Escobar, J toma de Gordon C.S. para señalar los riesgos que conlleva el embarazo en la adolescencia entre los cuales se distinguen.

Consecuencias para la Madre adolescente.

- Riesgo de deserción escolar y baja escolaridad.
- Desempleo, ingreso económico reducido
- Riesgo de separación, divorcio o abandono.
- Aumento del estrés y trastornos emocionales.

- Sentimientos de baja autoestima por la reacción de la familia o la pareja y la frustración de no poder planificar su proyecto de vida.

Consecuencias para el Hijo/a de madre adolescente.

- Alto riesgo de abuso físico
- Negligencias en los cuidados de salud y nutrición

- Retardo del desarrollo psíquico y emocional
- Alta proporción de hijos ilegítimos o desprotegidos
- El riesgo psico-social para el bebé se ve afectado su desarrollo y adaptación por el rechazo familiar y social debido a que en la mayoría no es deseado.

Consecuencias socio-culturales del embarazo en adolescentes.

Tanto el primer embarazo y embarazo subsecuente en la adolescencia a más de ser un problema de salud, constituye un problema de carácter social que conlleva a la continuidad de la pobreza y miseria desencadenando crisis psicológicas y sociales como depresión, intentos suicidas, 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. (Issler, 2001)

2.4.4. Complicaciones clínicas del embarazo subsecuente

La maternidad en las adolescentes implica riesgo para la salud materno fetal desde su inicio, en su mayoría los embarazos no son deseados y por lo tanto, no acuden de manera temprana a la atención prenatal. El embarazo subsecuente en unos casos también trae complicaciones debido a la inmadurez biológica de sus órganos. Los datos obtenidos en estudios realizados en varios países, muestran que el riesgo de muerte materna en mujeres menores a 20 años, es mayor que en el resto de las edades. (Llanes, 2006)

a) Complicaciones clínicas para la madre:

- Hipertensión arterial inducida por el embarazo tiene una incidencia de cuatro veces mayor que la población general.
- alteraciones en el peso materno, anemia y desnutrición
- Complicaciones renales, las infecciones de vías urinarias ocurre en una de cuatro a cinco gestantes adolescentes
- Parto por cesárea debido a la desproporción céfalo pélvica
- Desgarros cervicales y por ende hemorragias profusas.

- Hemorragias uterinas complicaciones presentadas en el trabajo prolongado de la labor de parto.
- Retraso del crecimiento intrauterino, debido a la inmadurez uterina.
- Aborto producido por inmadurez orgánica.
- En ocasiones los adolescentes son obligados a un matrimonio precoz y forzado, terminando en muchos casos en divorcio.
- En ocasiones los abuelos/padres cumplen roles para los padres adolescentes y nietos, creando confusión de afectos por parte de los hijos.

b) Complicaciones para el recién nacido

Con respecto a los hijos de adolescentes existe mayor probabilidad de nacer prematuros, con bajo peso y la mortalidad en los primeros años de vida es más alta que aquellos que nacen de madres mayores de 20 años. (Mendoza, 2012). (Escobar, 2006)

- Bajo peso al nacer
- Anemia, Desnutrición
- Niños prematuros
- Desproporción céfalo-pélvica
- Trabajo de parto prolongado
- Trastornos respiratorios y traumatismos obstétricos con graves consecuencias neurológicas.
- APGAR bajo
- Malformaciones congénitas

2.5. Actitud y percepción frente al embarazo subsecuente.

Es de vital importancia el conocimiento de la situación de las madres adolescentes con embarazo subsecuente y los factores de riesgo para emprender acciones de educación y prevención.

Las madres adolescentes coinciden que el segundo embarazo no fue planificado y se presentó en un periodo intergenésico muy corto. En un trabajo de investigación realizado por Fonseca, quien toma de Population Reports 2002, señala que mientras las mujeres tengan su primer

hijo a tempranas edades tienden a presentar intervalos más cortos, por lo que también su paridad tiende a ser mayor. (Fonseca, 2006).

En consecuencia se considera que la mayoría no utilizan consistentemente métodos anticonceptivos debido a una deficiente orientación. Para dar una respuesta a esta inquietud, estudios realizados en otros países señalan que el uso irregular de métodos anticonceptivos en adolescentes se relaciona con una serie de factores como la desinformación y el mal uso de los métodos anticonceptivos antes y después del primer embarazo, la falta de orientación para prevenir embarazos no deseados, la actitud positiva hacia un nuevo embarazo, entre otros. (Plan Andino, 2009)

2.6. Rol de los servicios de salud y la prevención del embarazo subsecuente.

El papel de los sistemas e instituciones de salud que se encargan de la atención a las/os adolescentes es fundamental. Sin embargo los servicios de salud aún no han alcanzado un nivel suficiente y adecuado en relación con la educación en salud sexual y reproductiva en la adolescencia, esto es debido a que se observa adolescentes que acuden a los servicios de salud con su primer o segundo embarazo y durante el control de su niño/a en busca de atención.

Es cierto que los servicios de salud cumplen un rol importante en la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes, para lo cual es necesario disponer de profesionales técnicamente capacitados para brindar la información y asesoría oportuna de tal manera que las adolescentes puedan escoger el MAC acorde a sus necesidades.

Estudios realizados por Guijarro en los Hospitales Gineco-Obstétrico Isidro Ayora y Enrique Garcés de la ciudad de Quito durante 2009-2010, muestran que el trabajo con 130 adolescentes con embarazo subsecuente, 107 que corresponde al 82.3% indicaron que no planificaron este embarazo subsecuente; el período intergenésico, en promedio fue de 10,6 meses, menor que lo referido por otras experiencias. De las 104 que recibieron consejería en planificación familiar durante su contacto con el sistema sanitario, 95 manifestaron que estas charlas fueron útiles para la aplicación de la planificación familiar.

2.7. La planificación familiar, medida preventiva del 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. Ayudado por la orientación sobre la aplicación de métodos anticonceptivos seguros y eficaces.

La promoción de la planificación familiar a la mujer y parejas en el contexto de ampliar una información adecuada sobre MAC con la finalidad de posponer y espaciar los embarazos en apoyo a la salud materna y al desarrollo de las comunidades.

Se observa que hoy en día los servicios de Salud disponen de una gama 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).

2.8. Experiencias de la educación sexual con adolescentes en otros países

En el trabajo de Alfaro, da a conocer que la OMS analizó 35 estudios sobre programas de educación sexual en escuelas de todo el mundo y llegaron a la conclusión de que la educación sexual no conduce a la actividad sexual a tempranas edades. Además de los 35 estudios citados, 16 encontraron que el inicio de la vida sexual se retrasó entre los jóvenes con educación y entre quienes tenía vida sexual activa hubo un descenso en el grado de actividad sexual o un incremento en las prácticas de sexo seguro (Alfaro, 2001).

En Chile, dio un impacto significativo un programa de educación sexual en las escuelas, encontrando cambios conductuales en relación a la prevención del embarazo con el uso de MAC eficientes (Alfaro, 2001).

En Perú, en un estudio realizado se encontró que el 54% de las adolescentes sexualmente activas de 15-19 años no embarazadas usaron anticonceptivos porque deseaban evitar el embarazo (Alfaro, 2001).

En Brasil, realizaron un estudio con 32 adolescentes y encontraron que 30 de ellas conocían algún método al momento de la primera relación sexual, tan sólo 15 usaron alguna protección (Alfaro, 2001).

En Argentina, se encontró que el 86% de los encuestados acusaron a los adultos de no decir la verdad cuando se les preguntaban aspectos de la sexualidad. Sin embargo la escasa información lo recibe a través de los amigos (Alfaro, 2001).

En Cuba, al igual que en otras partes de Latinoamérica, las adolescentes tienen conocimientos de los MAC, sin embargo el no uso de los mismos es muestra de una escasa o inadecuada educación sexual (Alfaro, 2001).

En México, impartieron talleres vivenciales sobre temas de sexualidad a 4500 estudiantes de secundaria encontrando que, antes de los mismos tenían dificultades e inquietudes en el desarrollo de su sexualidad y posterior a estos talleres se aclararon sus dudas por ende desarrollaron responsabilidad con su sexualidad, favoreciendo la disminución de embarazos no deseados y abortos en esta población (Alfaro, 2001).

El UNFPA (2007) señala que un 50% de las/os adolescentes (10 a 19 años) de la subregión NO conoce la tableta de anticoncepción de emergencia (PAE), vasectomía, condón femenino, los implantes y la etapa fértil de su ciclo ovárico.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, transversal no experimental puesto que se desea conocer en base a una muestra, la prevalencia del embarazo subsecuente en adolescentes (Hernández, 2000). Para ello tiene tres componentes de análisis:

- 1) Componente cuantitativo
- 2) Componente cualitativo
- 3) Triangulación

Para el análisis cuantitativo, se realiza la recopilación de datos mediante la encuesta a las adolescentes embarazadas que asistieron a las unidades de salud de Pedro Vicente. Para el procesamiento de datos se utilizará el programa estadístico SPSS versión 18.0 para Windows.

Con respecto al diseño cualitativo, permite describir y refinar preguntas de investigación. Es decir donde se refuerzan con la entrevista en profundidad a una de las participantes de tal manera que ayuda a profundizar la percepción del embarazo subsecuente, su posicionamiento y a la vez comprender los factores que determinan y condicionan al mismo, debido a que en la realización de la encuesta en este grupo etario se expone a un sesgo en la información dado el matiz de las preguntas. (Sandoval, 2002).

Esta investigación corresponde a los llamados estudios multi métodos, en los cuales se usan métodos cualitativos y cuantitativos. Desde este enfoque, se pueden presentar distintas opciones en el uso conjunto de métodos (Becerra, 2007, pág. 22).

Con la finalidad de fortalecer la metodología en la presente investigación se realiza la triangulación según Denzin (1978), mencionado en el trabajo de Okuda, que es la combinación de métodos y la observación del fenómeno, lo que va a permitir la superación de los sesgos propios de la metodología aplicada. (Okuda y Gómez, 2005).

La triangulación se aplicó a fin de contrastar los distintos instrumentos de recolección de datos (grupos focales, cuestionarios, entrevistas y notas de campo) y analizar el material tanto cualitativo como cuantitativamente. (Stasiejko, s/f) (Vallejo, 2009)

Para cada una de las metodologías mencionadas se ha establecido por áreas principales que describe, correspondientes a los objetivos de la tesis, tomado del estudio de Ruoti (2005) y adaptado por la autora para profundizar el análisis y las recomendaciones.

- La prevalencia de embarazos subsecuentes
- Influencia de los factores sociodemográficos.
- El nivel de conocimientos en temas de sexualidad, métodos anticonceptivos y las percepciones de la planificación familiar.
- Aspecto psicosociales, relaciones familiares y de pareja.
- Los factores que intervienen en el acceso de los/as adolescentes a los servicios de salud.

3.2. Descripción del área de la investigación.

El cantón Pedro Vicente Maldonado, zona rural del Noroccidente de la provincia de Pichincha, según la proyección del INEC 2013 tiene una población de 13.142 habitantes, de los cuales el 52.11% son hombres y 47.88 % son mujeres. Por tanto el 62% reside en la zona rural y 38% de habitantes en la cabecera cantonal.

De los cuales 2.927 son población adolescentes de 10 a 19 años (22.27%); el 11.2% son adolescentes mujeres. La tasa de crecimiento anual en este cantón entre los años 2001 y 2010 bordea aproximadamente el 2,7% (INEC, 2010).

Distribución de la población por grupos etarios en el Cantón Pedro Vicente Maldonado, según la proyección de población del 2013:

Menores de 1 año son 331 personas equivalentes al 2.28%; de 1 a 4 años son 1509 personas siendo un 10.39%; de 5 a 9 años son 1736 personas definidas como el 11.95%, de 10 a 14 años 1547 siendo un porcentaje del 10.65%, de 15 a 19 años son 1458 personas siendo un 10.03%; de 20 a 64 años son 6807 personas con un 46.85%; de 65 y más son 725 equivalente al 5% y el

dato que interesa en este trabajo es el de embarazadas con un total de 414 equivalentes al 2.85%(INEC, 2013)

De acuerdo al censo del 2010, el 78.61% son mestizos, 6.17% de blancos, 2.61% de indígenas, 9.65% Afro ecuatoriana, 2.8% de montubio y 0.15% otros.

La principal actividad económica es la agricultura, cultivo de palmito, palma africana, árboles frutales y otros. La tasa de matrícula en educación básica es del 88,6% y el bachillerato con 38,17%, lo que cuenta de la alta deserción en este sector, generando la expectativa de bajos niveles de años de escolaridad.

Oferta de los servicios de salud en el cantón

La unidad de salud del Ministerio de Salud Pública con los servicios de medicina general, obstetricia, odontología, psicología, enfermería, laboratorio y farmacia, y; los dispensarios del Seguro Social Campesino, medicina general. Entre los privados, la Corporación Comunitaria Hospital Pedro Vicente Maldonado, medicina familiar, especialista de llamada, cirugías programadas, laboratorio, imagenología, farmacia, emergencia las 24 horas. La Fundación para Asistencia Médica al Ecuador (FAME), Consultorios médicos particulares. (GAD Pedro Vicente Maldonado, 2012)

Accesibilidad a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud se ve limitada para las poblaciones residentes en los alrededores de la cabecera cantonal, debido a las distancias y vías de tercer orden, teniendo como promedio de 30 km entre las comunidades rurales y las unidades de salud del cantón. Cabe señalar que en el contexto sociocultural en el que se desenvuelven la población acuden a la medicina tradicional como curanderos, sobadores y parteras/os (GAD Pedro Vicente Maldonado, 2012)

3.3.Población de estudio.

Con la finalidad de definir la población de estudio cabe señalar la población geográfica, para determinar las especificaciones en la investigación y evaluar las hipótesis sobre los factores que influyen en el embarazo subsecuente de la mujer adolescente. La población de

estudio constituyó las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad del cantón Pedro Vicente Maldonado.

Criterios de inclusión:

- Todas las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acudieron a las entidades de salud: públicas, privadas y a las ONGs del cantón Pedro Vicente Maldonado.
- Adolescentes que residen en el cantón Pedro Vicente Maldonado y que no acuden a los controles prenatales captadas a través de visitas domiciliarias.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes embarazadas que no residan en el cantón Pedro Vicente Maldonado.
- Adolescentes que no aceptaron ser entrevistadas.

Para obtener una muestra representativa de las adolescentes embarazadas de entre las unidades del Ministerio de Salud y otras entidades de salud, se tomó en cuenta su cobertura de atención y se realizó una regla de tres obteniendo el número de usuarias para el estudio por cada entidad.

Universo y muestra

El universo estuvo conformado de 264 adolescentes embarazadas de 10 a 19 años atendidas en las unidades de salud tanto pública y privadas del cantón Pedro Vicente.

Del universo se obtuvo una muestra, por muestreo aleatorio simple para variable cualitativa y universo finito. Representado en la siguiente fórmula:

Tabla 1. Cálculo de la Muestra

Simbología	Adolescentes embarazadas
N	264
Z	1,96
Nivel de error estimado (e)	5%
Nivel de confianza	95%
Proporción (p)	25%
Tamaño muestral calculado	114,7
Total encuestadas	140

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

$$n = \frac{264 * 0,25 * 0,75 * 1,96^2}{(264-1) (0,05)^2 + 0,25 * 0,75 * 1,96^2}$$

$$n = 190,15/1,3778$$

$$n = 140$$

3.4. Componente cuantitativo

Con la finalidad de captar a las adolescentes embarazadas posibles se realizó la búsqueda en las unidades de salud y se organizó bajo los siguientes criterios:

3.5. Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de la información se elaboró una encuesta estructurada (anexo 1) la cual consistió en un cuestionario de preguntas cerradas, tomadas de la encuesta INJUV sobre educación sexual, factores sociodemográficos, aspectos psicosociales y relacionadas al embarazo adolescente, validada por el Instituto Nacional de la Juventud en Chile (INJUV, 2010) y aplicada en adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años en todas las regiones de Chile. Dicho instrumento se adaptó a la realidad local con ciertas modificaciones para cumplir con los objetivos de la presente investigación.

Con la finalidad de que tenga la mejor actitud sobre el tema y puedan escoger la respuesta que estimen verdadera, se utilizaron las opciones dicotómicas y de categorías diversas. Además se incluyeron otras opciones como del no sé, a veces y también respuestas numéricas.

3.5.1. Método y procedimiento de recolección de información

Previo al trabajo de investigación se solicitó la aprobación de Comité de bioética de la Escuela de Salud Pública de la Universidad San Francisco de Quito.

Además se obtuvo el permiso correspondiente de las autoridades de las entidades de salud y de educación del Cantón Pedro Vicente Maldonado.

Con la finalidad de mantener contacto y seguimiento de las adolescentes embarazadas elegidas y a lo largo del estudio, se dio preferencia a aquellas embarazadas que cursaban los tres primeros meses de embarazo con quienes se pudo comenzar el proceso.

Para las adolescentes embarazadas que no acuden al control prenatal a entidad de salud, se utilizó una metodología de búsqueda activa. Para ello se visitó los lugares claves donde usualmente acuden los fines de semana como el mercado municipal, paradas de buses, centros educativos a distancia.

Continuando con esta búsqueda se identificó también adolescentes embarazadas que se controlaban por las parteras de la zona, quienes facilitaron la información, por lo que se realizó el contacto telefónico con las adolescentes embarazadas para programar la cita y posterior entrevista.

La información oportuna de las adolescentes embarazadas del estudio, quienes conocían a mujeres embarazadas que no acudían al control prenatal, ante esta situación se utilizó la técnica en cadena la “bola de nieve”, lo que permitió el acercamiento de más adolescentes embarazadas.

De igual forma se acudió a las ONG como el Centro de Investigación, Promoción y Educación Popular (CIPEP) y la Federación Ecuatoriana del Noroccidente de Pichincha para el Desarrollo Comunitario (FENPIDEC), donde proporcionaron información de adolescentes embarazadas, quienes reciben talleres de capacitación.

3.5.2. Validación de la encuesta (piloto)

El estudio piloto se realizó en los cantones de San Miguel de los Bancos y Puerto Quito, dado que presentan una población con características similares al campo de estudio. Se aplicó 33 encuestas la misma que fue de carácter anónimo y auto administrado, previo información y autorización de las participantes.

Gracias a la encuesta piloto, se logró determinar tiempo de duración de la encuesta que fue de 8 a 10 minutos para las encuestadas mayores de 15 años y un promedio de 18 minutos para las adolescentes menores de 15 años; además permitió mejorar la terminología y cambiar en varias preguntas las opciones “no sé”, “a veces” de tal forma que sean comprensibles para las adolescentes, así también la incorporación de nuevas preguntas.

Por lo tanto se procedió a realizar algunos cambios:

- Mejora de las alternativas de respuesta en aquellas preguntas que fueron confusas, y que no fue posible utilizar la escala tipo Likert.
- Se revisó el tipo de categorías de algunas preguntas, tales como la escolaridad, para mejor comprensión y hacerla comparativa con otros estudios.
- Mejora de la comprensión de algunas preguntas como son la ocupación o actividad a la que se dedica, el trato de la familia en el hogar, la fuente de información sobre los métodos de anticoncepción, el conocimiento sobre las consecuencias en la salud y vida de la adolescente embarazada.
- Se identificó que los padres podrían interferir en el desarrollo de la encuesta, por ello se tomó en cuenta este aspecto para la aplicación de la encuesta definitiva.
- Con la finalidad de enriquecer la información y comparar con otros estudios se incorporó preguntas como edad de la madre cuando tuvo su primer hijo/a. el motivo del embarazo y el lugar donde ha pensado dar a luz a su hija/o.
- Posterior a la aplicación de la encuesta, se determinó que la variable “Embarazo subsecuente” esta sería creada a partir de la pregunta “cuántas veces ha estado embarazada”, lo que determinaría el número de embarazos.

Equipo de trabajo y tiempo de recolección en el campo

Para el levantamiento de la información se acudió a los diferentes puntos de recolección de datos.

Es así que se estableció un cronograma para realizar el trabajo de campo en cada establecimiento de salud; pública y privada; y, consultorios empíricos, siendo de una semana por cada establecimiento y de tres semanas para las salidas a comunidades. Previo a este cronograma se hizo las consultas respectivas en el departamento de admisiones de los establecimientos de salud sobre direcciones y números telefónicos de las participantes, lo que nos permitió contactarnos y planificar las visitas domiciliarias en los barrios y en el área rural. Para salir fuera del perímetro urbano se contó con el apoyo del transporte de la unidad operativa del Ministerio de Salud, las ONGs y en otras ocasiones la utilización de buses de pasajeros que ingresan a los recintos de tal manera que se logró el acercamiento y la obtención de datos.

Cabe resaltar que las adolescentes con embarazo subsecuente contactadas telefónicamente manifestaron que sus embarazos habían terminado una en aborto, una en parto prematuro y una se cambió de domicilio fuera del cantón, por lo que se decidió no contar con estas personas para el estudio.

3.5.3. Aplicación de la encuesta

Las participantes fueron informadas debidamente sobre el objetivo del presente estudio antes de someterse a la entrevista, donde se les indicó sobre el grado de confidencialidad de la información, es decir la garantía de que se guardará la información bajo un código de seguridad, al que tiene acceso la investigadora. Tras la explicación y aceptación, las adolescentes firmaron el consentimiento informado. (Anexo 2)

Las encuestas fueron aplicadas en la modalidad auto administrado en lo posible sin la intervención del entrevistador.

A todas las adolescentes embarazadas invitadas a participar en el estudio aceptaron de la mejor forma la aplicación de la encuesta, tanto de la zona rural como urbana. Siendo un total de 140 encuestas.

Operacionalización de variables

Tabla 2. Variables de estudio

VARIABLE	CATEGORÍA	TIPO
Edad	Datos demográficos	Cuantitativa
Estado civil	Datos demográficos	Cualitativa
Escolaridad	Datos demográficos	Cualitativa
Ocupación	Datos demográficos	Cualitativa
Lugar de Residencia	Datos demográficos	Cualitativa
Inicio de vida sexual	Datos demográficos	Cuantitativa
Edad gestacional	Datos demográficos	Cuantitativa
Embarazo subsecuente	Datos demográficos	Cuantitativa
Fuente de información sobre sexualidad	Nivel conocimientos	Cualitativa
Conocimientos del uso del condón	Nivel conocimientos	Cualitativa
Uso del condón	Nivel conocimientos	Cualitativa
Métodos de anticoncepción utilizado	Nivel conocimientos	Cualitativa
Embarazo en la primera relación sexual	Nivel conocimientos	Cualitativa
Creencias en el riesgo de embarazo si mantiene relaciones sexuales sin MAC	Nivel conocimientos	Cualitativa
Conocimiento sobre ITS	Nivel conocimientos	Cualitativa
Conoce las consecuencias del embarazo adolescente	Nivel conocimientos	Cualitativa
Percepción sobre la necesidad de educación sexual	Nivel conocimientos	Cualitativa
Edad de la madre de la adolescente cuando tuvo su primer hijo o hija	Relación Familiar / Aspectos psicosociales	cuantitativa
Convivencia con los padres antes del embarazo actual	Relación Familiar / Aspectos psicosociales	cualitativa

Calificación de la relación familiar	Relación Familiar Aspectos psicosociales	cualitativa
Convivencia Actual	Relación Familiar Aspectos psicosociales	cualitativa
Reacción ante la prueba positiva del embarazo	Aspectos psicosociales	Cualitativa
Precepción sobre el aborto	Aspectos psicosociales	Cualitativa
Motivos para el embarazo	/Aspectos psicosociales	Cualitativa
Embarazos terminados en abortos	Relación Familiar Aspectos psicosociales	cualitativa
Apoyo de la pareja en la planificación familiar.	Relación Familiar Aspectos psicosociales	Cualitativa
Parejas sexuales	Relación Familiar Aspectos sicosociales	Cualitativa
Consumo de alcohol en la relación sexual en la que posiblemente se embarazó	Relación Familiar Aspectos psicosociales	Cualitativa
Lugar de Control Prenatal	Acceso al servicio de salud	Cuantitativa
Tiempo de embarazo cuando acudió al primer control	Acceso al servicio de salud	Cuantitativa
Número de controles durante este embarazo	Acceso al servicio de salud	Cuantitativa
Razones para no acudir al control prenatal	Acceso al servicio de salud	Cualitativa
Lugar donde acudirá para el nacimiento de su hijo/a	Acceso al servicio de salud	Cualitativa

Elaborado: Autora

3.6. Análisis de datos:

Tras obtener las encuestas llenas se procedió a la organización de la base de datos en programa Excel, ladescripción de cada variable en tablas de frecuencia y porcentajes. Para la estadística analítica se realizó mediante pruebas de asociación y significancia en el software SPSS versión 18.0.

Estadística descriptiva

Se comenzó realizando un análisis descriptivo de cada variable, teniendo en cuenta la caracterización de las cuales se dispone y los objetivos del estudio. Para ello, fundamentalmente los datos se registran en tablas de frecuencia y porcentajes.

Estadística Analítica

Se realizó pruebas de asociación, considerando las características de las variables a fin de aplicar pruebas estadísticas: tablas de contingencia (Chi cuadrado) y para variables categóricas y numéricas la t de student.

Para ello se procedió a transformar las variables de más de dos categorías en variables de dos categorías.

3.7. Componente cualitativo

El componente cualitativo y de naturaleza fenomenológica, tomado de Mayan, M., describe la esencia de la experiencia humana vivida. A través de la recolección de datos de las conversaciones a profundidad y reflexiones profundas (Heidegger, M.1889-1976) donde hace énfasis en el entendimiento global de los sucesos.

Según Hernández, 2006, nos permite conocer las percepciones, sensaciones, el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en salud de las adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado, ya que este trabajo de investigación explora a profundidad las experiencias únicas en la vida diaria permitiendo ir más allá de la representación numérica que ofrece la investigación.

Se caracteriza por ser interactiva e inductiva entre el investigador y el investigado, siendo necesario que el investigador se introduzca en la realidad. Lo que nos deja ver que la investigación cualitativa a más del esfuerzo en la comprensión de las palabras, expresiones, gestos, lenguaje corporal y silencios de las participantes está la posibilidad de construir generalizaciones, que permite entender aspectos comunes de las personas en la realidad social y cultural, medio en el que se desenvuelve. (Hernández, 2006)

3.7.1. Metodología del componente cualitativo

Las adolescentes fueron invitadas a participar en el grupo focal mediante una carta en la que se explicaba el motivo y a la vez solicitándoles su consentimiento y aceptación, el cual fue realizado tras contactarse vía telefónica y de forma personal dentro y fuera del establecimiento de salud.

Para obtener la información deseada se realizó el trabajo en grupos focales en un lugar fuera de la unidad de salud, con la finalidad de tener un espacio de confianza y empatía con las participantes lo que permitió obtener a cabalidad la información.

Se consideró la división en grupos por edad con la finalidad de explorar una información de calidad, sobre las percepciones, sensaciones y experiencias vividas en el segundo embarazo de las madres adolescentes.

3.7.2. Técnica de recolección de la información

Como ya se mencionó antes para obtener la información se elaboró una guía de preguntas relacionadas al nivel de conocimientos de los métodos anticonceptivos e ITS, aspectos psicosociales y la relación familiar como también los relacionados a la accesibilidad a los servicios de salud.

Para el registro de la información se utilizó la entrevista semiestructurada para los grupos focales y la entrevista a profundidad, además previa autorización de las participantes se utilizó una grabadora en el desarrollo de las reuniones con las adolescentes.

Selección de las participantes

Para el trabajo en los grupos focales se tomó una muestra intencionada, a quienes se entregó la invitación en la que explica el objetivo e importancia de la participación, además fueron elegidas al momento de la encuesta y se tomó las direcciones domiciliarias y números telefónicos con la finalidad de llamar a recordar sobre la entrevista.

El número de grupos focales obedece a criterios específicos de la evaluación cualitativa, Escobar, (s/f). Se realizaron cuatro grupos focales con seis adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de preferencia con embarazo subsecuente con la finalidad de buscar convergencias y divergencias sobre las vivencias y sentimientos del embarazo. Para profundizar los temas abordados en los grupos focales se seleccionó a dos adolescentes embarazadas para la entrevista en profundidad.

G1. 6 adolescentes embarazadas de 17 a 19 años, del área urbana.

G2. 6 embarazadas de 14 a 16 años, del área urbana.

G3. 6 adolescentes embarazadas de 17 a 19 años del área rural.

G4. 6 adolescentes embarazadas de 14 a 16 años del área rural.

Para la entrevista a profundidad se tomó 2 adolescentes embarazadas de 15 y 18 años.

Mediante un cronograma de actividades se procedió al desarrollo de la discusión de los grupos focales.

Antes de comenzar con el trabajo en el grupo se dio la bienvenida y a la vez el agradecimiento por la participación, seguido se explicó los objetivos de la reunión y las reglas de las intervenciones, para lo cual se solicitó la autorización de utilizar una grabadora, puesto que serán grabadas las opiniones y criterios por lo que no queremos perder ninguno de sus comentarios.

Para este trabajo se contó con el apoyo de una moderadora, profesional de psicología con experiencia en este tipo de trabajo; una observadora, la investigadora que se alternaba con la moderadora y una asistente de la investigación y con la ayuda de una guía de entrevista.

Al inicio se dijo que estamos interesadas en conocer las opiniones sobre el embarazo en adolescentes, para ello se está realizando varias reuniones como ésta, en las que se espera que ustedes analicen el tema. Luego de presentarse cada una de las participantes, se plantearon las preguntas de apertura como: *Qué idea tienen cuando escuchan el término embarazo en adolescentes?* y *Qué ha significado para ustedes estar embarazada?*. Con respecto a la entrevista se fue modificando a medida que avanzaba el desarrollo. De esta manera, la

recolección de información se realizó en los cuatro grupos focales y posteriormente la entrevista a profundidad.

Preguntas directrices:

- Ustedes que son mamás, como se sienten ahora que están embarazadas?
- Alguien tiene idea de las consecuencias en la salud de la madre y del niño debido a los embarazos seguidos en una adolescente?
- Podrían compartir sus experiencias vividas durante este embarazo?
- Comente a qué edad tuvieron sus primeros embarazos?
- Qué opinan ustedes sobre los métodos anticonceptivos y el condón?
- Por qué creen que algunas mujeres no utilizan MAC?
- Podrían comentar cuales podrían ser las razones para un nuevo embarazo?
- Qué opinan del aborto?
- Piensan ustedes que es importante el apoyo de la pareja para cuidarse y evitar los embarazos? por qué?
- Consideran importante el control prenatal? Por qué?
- Qué opinan de la atención en el centro de salud?
- Dónde han pensado dar a luz a sus hijos?

Para finalizar la discusión del grupo se agradeció por la participación y a la vez se dejó a consideración si alguien tenía algo más por decir. Luego se procedió a ofrecerles un detalle en agradecimiento.

El conversatorio de los grupos focales tuvo una duración de una hora y veinte minutos. A parte de la grabación de las intervenciones, también se tomó notas para complementar la información y garantizar confiabilidad.

La realización de las transcripciones de cada grupo focal fue realizada por la investigadora, quien utilizó las grabaciones, apuntes y a la vez se realizó la comparación del texto y audio.

La investigadora principal, realizó las transcripciones de cada grupo focal utilizando las notas textuales y las grabaciones en audio y video. Después de la realización de cada grupo focal, se ofreció un refrigerio a las participantes.

3.8. Plan para el procesamiento de la información

Luego de obtener la información se procedió a la revisión de los audios, apuntes y los aportes realizados por las participantes obtenidos durante el desarrollo de los grupos focales, las entrevistas a profundidad para lo cual se asignó un código a cada área del tema tratado.

La transcripción de las grabaciones se realizó respetando el habla de las participantes.

Este análisis se realizó mediante la Codificación abierta, donde se construyeron conceptos básicos; en la codificación de ejes se desarrollaron categorías y subcategorías de las grabaciones, y la codificación selectiva, donde se integra e interrelaciona las categorías entre ellas.

Este análisis se realizó mediante codificación y categorización, posterior a ello la triangulación entre métodos utilizados que complementa la investigación.

Al momento de la codificación de las entrevistas no se contó con otros analistas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. Análisis Cuantitativo

Se procederá a realizar el detalle de los resultados obtenidos en el análisis de las adolescentes embarazadas y adolescentes con embarazo subsecuente, tanto descriptivo y analítico.

4.1.1. Estadística descriptiva

Se analizaron los datos generales de las encuestas, con el uso de tablas descriptivas o de frecuencia y porcentajes.

Tabla 3. Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
VARIABLE		140	100%
Edad	10 a 14 años	21	15%
	15 a 19 años	119	85%
Estado Civil	soltera y separada	48	34,3
	casada y unión libre	92	65,7
Escolaridad	primaria incompleta	23	16,4
	primaria completa	46	32,8
	secundaria incompleta	57	40,7
	secundaria completa	12	8,7
	superior incompleta	2	1,4
Residencia	Urbana	62	44,3
	Rural	78	55,7
Ocupación	no estudia ni trabaja	73	52,1
	solo estudia	42	30
	solo trabaja	15	10,6
	trabaja y estudia	4	2,9

	buscando trabajo y estudiando	5	3,6
Edad de la primera Relación sexual	10 a 14	81	59,4
	15 a 19	57	40,6
Edad gestacional en meses	3	2	1,4
	4	6	4,3
	5	12	8,6
	6	26	18,6
	7	28	20,7
	8	51	37,1
	9	13	9,3
Número de embarazos	uno	94	67,1
	Dos	37	26,4
	Tres	9	6,4

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado. 2013
Elaboración: autora

Como se observa en la tabla 3, del total de adolescentes embarazadas, el 85% están en el grupo de adolescentes de 15 a 19 años; más del 60% viven con pareja; el 32,8% tienen primaria completa, el 40,7% secundaria incompleta. Se puede observar un 55,7% tienen residencia rural (recintos) y el resto en la cabecera cantonal.

En cuanto a la actividad ocupacional nos muestra que el 52% no trabajan ni estudian, un 30% estudia y un 10% se dedica a trabajar.

Se observa que la iniciación de la actividad sexual se presenta en edades más tempranas más del 50%.

El 37% de las adolescentes embarazadas se encontraba en el octavo mes de gestación. El 32,8% de adolescentes tienen dos o más embarazos.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, prácticas sexuales y sus percepciones

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
		140	100%
Lugar donde obtiene información sexualidad	Centro de Salud	59	42,1
	Amigas	6	4,3
	Internet	11	7,9
	Familia	15	10,7
	Escuela/colegio	29	20,9
	Otro	20	14,3
Conocimiento del uso del condón en la prevención del embarazo e ITS.	NO	22	15,7
	SI	118	84,3
Uso del condón en relaciones sexuales	Nunca	110	78,6
	Siempre	30	21,4
Uso de MAC antes del embarazo actual	NO	95	67,9
	SI	45	32,1
Creencia que se embaraza si no utiliza MAC	NO	54	38,6
	SI	86	61,4
Ha escuchado hablar sobre ITS	NO	24	17,1
	SI	116	82,9
Conoce las complicaciones en la salud de la adolescente que tiene embarazos seguidos.	NO	56	39,3
	SI	84	60,7

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado. 2013
Elaboración: autora

Se aprecia que la principal fuente de información sobre sexualidad obtienen en el centro de salud con el 42%, y un 20.9% en las unidades educativas.

Al parecer tienen un buen conocimiento sobre el uso del condón, puesto que el 84.3% dice conocer el uso del condón y que previene embarazo e ITS. En tanto el 78.6% del total, nunca ha utilizado condón. De igual forma el 67,9% tampoco utilizó anticonceptivos antes del embarazo actual. Se determinó también que el 61.4% cree que existe riesgo de embarazo si no utiliza MAC regular.

Aproximadamente el 83% han escuchado hablar de Infecciones de Transmisión sexual (ITS), este se relaciona con el conocimiento del uso del condón.

Se puede observar que más de la mitad (60%) de las encuestadas conocen sobre los riesgos y complicaciones que conlleva el embarazo en la adolescente.

Tabla 5. La relación familiar y los aspectos psicosociales

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
		140	100%
Edad de la madre de la adolescente (abuela) cuando tuvo primer hijo	14	2	1,4
	15	12	8,6
	16	16	11,4
	17	27	19,3
	18	27	19,3
	19	11	7,9
	20	23	16,4
	21	9	6,4
	22	3	2,1
	23	2	1,4
	blanco	8	5,7
Convivencia con los padres antes del embarazo	NO	30	21,4
	SI	110	78,6
Calificación de relación familiar	Buena	59	42,9
	Regular	54	39,3
	Mala	13	9,3
	No hay relación	12	8,6
Convivencia actual	Padres	31	22,1

	Pareja	75	53,6
	Padres y pareja	25	17,9
	Otro	9	6,4
Sentimiento frente al embarazo	Triste, preocupada, deseos de muerte	95	67,9
	Normal, alegre	45	32,1
Ideas de abortar	NO	124	88,6
	SI	16	11,6
Número de abortos	Ninguno	112	80
	Uno	27	19,3
	Dos	1	0,7
Motivo del embarazo	por dejar el hogar	21	15
	retener a la pareja	24	17,14
	presión de la pareja	28	20
	Desconocimiento	26	18,57
	Amor (planificado)	38	27,14
	Blanco	3	2,14
Apoyo de pareja en la Planificación Familiar.	NO	31	22,1
	SI	103	73,6
	Blancos	6	4,3

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado. 2013
Elaboración: autora

Cada variable es analizada en base al total de las adolescentes embarazadas y se aprecia que el 66,5% de las madres de las adolescentes embarazadas del estudio, fueron también madres en la adolescencia, especialmente en la tardía. Variable que fue indagada a fin de identificar patrones de comportamiento familiar o antecedentes.

Se observa que el 78% vivieron con los padres y refieren tener una relación familiar y convivencia calificada de buena con el 42.9% y regular el 39.3%.

Más de 50% conviven con su pareja. El 67.9% del total de embarazadas reaccionaron con sentimientos de tristeza, preocupación y deseos de muerte al comprobar el embarazo, lo que al parecer se diría que no fueron planificados.

Aproximadamente el 10% señalaron ideas de abortar. Aunque no fue pregunta de investigación conocer el motivo del aborto, sin embargo se observa el 19,3% del total. Dato importante que nos permitió determinar el embarazo subsecuente.

Según los motivos que consideraron para el embarazo parecería tener relación con un embarazo no planificado, observándose un 70%. Es importante observar que 73,6% cuenta con el apoyo de la pareja para hacer planificación familiar.

Tabla 6. Aspectos que se relacionan el acceso al servicio y el embarazo adolescente.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE VARIABLE		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE (%)
		140	100%
Lugar del control prenatal	Centro de Salud	73	52,1
	Hospital	39	27,9
	Médico particular/FAME	8	5,7
	Partera/Ninguno	13	9,3
	S.S. Campesino	7	5
Número de controles prenatales	Ninguno	7	5
	Uno	44	31,4
	dos a cuatro	80	57,1
	cinco y más	8	5,7
	Blancos	1	0,7
Tiempo de embarazo (meses) cuando hizo el primer control	1	15	10,7
	2	42	30
	3	48	35
	4	18	13,6
	5	8	5,7
	6	1	0,7
	Blancos	6	4,3
Motivos para no hacerse el control del embarazo	Desconocimiento	11	7,9
	Desconfianza	35	25
	Falta de dinero	5	3,6
	Vive lejos	3	2,1
	Otro	42	30
	Blancos	44	31,4
Lugar donde piensa dar a luz a hijo/a	Centro de Salud	25	17,85
	Hospital PVM	53	37,9
	Médico particular	5	3,6

	Domicilio	10	7,1
	Otro	47	33,6
	Blanco	1	0,7

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado. 2013

Elaboración: autora

Se puede apreciar que el 52% acuden al control prenatal al centro de Salud Pedro Vicente Maldonado, en segundo lugar está el hospital privado Pedro Vicente Maldonado con un 27,9% y un 9% indica su control con parteras.

El 35% de las adolescentes embarazadas acudieron en el primer trimestre de gestación, y un 13.6% luego del cuarto mes. Se observa que más del 50% tiene de dos a cuatro controles.

Se puede observar que la desconfianza es uno de los motivos para no acudir al control prenatal con el 25% y el 30% señalan como otro; y el lugar para el parto el 37.9% piensan dar a luz en el hospital privado PVM, el 17.8% en el centro de Salud Pedro Vicente Maldonado, el 33.6% en otro lugar y un 7% en el domicilio.

Tabla 7. Adolescentes embarazadas con el embarazo subsecuente

Embarazo subsecuente			
		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Embarazo subsecuente	Embarazo no subsecuente	94	67,2
	Embarazo subsecuente	46	32,8
	Total	140	100,0

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado. 2013

Elaboración: autora

Del total de las adolescentes del estudio se obtiene el 32.8% de adolescentes con embarazo subsecuente.

Dado el análisis descriptivo, se observó la edad biológica del embarazo precoz a los 16 años, es evidente la deserción escolar y la ocupación tras la confirmación del embarazo. El inicio temprano de la actividad sexual sin protección que expone a un embarazo; de igual forma el número de gestas incluyendo los abortos es más temprano, los motivos que llevaron a tener

otro embarazo nos deja ver que no son planificados y las barreras en el acceso al servicio de salud.

Además muestran tener un buen nivel de conocimientos sobre temas de sexualidad, métodos anticonceptivos y el uso pobre de los mismos, por ello se ve la posibilidad de embarazos no planificados.

También se pudo observar la relación familiar calificada de buena y regular con los padres antes del embarazo.

Se aprecia que el control prenatal se dio en el primer trimestre de gestación en los servicios de salud tanto público y privado, lo que significa que están recibiendo atención profesional.

4.1.2. Estadística analítica

A continuación se realiza el análisis del embarazo subsecuente, con los principales factores analizados durante el estudio:

Para ello se creó una nueva variable a partir de la pregunta “número de embarazos”, asumiendo que toda participante con dos o más embarazos (incluyendo abortos) se consideró “embarazo subsecuente”¹

Análisis de las características socio demográficas con el embarazo subsecuente

Para este análisis se considera la edad, estado civil, escolaridad, ocupación y la residencia con el embarazo subsecuente.

¹Si bien el embarazo subsecuente en la adolescencia se considera los embarazos entre periodos de 1 a 2 años, dado que la finalidad de analizar la ocurrencia del embarazo durante “periodo de la adolescencia”, se consideró esta categoría para la creación de la variable “embarazo subsecuente”, además durante la prueba piloto se observó que en su mayoría las encuestadas tenían periodos intergenésicos entre 1 a 2 años.

Tabla 8. Análisis de la edad con el embarazo subsecuente.

CUADRO DE ANÁLISIS DE LA EDAD CON EL EMBARAZO SUBSECUENTE								
Variable	Característica	Embarazo no subsecuente			Embarazo Subsecuente			
		n=	N°	%	n=	N°	%	p
Edad	10 a 14 años	94	21	22.3%	46	0	100%	p=0.002
	15 a 19 años		73	77.6%		46		

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado. 2013

Elaboración: autora

De acuerdo a la edad por categorías, se puede apreciar que el embarazo subsecuente en adolescentes del presente estudio se observa en la adolescencia tardía (15 a 19 años) y no en la adolescencia temprana.

De igual forma se observa que el 77.6% del embarazo no subsecuente está entre las edades de 15 a 19 años.

Además se obtiene un valor de $p=0,002$, y nos indica que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la media de edad del embarazo no subsecuente y la media de edad del embarazo subsecuente, como señala Barón, F. y Téllez, F. 2004 en su artículo.

Tabla 9. Análisis de los factores sociodemográficos con el embarazo subsecuente.

CUADRO DE ANÁLISIS DE FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS CON EL EMBARAZO SUBSECUENTE								
Variable	Característica	Embarazo no subsecuente			Embarazo Subsecuente			
		n=	N°	%	n=	N°	%	p
Estado civil	Soltera y separada	94	37	39.6%	46	11	23.9%	p=0,07
	casada y en unión libre		57	60.6%		35	76.1%	
Ocupación actual	No estudia, no trabaja	94	59	62.7%	45	19	41.3%	p=0,006
	Solo estudia, solo trabaja, trabaja y estudia, buscando trabajo		35	37.3%		26	56.5%	
Escolaridad	Primaria incompleta y completa	94	50	53.19%	44	19	41.3%	p=0.127

	secundaria incompleta, completa y superior		44	46.8%		27	58.7%	
Residencia	Urbana	92	43	45.7%	46	19	41.3%	p= 0,61
	Rural		51	55.26%		27	58.7%	

Fuente: Encuesta a adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado. 2013

Elaboración: autora

Se puede observar que tanto las adolescentes embarazadas con embarazo subsecuente y las no subsecuente que se encuentran casadas y en unión libre son más de la mitad. Al parecer, la convivencia en pareja se relaciona con el embarazo subsecuente. Al realizar el cruce del estado civil y embarazo subsecuente se pudo encontrar que no existe una significancia estadística ($p=0.07$)

Para estimar la relación de la ocupación actual con el embarazo subsecuente y debido a la mayor dispersión de datos se realizó la agrupación, puesto que se buscó identificar la actividad que realiza durante el embarazo. En donde llama la atención la inactividad que no estudian y no trabajan en los dos grupos, siendo el 41.3% de las adolescentes con embarazo subsecuente y el 62% de las con embarazo no subsecuente ($p=0.006$), mostrando una asociación estadística significativa.

Se puede observar que de las adolescentes con embarazo subsecuente, el 58.7% tienen educación secundaria incompleta y completa, mientras que el 41.3% tienen primaria incompleta y completa. Y en las adolescentes con embarazo no subsecuente más del 50% tienen estudios de primaria.

Se observa que de forma general el embarazo subsecuente y el no subsecuente se observa con mayor frecuencia en el área rural con el 58.7%. Al realizar el cruce de residencia con embarazo subsecuente no tiene significancia estadística ($p=0.61$).

Análisis del nivel de conocimientos en temas de sexualidad, métodos anticonceptivos y el embarazo adolescente subsecuente.

Tabla 10. Análisis del nivel de conocimientos en métodos anticonceptivos, percepciones y el embarazo subsecuente.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN SEXUALIDAD, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS, ITS Y PERCEPCIONES							
Variable	Característica	Embarazo no subsecuente		Embarazo Subsecuente			
		n=	N° (%)	n=	N° (%)	p	
Fuente de información sobre sexualidad	Centro de salud y colegio	94	56 59.58%	46	32 69.56%	p=0.25	
	amigas, internet, familia, otro		38 40.42%		14 30.43%		
conocimientos MAC y del Condón	si	94	73 77.6%	46	39 84.7%	p=0,32	
	no		21 22.34%		7 15.22%		
Uso de condón	Nunca	94	75 79.8%	46	35 76%	p=0,616	
	Siempre		19 20.2%		11 23.9%		
Uso de Métodos anticonceptivos	Si	94	22 23.4%	46	23 50%	p=0.002	
	No		72 76.6%		23 50%		
Creencia en el riesgo de embarazo si mantiene relaciones sexuales sin el uso de MAC	No	94	41 43.6%	46	13 28.2%	p= 0,080	
	Si		53 56.4%		33 71.7%		
conoce las complicaciones en la salud de la adolescente que tiene embarazos seguidos	Si	94	46 48.93%	46	9 19.6%	p=0.01	
	No		48 51.06%		37 80.4%0		

Fuente: encuesta en adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado. 2013

Elaboración: autora

Se puede apreciar que el 59.5% de las adolescentes embarazadas reciben información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, ITS en el centro de salud y unidades educativas, superadas por las de embarazo subsecuente con el 69.5%.

También se puede observar que más del 80% de las adolescentes con embarazo subsecuente conoce el uso del condón al igual de las adolescentes con primer embarazo. Pero el 76% de las adolescentes con embarazo subsecuente no utiliza condón ni MAC el 50%. Porcentajes superados por las adolescentes con embarazo no subsecuente, quienes no utilizan métodos de anticoncepción con más del 70%.

Al comparar las adolescentes con embarazo no subsecuente y subsecuente se encontraron que las de embarazo subsecuente tiene mayor uso de MAC ($p=0.002$)

En las adolescentes con embarazo subsecuente se puede determinar que el 71% cree en el riesgo de embarazo sin protección mientras que el 29%, no. Así mismo en el grupo de las embarazadas no subsecuentes el 56.4% cree, lo que significa que tienen conocimiento del riesgo de embarazo si mantienen relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos. Aunque al realizar el cruce de la creencia del riesgo de embarazo sin uso de MAC con embarazo subsecuente nos indica que no existe asociación estadística.

Se puede apreciar que un buen porcentaje es decir el 80% de las adolescentes con embarazo subsecuente conoce las complicaciones que pueden presentar el embarazo en la adolescencia. Mientras que el grupo de las adolescentes con embarazo no subsecuente conocen solo la mitad y el otro 50% no conoce. Con el cruce de estas variables se observa ($p=0.001$) que existe significancia estadística.

Análisis de la relación familiar, aspecto psicosocial con el embarazo subsecuente.

Tabla 11. Análisis de la edad de la madre de la adolescente embarazada con el embarazo subsecuente.

CUADRO DE ANÁLISIS DE LA RELACIÓN FAMILIAR, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y EL EMBARAZO SUBSECUENTE								
Variable	Característica	Embarazo no subsecuente			Embarazo Subsecuente			
		n=	N°	%	n=	N°	%	p
Edad de madre de la adolescente embarazada (abuela) cuando tuvo su primer hijo/a	10 a 14	88	1	1.36%	44	1	2.3%	p=0.45
	15 a 19		59	67%		34	77.3%	
	20 y más		28	31.8%		9	20.4%	

Fuente: encuesta en adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado. 2013
Elaboración: autora

Se puede apreciar que las madres de las adolescentes embarazadas, tanto de las que tienen embarazo subsecuente y no subsecuente muestran un porcentaje superior a 65%, siendo mayor en la adolescencia tardía con 77%. Aunque no tiene significancia estadística ($p=0.45$).

Tabla 12. Análisis de los factores familiares, aspecto psicosocial con el embarazo subsecuente.

CUADRO DE ANÁLISIS DE LA RELACIÓN FAMILIAR, ASPECTOS PSICOSOCIALES Y EL EMBARAZO SUBSECUENTE								
Variable	Característica	Embarazo no subsecuente			Embarazo Subsecuente			p
		n=	N°	%	n=	N°	%	
Convivencia con los padres	No	94	22	22.8%	46	8	17.4%	p=0,41
	Si		72	77.17%		38	82.6%	
Calificación relación familiar	Buena Regular	94	70	74.46%	45	45	97.82%	p=0,001
	Mala y no hay relación		24	25.5%		1	2.17%	
Convivencia actual	Padres	86	22	23.4%	44	9	19.56%	p=0.26
	Pareja		45	47.8%		30	65.2%	
	Pareja y padres		19	20.2%		6	13.04%	
Reacción frente al embarazo	Triste, preocupada, deseos de muerte	94	66	69.1%	46	29	63%	p= 0,394
	Normal, alegre		28	28.7%		17	37%	
Motivos para quedar embarazada	Dejar el hogar, presión de la pareja, retener a la pareja, desconocimiento	91	70	74.5%	46	29	63%	p= 0,08
	Por amor		21	22.34%		17	37%	
Ideas de abortar	No	94	81	86.2%	46	43	93%	p= 0,202
	Si		13	13.8%		3	6.5%	
Apoyo de la pareja en la planificación familiar	No	94	26	27.66%	46	5	10.9%	p= 0,05
	Si		68	72.34%		35	76.08%	

Fuente: encuesta en adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado. 2013

Elaboración: autora

Se puede observar que el 82.6% convivieron con los padres y señalan una relación calificada entre buena y regular de 74.4% y 97.8% respectivamente en los dos grupos de adolescentes. La buena relación familiar estuvo relacionado con el embarazo subsecuente ($p=0.001$).

Se observa que el 65.2% con embarazo subsecuente y el 47.8% de las embarazadas no subsecuentes viven con pareja. Es importante señalar que existe un 13% más de embarazo subsecuente que conviven en pareja y los padres. Al realizar el cruce de convivencia actual y embarazo subsecuente ($p=0.26$) no existe significancia estadística.

Como se puede determinar las reacciones presentadas frente a la comprobación del embarazo en los dos grupos muestran el 63% en el embarazo subsecuente y 69.1% en el embarazo no subsecuente. Aunque no fue pregunta del estudio, sin embargo parecería estar relacionado con embarazo no deseado y cabe mencionar que no hubo significancia estadística para esta respuesta en cuanto a la reacción frente al embarazo.

Respecto a los motivos para conseguir el embarazo el 74.4% de embarazadas no subsecuentes y el 63% de las subsecuentes señalan que es por presión de la pareja, retener a la pareja, dejar el hogar y desconocimiento, lo que al parecer se entiende que las adolescentes requieren de más información en la prevención del embarazo y recibir orientación en un proyecto de vida. Sin embargo no hubo significancia estadística.

Se encontró además que el 13.8% de adolescentes con embarazo no subsecuente y 6.5% con embarazo subsecuente tuvieron ideas del aborto. Es importante mencionar que no hubo significancia estadística para esta respuesta en cuanto a la idea de aborto.

En relación al apoyo de la pareja para la planificación familiar existe significancia estadística ($p=0.05$).

Análisis de los factores de acceso al servicio de salud con el embarazo subsecuente.

Tabla 13 Análisis del acceso al servicio de salud en relación al embarazo subsecuente

ANÁLISIS ENTRE EL ACCESO AL SERVICIO DE SALUD Y EL EMBARAZO SUBSECUENTE								
Variable	Característica	Embarazo no subsecuente			Embarazo Subsecuente			
		n=	N°	%	n=	N°	%	p
Lugar del control prenatal	Centro de Salud Pedro Vicente Maldonado	94	50	53.2%	46	23	50%	p=0.294
	Hospital privado PVM		28	29.8%		11	23.9%	
Edad gestacional cuando hizo el primer control prenatal	Primer trimestre	94	68	72.3%	46	38	82.6%	p=0.474
	segundo trimestre		20	21.3%		8	17.4%	
Número de controles prenatales	dos a cuatro controles	94	48	51%	46	32	69.5%	p=0.94
Motivos para no acudir al control	desconfianza y desconocimiento	94	32	42%	46	14	70%	p=0,026
	falta de dinero, vive lejos y otros		44	57.9%		6	30%	
Lugar donde piensa dar a luz	Centro de Salud PVM	94	12	12.7%	46	12	12.7%	p=0.39
	Hospital PVM		34	36.2%		19	41.3%	
	Otro		36	38.3%		11	23.9%	

Fuente: encuesta en adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado. 2013

Elaboración: autora

Se puede observar en los dos grupos de embarazadas que el 50% de cada grupo de adolescentes embarazadas acuden al centro de salud para el control prenatal y como segunda opción está el hospital privado con el 25%.

Se puede apreciar que más del 70% realizaron el primer control en el primer trimestre de gestación en los dos grupos de embarazadas; y, aproximadamente el 20% en el segundo trimestre.

Con respecto al número de controles más del 50% de las adolescentes con embarazo no subsecuente con predominio de la subsecuente señalan de dos a cuatro y menos del 10% tienen cinco, lo que nos muestra que aún existe embarazadas que no acuden a la atención profesional.

El 70% de las adolescentes con embarazo subsecuente no acuden por desconfianza y desconocimiento, en tanto el 42% señalan las no subsecuentes. Además atribuyen a que viven lejos, falta de dinero y otros entre las embarazadas no subsecuentes con el 57%. Se observa una significancia estadística ($p=0.026$).

Se puede observar que el 41% de adolescentes con embarazo subsecuente piensan dar a luz en el hospital PVM y con un porcentaje cercano están las adolescentes con embarazo no subsecuente. Sin embargo el 28.3% de las adolescentes con embarazo subsecuente piensa atenderse el parto en el centro de salud PVM. Llama la atención del 38% de las adolescentes no subsecuentes piensan dar a luz en otro lugar. Cabe señalar que no hubo significancia estadística en esta respuesta.

4.2. Análisis Cualitativo

En este análisis se presentan los resultados de los grupos focales y la entrevista a profundidad. De cada uno de estos instrumentos se escogieron las categorías más representativas, los factores que influyen y las experiencias vividas en el embarazo. Posteriormente se realizó la triangulación de datos que se analiza en la discusión.

Para el análisis de los datos se realizó de acuerdo a los procedimientos utilizados por (Strauss & Corbin 2002) utilizando el proceso de codificación de la información.

4.2.2. Codificación

Una vez obtenida la información de la discusión de los grupos focales se procedió a segmentar y agruparlos conforme a las reglas de análisis. La transcripción se realizó mediante codificación y en tres fases (Flick, 2004).

a) Codificación abierta:

Expresa los datos y fenómenos a través de conceptos en base a las narraciones emitidas por las participantes en combinación con las del investigador. Además se clasifican las expresiones por sus significados para asignarles conceptos.(Strauss, 2002)(Flick, 2004).

Madurez forzada para el nuevo rol: significa que a pesar de edad, intentan actuar y desenvolverse como mujer adulta durante el embarazo y luego al cuidado del niño o niña.

Deserción escolar: significa que dejan de ir a la escuela o colegio porque están embarazadas y luego del parto unas madres adolescentes regresan a seguir estudiando, otras no quedando con estudios incompletos.

Actividad ocupacional: son las actividades laborales que ejercen las madres adolescentes en el hogar y fuera del mismo.

Desconocimiento de MAC: quiere decir que no conocen como se utilizan los anticonceptivos.

La prevención del embarazo: Es la forma en la que la mujer y la pareja se interesan para evitar el embarazo. También se refiere cuando mantienen relaciones sexuales con la pareja y utilizan responsablemente métodos anticonceptivos para cuidarse.

Embarazo adolescente: es aquel que se presenta en una mujer menor de 19 años.

Embarazo no planificado: es el embarazo que no ha sido deseado por la mujer o la pareja, es decir la mujer resultó embarazada como fruto de la relación sexual sin protección anticonceptiva.

Vida sexual sin protección: se refiere a que tienen relaciones sexuales con sus parejas y no utilizan métodos para evitar el embarazo.

Planificación familiar a las parejas: significa que tanto la mujer y el marido se ponen de acuerdo para utilizar algún método anticonceptivo que ayuda a evitar el embarazo.

Mitos y creencias de la planificación familiar: se refieren a las creencias y culturas relacionadas con los efectos nocivos que producen el uso de los anticonceptivos en la mujer joven.

Los anticonceptivos inseguros: significa que los métodos de anticoncepción no brindan la seguridad que esperan, debido a los embarazos que resultan pese a la ingesta de tabletas anticonceptivas o el uso de la T de cobre.

Anticonceptivos no disponibles: significa que no disponen del preservativo ni tableta de emergencia en el momento de la relación sexual no programada.

Educación en planificación familiar: son todas las acciones de educar, asesorar y orientar sobre la planificación familiar respecto al uso adecuado de los métodos anticonceptivos para planificar la familia.

Consecuencias de embarazos seguidos: Se refiere cuando las adolescentes tienen dos o más embarazos. Su pensamiento es estar junto a sus niños tiernos y pequeños, sienten que deben dedicarse a cuidar. En esos momentos no hay otros planes de vida, más que estar con su pareja y a lado de sus hijos el tiempo que necesiten.

Antecedentes de maternidad adolescente: significa que las adolescentes son hijas de madres en la adolescencia y estiman que es normal, puesto que están haciendo igual que sus madres. Pero también se dan cuenta que no puede cumplir los sueños. Siente que sus vidas cambiaron totalmente.

Embarazo deseado: cuando la mujer se prepara tanto física y emocionalmente para el embarazo y espera al hijo o hija en las mejores condiciones. El hijo es la mayor ilusión.

Trabajo interinstitucional: proceso social que permite realizar actividades conjuntas con un objetivo común, identifican problemas y juntos buscan estrategias para superarlos.

b) Codificación axial o de ejes:

Es el proceso de relatar categorías a sus subcategorías junto con las líneas de sus dimensiones y propiedades identificadas en las grabaciones, se denominada axial porque ocurre alrededor del eje de las categorías que permite formar explicaciones más precisas y concretas del fenómeno (Strauss, 2002).

Tabla 14. Esquema del código axial

ELEMENTO	DESCRIPCIÓN
(Fenómeno) La prevalencia del embarazo subsecuente en adolescente	Madres adolescentes con embarazo subsecuente que interrumpen los estudios por el embarazo. Adolescente con embarazo subsecuente no deseado.
(Condiciones causales)	Escolaridad, ocupación, estado civil, ruralidad, escaso nivel de conocimientos sobre SSR, MAC, inicio temprano de actividad sexual, aspectos psicosociales, actitudes hacia el embarazo, accesibilidad al servicio de salud.
Contexto	Edad, antecedentes familiares y patrones de comportamiento familiar.
Condiciones intervinientes	Proyecto de vida poco claro. Oportunidades de superación limitadas. Mitos y creencias de la planificación familiar. Convivencia en pareja. Frecuencia de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.
Estrategias de acción	Asesoría profesional sobre planificación familiar a la adolescente y pareja. Seguimiento durante el puerperio y periodo de lactancia en el uso adecuado y consistente de anticoncepción. Trabajo interinstitucional en la educación de SSRA. Eliminar barreras de acceso al servicio de salud.
Consecuencias	Menos adolescentes embarazadas Reducción del embarazo subsecuente en las adolescentes.

c) Codificación selectiva:

Aquí continúa la codificación axial en un nivel más alto de abstracción, es decir busca integrar las categorías principales para formar un esquema teórico mayor. Refina los temas principales y sus interrelaciones (Strauss, 2002).

Entre los temas que más sobresalen están los siguientes:

La deserción escolar para dedicarse al embarazo y a los quehaceres del hogar.

La percepción de las madres adolescentes ante el embarazo no deseado y los aspectos psicosociales.

La importancia del nivel de conocimiento en educación sexual y salud reproductiva en la adolescencia.

La sensibilización en las adolescentes embarazadas sobre la elección y uso de anticonceptivos. Las creencias y prácticas de la planificación familiar.

El trabajo interinstitucional como estrategia de apoyo en el acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo en adolescentes.

Posteriormente se analizará cada uno de los ítems y los factores a los que se asocian y se hará constar las narraciones de las participantes, para lo cual se asignará un código que contenga el número del grupo focal y de entrevista.

La deserción escolar para dedicarse al embarazo y quehaceres del hogar.

Dentro de los factores sociodemográficos, se observó la deserción escolar, donde señalan que se sienten resignadas a dejar los estudios debido al embarazo y luego piensan regresar a continuar los estudios. Mientras tanto se dedican a los quehaceres en el hogar y a prepararse para el parto. Existe un pequeño porcentaje que está trabajando para ayudarse en la casa. Además se señala:

En el área periférica de la cabecera cantonal, las madres adolescentes en su mayoría tienen pareja quien le duplica a su edad.

Lorena de 18 años: “Antes de mi primer embarazo yo estudiaba y trabajaba, pero cuando ya estaba de siete meses dejé de trabajar y de ir al colegio... Ahora con este embarazo en cambio no me dejaron ir a trabajar, porque tenía problemas en el embarazo, entonces me quedé ayudando en la casa. (group focus 1)

La percepción de las adolescentes frente al embarazo no deseado, los aspectos psicosociales y relación familiar.

A través de la observación, entrevistas y en la discusión de grupos permitieron conocer la dimensión de la capacidad de respuesta de aceptación y resignación de unas adolescentes, y también el rechazo del embarazo por parte de otras adolescentes, identificándose la relación entre ellos.

El embarazo en adolescentes como una forma de escape por la falta de atención y afecto en la familia.

La vulnerabilidad percibida favorece el embarazo en adolescentes.

Las alternativas de la aceptación y rechazo del embarazo

La importancia de la comunicación y confidencialidad en el hogar.

El apoyo de la pareja para que la mujer utilice exclusivamente los MAC.

Las adolescentes en teoría saben sobre temas de sexualidad, métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual, sin embargo en la práctica según sus respuestas no suceden así, porque piensan que el uso de los anticonceptivos en la adolescencia es malo. Lo que coincide con lo que señala la bibliografía.

“Ximena de 17 años...mire yo no utilizaba anticonceptivos porque no tenía pareja y ahora que tengo mi compromiso, mmm no, no tampoco porque me embaracé enseguida...pero me han dicho que es malo porque le da cáncer y entonces eso no sé porque unos dicen que es malo, que no tienen deseo de estar con la pareja...también que se engordan o no le viene el periodo menstrual, y es que también algunos de esos anticonceptivos que no les queda a cualquier mujer y tienen que probar...por eso no me ha gustado” (focal groups 3).

“Rocío de 16 años...yo si utilicé las inyecciones...la mesigyna, me ponía cada mes, sino que me quedaba doliendo la pierna, entonces pensé descansar el otro mes y luego ir al centro de salud para cuidarme con otro método. Y ya pues me descuidé y me quedé embarazada, al comienzo estaba preocupada porque no había pensado...pero ya no me quedó de otra además si pensaba en otro hijo pero más adelante” “bueno yo si he escuchado que a otras les hace daño”. (focus group 2)

Mercy de 16 años: “los anticonceptivos están solo para las mujeres y porque no hay también para los hombres...porque ellos no quieren cuidarse y no les gusta, pero si quieren que solo la mujer se cuide, aunque hay algunos....que... no aceptan que se cuide, diciendo que si está con el marido para qué?.

Las adolescentes están conscientes y tienen presente el pensamiento de estudiar y terminar sus estudios en el colegio, el no fallarse más, posteriormente la idea de conseguir un título de profesional y luego trabajar para apoyar económicamente en el hogar, es decir tienen ya definido un proyecto de vida, para lo cual se cuenta con el apoyo incondicional de la familia.

La importancia del nivel de conocimiento en educación sexual y salud reproductiva en la adolescencia.

Es claro evidenciar la realidad que existe en cuanto a la educación sexual en este grupo etario. Se pudo dar cuenta la necesidad de conocer sobre los cambios fisiológicos en el cuerpo de la mujer. De lo cual se extrajo algunos relatos

La escasa información sobre métodos preventivos del embarazo.

Miriam de 16 años “cuando asistía a la escuela, nos daba en la hora de ciencias naturales sobre higiene y sexualidad, pero tenía cosas que quería preguntar y tenía vergüenza y nunca lo hice. Después en el colegio, los licenciados nos daban pero era muy poco y los compañeros se burlaba de las clases cuando hablaba de salud sexual y no se podía hablar” (focus group 4)

Clara de 16 años...”claro que nos daban temas de educación sexual en el colegio hasta ahora...pero no era lo que nosotros queríamos saber...porque era todo teoría y nada más...ah! Y le hice una pregunta y me dijo que eso me ayuda un médico en el centro de salud. Ahora que estoy embarazada todavía tengo inquietudes pero cuando voy al control la doctorcita si me ayuda” Focus group 4)

Lucía de 14 años. “Yo pienso que los que deben dar estos temas, debe hacer los médicos del centro de salud porque ellos están preparados y saben más y nos ayudan a conocer tantas cosa por ejemplo las enfermedades que se contagia con las relaciones sexuales, también desde cuándo la mujer se puede embarazar...mmm además desde cuándo puede utilizar las tabletas o las inyecciones para cuidarse y cuál de esos se puede utilizar y como se debe hacer. También dicen que hay otros métodos y eso los profesores no nos ayudan mucho”. (focus group 4)

En general, las participantes de los grupos focales coinciden con la necesidad de conocer temas relacionados a la sexualidad, salud sexual y reproductiva; y, que esta información debe ser impartida por un profesional de la salud que permita dar la información de calidad y que satisfaga las inquietudes sobre estos temas.

Las participantes comprenden que la educación de sexualidad es impartida en los colegios por los profesores, sin embargo se necesita que la información sea reforzada por profesionales médicos.

En cuanto al acceso de los métodos anticonceptivos, se percibe que conocen de la existencia de estos en el centro de salud, seguido señala que sienten recelo y a veces vergüenza de acudir para solicitar. Nuevos relatos al respecto. .

Letty de 17 años “Bueno, yo si iba a pedir anticonceptivas y preservativos, pero un día me dijo un doctor que para que llevo tanto, entonces le dije que así están en la receta”

“Una vez también, yo estaba en la sala de espera y oí decir a una enfermera: que...otra vez embarazada porque no se cuida, tantos métodos que hay para cuidarse”

La sensibilización a las adolescentes embarazadas en la elección y uso consistente de anticonceptivos. Creencias y prácticas de la planificación familiar.

Todas las participantes trataron el tema de los encuentros sexuales en la adolescencia, que por no estar preparados no aprenden lo relacionado a la anticoncepción y se lanzan sin medir las consecuencias.

Aquí algunos relatos de las informantes:

Lizbeth de 17 años “un día estaba en mi casa cuando me visito mi novio y comenzamos a hablar a jugar y oír música y de pronto sin darnos cuenta pasó todo, al instante dije qué hice y por qué?...fue un momento de angustia ...y le dije que se fuera de la casa ese momento... porque pasó cosas en mi mente, entonces ahora digo si no pensé estar con mi novio y como dije que nada de eso me pasaría entonces no tenía condones ni nada y bueno no me quedé embarazada...pero en otra vez que estábamos juntos ya...es que tampoco me cuidaba porque dije que no iba a tener relaciones y no fue así” (focus group 1)

Daysi de 19 años... pienso que nadie está preparado para nada...porque las cosas se presentan menos pensado...claro, si sabe que va a estar con la pareja, pues si...quiere decir que debe cuidarse...pero yo creo que no están convencidas de la casualidad y ahí vienen las consecuencias y lo duro es enfrentar cuando no tiene apoyo...es que ahora que hay tantos

métodos para cuidarse...pienso que deberían indicarles a las jóvenes que por ejemplo ya tienen niños, como utilizar porque la mayoría no saben” (focus group 3)

Es evidente el reconocimiento por parte de las participantes sobre las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección anticonceptiva, puesto que resultaron embarazadas. Ahora, madres de un hijo se muestran interesadas por el uso de un MAC para evitar un embarazo no planificado o al menos hacen sugerencia.

El trabajo interinstitucional como estrategia de apoyo en el acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo en adolescentes.

Las percepciones de las adolescentes sobre el trabajo coordinado de las instituciones de educación y otras que están pendientes de la atención de los niños, adolescentes y jóvenes son muy valiosas.

- Las barreras de acceso a los servicios de planificación familiar.

Algunas ideas que sobresalen:

“Los talleres que organizó una fundación y ahí vino una doctora y otras personas, me acuerdo que trabajaron con los profesores del colegio, otro día con los padres de familia y después con los estudiantes, esas cosas nos hacen falta para aprender y me acuerdo que fue súper bueno porque nos enseñaron mucho” (E.1)

Adriana de 15 años “las charlas que dan los doctores del centro de salud en los colegios que saben hacer sobre enfermedades... mmmm, como cuidarse para no contagiarse, por ejemplo que cuando la mujer ya comienza a ser señorita, que le crece los senos, todo esos cambios, es bueno porque les enseñan a cuidarse y a evitar que caigan... claro que caigan o sea se queden embarazadas y después ya no pueden seguir estudiando” (focus group 2)

“Claro que es bueno, porque se aprende mucho...por ejemplo la casa abierta que realizaron en el coliseo municipal se unieron los médicos del centro de salud, las fundaciones, colegios y también estuvo la policía, eso era para prevenir la violencia...bueno esas cosas nos sirve porque dejan buenos mensajes” (E. 2)

Más del cincuenta por ciento de las participantes reconocen que las capacitaciones y talleres sobre temas educativos de salud sexual, la prevención de enfermedades recibidos en las unidades educativas, así como los talleres impartidos a padres de familia y profesores, son muy importantes, lo que les satisface saber que todos trabajen en beneficio de la salud de las ellas, especialmente en la prevención del embarazo.

El acceso de las adolescentes embarazadas al servicio de salud, en general si acceden aunque manifiestan cierto recelo o desconfianza porque sienten que son juzgadas y criticadas. Para el parto prefieren el hospital privado porque atiende con horario ininterrumpido, aunque también desean ser atendidas en el centro del MSP.

Otras adolescentes señalan trayectorias de partos atendidos en domicilios con ayuda de parteras, debido a grado de confianza y tradición de la madre.

Es cierto que el embarazo en adolescentes es motivo de preocupación general en todos los ámbitos, más el embarazo subsecuente en este grupo etario es de mayor interés puesto que se aprecia madres adolescentes que tienen más de dos embarazos, lo que conlleva a desconectarse de las oportunidades de superación, lo que al parecer constituiría un factor de riesgo para nuevo embarazo, la baja escolaridad, el subempleo, dependencia económica, bajos ingresos económicos y por ende las consecuencias en la salud.

Ante esta realidad, es de importancia el trabajo interinstitucional en apoyo al acceso de las adolescentes a los servicios de salud para una atención diferenciada con asesoría profesional en salud sexual y reproductiva, satisfaciendo inquietudes sobre los mitos y creencias de la Planificación familiar que permita vivir una sexualidad a plenitud.

El apoyo en la reinserción escolar durante el embarazo o fuera de él, por parte de la familia y las autoridades educativas, genera el espacio de oportunidad de superación para la madre adolescente con autoestima elevada, la confianza en sí misma, el desarrollo de habilidades para construir un proyecto de vida que ayudará a la toma de decisiones, factores protectores en la disminución de la prevalencia de embarazo subsecuente en adolescentes.

4.3. La Triangulación de Métodos

Las técnicas cuantitativas se aplicaron en el acercamiento al grupo de investigación, las adolescentes embarazadas del cantón Pedro Vicente Maldonado que acudieron a los diferentes establecimientos de salud tanto público y privadas para ser atendidas.

La presente investigación realizada con una aproximación cuantitativa a través de la obtención de datos de la encuesta estructurada aplicada a una muestra representativa de análisis (adolescentes embarazadas), permitió caracterizar al universo en función de variables, entendidas estas como la operacionalización de variables.

Las aproximaciones del análisis cuantitativo están basadas en la representatividad estadística y en la posibilidad de generalizar los resultados que se encontraron en la muestra a un universo determinado. Es así que, hecha las estimaciones permiten afirmar con un cierto grado de probabilidad la relación de las variables en la población de estudio, las adolescentes embarazadas.

Asimismo el uso de las técnicas cualitativas proporciona información detallada del fenómeno estudiado tal y como es vivida por los diferentes grupos de adolescentes embarazadas del estudio. Esta información nos permitió contar con los ejes de la temática y problemas que, respecto al tema del embarazo subsecuente en adolescentes en el cantón Pedro Vicente Maldonado, plantean que el embarazo en adolescentes tiene varios factores que intervienen y a la vez evalúan las formas de prevenirlo.

En tal virtud, la investigación cualitativa junto con la revisión bibliográfica contribuyó como fase exploratoria de la investigación del embarazo subsecuente y permitió descubrir aspectos profundos a través de la experiencia vivida de las adolescentes embarazadas.

Es necesario resaltar que los resultados obtenidos de la fase cualitativa desempeñaron un papel fundamental en el proceso de análisis de los datos cuantitativos debido a que estos aportaron información relevante para explicar muchas de las relaciones observadas en las respuestas obtenidas en las encuestas.

En definitiva, esta triangulación converge con otros tipos de estudio, de fuente de datos y del investigador. En este sentido, como se señaló al inicio, la investigación consideró al grupo de adolescentes embarazadas. Es así que los resultados de la investigación se evaluaron a la luz de los datos aportados por las adolescentes embarazadas implicadas en el proceso. Así también, se recurrió al análisis de datos secundarios obtenidos en archivos de los establecimientos de salud con el objeto de contrastar los resultados obtenidos.

A esta triangulación se suma el aporte del análisis del investigador, cuyas perspectivas enriquecieron el proceso de investigación en la fase de recogida de datos como en la fase de análisis de los mismos.

Posibles debilidades y limitaciones del estudio

El estudio es de carácter descriptivo, por ello tiene bajo nivel de causalidad.

Las entrevistas a profundidad fueron realizadas únicamente a adolescentes con embarazo subsecuente, lo cual no permitió una comparación significativa entre grupos, sin embargo entregaron información profunda del grupo de estudio.

La elección se realizó desde que se captó a la embarazada, por lo cual algunas de ellas tenían diferentes meses de gestación, lo cual podría haber alterado sus percepciones en el desarrollo del mismo.

Cabe señalar que en el transcurso del estudio las embarazadas seleccionadas para el estudio cualitativo salieron del mismo, debido a que una terminó en parto prematuro y dos se cambiaron de domicilio, lo que generó la búsqueda de embarazadas que reúnan los criterios de inclusión para completar el grupo de trabajo.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Se observa que al comparar la teoría con lo encontrado en el presente estudio, se establecieron variaciones y concordancias con relación a las diferentes variables analizadas.

Análisis de los factores sociodemográficos:

De todos los embarazos adolescentes el 32,9% fueron embarazos subsecuentes. Este porcentaje supera al 25% señalado por Escobar (2006) en su trabajo y que llama la atención a pesar de que la mayoría de adolescentes tuvieron acceso a servicios de salud (Contreras, 2011).

Los resultados que revelaron las condiciones demográficas fueron que las adolescentes con embarazo subsecuente en su mayoría se dan entre 15 y 19 años, con un promedio de 17 años ($p=0.002$). Similar al estudio realizado en el Hospital Gineco obstétrico Isidro Ayora de Quito por Escobar, D y colaboradores, donde reporta que el primer embarazo se produjo a los 14,5 años y el subsecuente a los 17 y 18 años.

Idrobo, I. (2012) también señala en su estudio, el 3% de embarazo subsecuente antes de los 15 años y el 97% en adolescentes entre 15 y 19 años.

Las tres cuartas partes de las adolescentes con embarazo subsecuente están casadas y en unión libre. Según Klerman, (2004) muestra que la convivencia en pareja es más propensa a un nuevo embarazo que las solteras. Así también se aproxima el estudio realizado en Chile en el 2002 donde reporta entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años que se encontraban casadas, el 72% corresponden a madres adolescentes y solo el 28% declaraba, en el Censo del año 2002, no tener hijos/as. Por tanto se observa que hay una tendencia a vincular la maternidad con el matrimonio entre las adolescentes (Dides, Benavente y Morán, 2008).

La convivencia en pareja de las adolescentes a edades tempranas es uno de los factores que inciden en su fecundidad, las adolescentes del estrato bajo establecen uniones maritales mucho

más temprano y con mayor frecuencia que las del estrato medio y alto. Al igual en el sector periférico y cabecera cantonal. (Flórez y Soto, 2004).

La cantidad de adolescentes casadas o unidas en países en desarrollo son muy altas en relación a sus homólogas en países desarrollados, un hecho que acrecienta la alta tasa de natalidad en la adolescencia. (UNFPA, 2013)

El estudio muestra que el 41.3% de las adolescentes con embarazo subsecuente no trabaja y no estudia ($p=0,006$), la encuesta de INJUV de Chile presenta el resultado, donde el 54,2% de adolescentes embarazadas se dedican a los quehaceres domésticos. La bibliografía revisada señala que la falta de un trabajo remunerado constituye uno de los factores de riesgo para el embarazo subsecuente (Pino, 2011)

En cuanto al nivel de escolaridad y el embarazo subsecuente no es significativa, sin embargo los datos señalan que un 58.7% tienen nivel de estudios de secundaria incompleta y completa al momento del embarazo actual. Algo similar señala Romo, quien toma de León, Méndez y otros, (2009) y da a conocer sobre un estudio realizado en Venezuela en el 2007 donde demuestran que el 57,3% de madres adolescentes tenían secundaria incompleta (Romo, 2013). Además se puede observar el abandono escolar que se presenta en el nivel secundario. (Lammers, 2000).

Dato muy importante que Guijarro 2008, señala sobre estudios realizados por Furstenberg en 1976 y Zelnick y Kantner en 1977, que las madres adolescentes que regresan a estudiar tenían menores tasas de embarazo subsecuente y hacen uso más amplio de anticoncepción postparto, por lo que se concluye que las estrategias educativas altas lo que parecería ser un factor protector importante en la reducción del embarazo subsecuente. Según el INEC, manifiesta el 91% accede a la educación, sin embargo la deserción escolar y culminación de estudios básicos es desalentadora, logrando terminar los estudios solo un 47%.

Cabe mencionar sobre un estudio realizado en una población de USA, en donde indica que las madres adolescentes que continúan su educación tienen menos probabilidades de tener un segundo embarazo en comparación con las adolescentes que no estudian, independientemente de su nivel de educación en el momento de su parto, lo que al parecer la expectativa educativa

es un factor protector importante en la reducción de la tasa de embarazos subsiguientes en la adolescencia. (Black, M. et al 2006).

En tal virtud la ocupación actual cobra un valor fundamental. Por su parte, las madres adolescentes de la cabecera cantonal (urbana) manifiestan que desean regresar a continuar los estudios en el colegio y llegar a ser una profesional. Se proyectan una vida laboral en actividades calificadas que garanticen la independencia económica, vivir cómodamente, disfrutar la vida y consolidar su aspiración. Las participantes del área rural señalan que se dedican a los hijos, sin embargo miran una posibilidad de hacerlo a distancia.

En el estudio se observó un alto porcentaje la deserción escolar en las madres adolescentes, sin embargo se evidencia la preocupación de no seguir estudiando y es expresado en la siguiente frase como: *“Lo que pasa es que este año si pensaba estudiar...pero ya no alcancé...tengo que esperar un poco más... (E.2)”*. *“Es que me estaba cuidando con tabletas todos los días... entonces no entiendo cómo me quedé embarazada, porque no esperaba”*

Las adolescentes afirman que seguirán estudiando más adelante, eso se traduce en que tienen proyecto de estudios y se trazan la meta de realizar una carrera universitaria.

Las madres adolescentes embarazadas expresan: *"Mi sueño era ser enfermera antes de quedar embarazada...ahora después que nace mi hijo me gustaría terminar el colegio y si me apoya mi esposo estudiaría lo que siempre he querido... porque me gustaría ayudar en la casa económicamente"*(E.2)

Relatan que los embarazos tanto el primero y segundo no fueron planificados y que no utilizaron métodos anticonceptivos.

Para la madre adolescente manifiesta que el hijo eleva la autoestima, piensa que ha superado la niñez y le otorga la posibilidad de la práctica legal de la sexualidad. Las madres adolescentes comentan: *“Yo dije y ahora qué hago...es que no es lo mismo?...porque con un hijo podía salir y hacer las cosas... “bueno así es...cuando es tarde recién uno se da cuenta de lo que ha hecho...porque este embarazo no esperaba mmm...aunque si quería pero después. Mi hijo significa todo en la casa (E.1)”*. *“Es que ya tuve que madurar porque ya*

tengo una hija y no puedo seguir con los mismos comportamientos de antes...ahora mis hijos me animan y son la razón de mi vida...” (focus group 3)

En tanto las mujeres con niveles educativos bajos son las más expuestas al embarazo, ya que representan las mayores proporciones de mujeres sexualmente activas y es donde se observan los menores porcentajes de uso de anticonceptivos. Entre las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA al que se exponen, como consecuencia de las relaciones sexuales desprotegidas y de la desinformación sobre temas de salud sexual y reproductiva (Baeza, 2007).

Así también existe una relación importante entre el inicio de la actividad sexual con la estructura familiar y socioeconómica, afectando el desarrollo normal de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes. (Santelli, 2000).

La edad de inicio de vida sexual para la población en estudio fue a los 14 años, guarda relación con el estudio de Ríos (2009) cuya edad de inicio también de 14 años, a diferencia de la edad mostrada por ENDEMAIN de 16 años. Al parecer estaría relacionado el inicio temprano del debut sexual como un factor de riesgo para embarazo subsecuente en adolescentes.

Según Beltrán L., en un estudio realizado en Venezuela en el 2006, señala que el 50% de las adolescentes venezolanas iniciaron la actividad sexual antes de los 19 años y el 10% antes de los 15 años.

En Colombia, un estudio realizado en 203 adolescentes reporta la edad promedio de inicio de vida sexual de 16 años (Flórez & Soto 2004).

En México las dos terceras partes de madres adolescentes son a su vez hijas de madres que también tuvieron su primer embarazo y parto en la adolescencia, y como este fenómeno no es exclusivo de sociedades como la de México, Perú o Chile, se podría llegar a la conclusión de que el embarazo adolescente es un patrón de comportamiento en las familias. Avilés (2013) señala en su estudio realizado en Cuenca que el 20% de las madres de las adolescentes en estudio fueron también madres en la adolescencia.

Estos estudios han mostrado que la probabilidad de que el ciclo de maternidad temprana se repita es el doble que en el caso de las adultas. La repetición de la maternidad entre generaciones se ha documentado en varios países de América Latina y también en Estados Unidos.

En la discusión de grupo se evidenció que las adolescentes embarazadas miran como normal, debido a que sus madres también tuvieron sus primeros hijos en la adolescencia. Esta aceptación o afirmación podría estar relacionado como uno de los factores de riesgo para el embarazo en adolescentes. (Flórez y Soto 2004)

Análisis del nivel de conocimientos sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, prácticas en sexualidad, creencias y sus percepciones:

El 84% de las adolescentes con embarazo subsecuente conocen sobre métodos anticonceptivos, sin embargo el 76%, no utiliza condón y 15% anticonceptivos ($p= 0,002$), similar el estudio de Beltrán L., quien señala que 9 de cada 10 adolescentes conocen los MAC pero solo 1 de cada 10 utiliza.

En un estudio en Colombia, muestra que las adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos, tanto las que viven en unión libre y las solteras sexualmente activas pero sin pareja estable. (Flórez y Soto, 2004).

El reporte de la encuesta INJUV de Chile reporta resultados alrededor del 26% de los adolescentes que no utilizaron MAC durante relaciones sexuales, reconociendo que es por irresponsabilidad, la cuarta parte mencionó porque no les gusta usar método alguno, ninguno de los que conoce, mientras que un pequeño porcentaje dijo no haberse atrevido a sugerirlo.

La existencia de mitos, creencias y percepciones negativas de los MAC; se muestra con el 28% de adolescentes no creen que se dé un embarazo manteniendo actividad sexual sin utilizar MAC.

El 71% de las adolescentes con embarazo subsecuente creen que hay embarazo si mantienen relaciones sexuales sin utilizar MAC.

En la discusión de grupo señalan que no utilizan MAC, porque mientras estaban tomando las anticonceptivas resultaron embarazadas, lo que llevó a desconfiar de la eficacia de los anticonceptivos; en tanto otras adolescentes tienen mitos y creencias de la planificación familiar, argumentando que durante los encuentros sexuales esporádicos no es necesario de anticonceptivos (Zegarra, 2011).

Teresa de 17 años “Mire que yo no pensé estar embarazada porque tomaba las tabletas anticonceptivas y comencé a tener náuseas y fui al centro de salud y la doctora me dijo que son por las tabletas...y me hicieron un examen ahí mismo y salió positiva” (focus group 3)

La mayoría de las adolescentes entrevistadas creen infundadamente que no se embarazan en la primera relación sexual y que no es necesario utilizar MAC porque piensan que no son eficaces y además tienen efectos dañinos. (Flórez y Soto, 2004). He aquí la importancia de la orientación del profesional de salud sobre los MAC, basado en los criterios de elegibilidad para la utilización de anticonceptivos. (OMS, 2004)

El 80.4% dice no conocer sobre las complicaciones en la salud materna y del recién nacido, lo que al parecer estaría relacionado como otro de los factores de riesgo en el embarazo subsecuente adolescente ($p=0.01$).

Análisis de los aspectos psicosociales, el ámbito familiar, de pareja relacionados con el embarazo subsecuente:

Con respecto a la convivencia de las adolescentes con los padres antes del embarazo, señalan que vivieron con ellos el 82%; con una calificación en la relación familiar buena y regular ($p=0,001$) con un 97.8%; y, mala el 2.2%. (Arenas, 2009).

La edad de la madre es un dato importante que debe tomarse en cuenta para el análisis puesto que la bibliografía señala que los antecedentes familiares de madres adolescentes tiene un papel importante y en este caso se puede apreciar que las madres del grupo de estudio fueron también madres en la adolescencia, especialmente en la adolescencia tardía.

En la presente investigación se encontró de manera general las adolescentes reaccionaron frente al embarazo con sentimientos de tristeza, preocupación e ideas de muerte en un 67%, porcentaje que al parecer se entiende como embarazo no planificado. (Langer, 2002)

Las dos terceras partes reciben apoyo de la pareja para realizar planificación familiar, en tanto durante la entrevista afirman que la pareja está de acuerdo que exclusivamente la mujer debe cuidarse y utilizar métodos anticonceptivos.

La percepción de las adolescentes sobre el embarazo esperado o deseado se pudo observar que sienten una emoción compartida con la pareja y a la vez la preparación para esperar el nacimiento de su hijo/a. Esta afirmación resulta una verdad, pues a pesar de la edad y el nuevo rol de la mujer adolescente, en su ambivalencia consideran el embarazo como parte del proyecto de vida el ser madre. (Best Start Source Centre, 2009) (Gómez, 2012).

Se pudo observar que menos del 10% tuvieron ideas de abortar al conocer del embarazo sin efectivizarlo; así también arrojan los resultados de la encuesta INJUV de Chile señala el aborto como una alternativa ante la noticia del embarazo no deseado, sin embargo con el paso de las semanas terminan aceptando y encariñándose con el embarazo, llegando a término. (Pino, 2011)

Se pudo observar que un 19,3% indicaron haber tenido abortos de causas no explicadas; mientras un estudio realizado en Catamayo Loja, señala que el 48% de las adolescentes con embarazo subsecuente han presentado entre uno y dos abortos previos sin causas manifiestas. (Idrobo, 2012)

El estudio realizado por Izurieta, J. y cols., con 130 adolescentes que presentaron embarazo subsecuente en los hospitales Gineco-Obstétrico Isidro Ayora y General Dr. Enrique Garcés, reportó que la mayor parte de las adolescentes que planificaron un nuevo embarazo, tenían antecedentes de aborto.

En relación al motivo del embarazo en el estudio señala el 63% que fue por retener a la pareja, presión de la pareja, por dejar el hogar y desconocimiento y un 37% señalan que el embarazo es por amor. Similar al estudio de Escobar, D. y cols., realizado en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora; donde el 75% de jóvenes con embarazo subsecuente no planificaron.

Escobar (2006) también señala que la terminación negativa del embarazo, es un factor de riesgo para el embarazo subsecuente en adolescentes.

Así mismo Romo muestra en su trabajo datos reportados de un estudio realizado en Estados Unidos, donde el 78% de los embarazos adolescentes no son planeados o deseados (Romo, 2013).

Análisis de los factores relacionados con el acceso al servicio de salud:

Se puede apreciar que más del 50% de las adolescentes embarazadas del estudio acudieron al centro de salud para ser atendidas; el 82 % realizó el primer control prenatal dentro de los tres primeros meses de gestación y a la fecha de la encuesta el 69.5% registraban de dos a cuatro controles, a pesar de señalar un 70% desconfianza como motivo para no acudir al servicio de salud. (Norma y protocolo materno del MSP) (Issler, 2001).

Mediante la entrevista permitió conocer que la desconfianza se traducía en el temor y miedo a ser juzgado por el personal de salud.

Lourdes de 18 años “para que voy al centro de salud, si me dicen que no hay turno que llame o que vaya más temprano... y además no me gustan que todo el mundo me vea que voy donde la doctora porque muchos me quedan mirando....entonces eso no me gusta, por eso prefiero ir al doctor particular. Otra cosa...es que mmm...me da vergüenza y pienso que me rechazan por estar embarazada y me pregunten por qué no me cuidé.”

Las participantes del estudio manifestaron durante las intervenciones la falta de confidencialidad en el personal de salud, entendiéndose como barrera de acceso.

Situación similar menciona Sadler y otros en su estudio realizado en Chile en el 2009, donde señalan que la existencia de barreras para el acceso a los servicios de salud impide a las adolescentes a recibir atención, asesoría e información adecuada en salud sexual y reproductiva (Sadler, 2009)

Los investigadores encontraron que las adolescentes que tienen un segundo embarazo o de orden superior que buscaron atención prenatal más tarde, tuvieron menos visitas prenatales, no

cumplieron con la atención postparto y estaban en mayor riesgo de un nuevo embarazo (Issler, 2001)

Dentro del grupo de discusión, señalaron que existe múltiples razones para no acceder a los servicios de salud: por vergüenza a ser reveladas por mantener actividad sexual a temprana edad, el temor a ser reconocidas en la sala de espera, rechazadas y sobretodo la preocupación de la confidencialidad de los profesionales de la salud, por ello dieron a conocer que prefieren no acudir al control para evitar ser discriminadas y juzgadas. Además manifiestan que han sido tomadas como un mal ejemplo en las entidades educativas y en las familias afectando su autoestima.

Similar a lo señalado por Sadler, quien señala los motivos para el acceso a los servicios de salud por parte de las adolescentes. (Sadler, 2009).

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Al término del presente trabajo de investigación y cumpliendo con los objetivos establecidos se realiza las siguientes conclusiones:

En cuanto a la prevalencia el estudio reveló el 32.8% de embarazos subsecuentes en adolescente, porcentaje que supera lo señalado en la bibliografía.

Con respecto a los factores sociodemográficos en relación al embarazo subsecuente.

Los embarazos subsecuentes en el estudio se presentan entre los 15 y 19 años, con un promedio de 17 años. La tercera parte de las adolescentes con embarazo subsecuente conviven en pareja, casadas y en unión libre. Esto muestra una tendencia a vincular la maternidad con la convivencia en pareja, aunque tanto solteras y casadas señalan actividad sexual.

Así mismo la actividad ocupacional reflejada en la falta de estudios y trabajo. El nivel de estudios sobrepasa la primaria completa y secundaria incompleta. Entendiéndose que la falta de preparación académica contribuiría a tener una actividad laboral con remuneración reducida. Más del 55% proceden de área rural (recintos).

El promedio de edad de inicio de la actividad sexual es a los 14 años.

Aunque no existe significancia estadística, se observó que las madres de las adolescentes de estudio tuvieron hijos también en la adolescencia.

Con respecto al nivel de conocimientos de MAC, práctica en sexualidad, percepciones y creencias de la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, las adolescentes entrevistadas indican que el 84.7% conoce sobre MAC y el uso del condón, sin embargo el 76%, no utiliza y el 50% no utilizaron anticonceptivos.

Las adolescentes con embarazo subsecuente señalan sobre las creencias y percepciones negativas de los MAC e indican que el 28.3% de las embarazadas subsecuente creen que no existe riesgo de embarazo si mantienen actividad sexual sin utilizar anticonceptivos, mientras que un 71.7% si creen.

En cuanto a la relación familiar, de pareja y los aspectos psicosociales relacionados con el embarazo subsecuente, el 78% señala que vivieron con los padres antes del embarazo actual. El 97% califican la relación familiar de buena y regular. Un 63% indican sentimientos de tristeza, preocupación e ideas de muerte, lo que al parecer el embarazo no fue planificado; y, un 6.5% tuvieron ideas del abortar.

Llama la atención los motivos para un nuevo embarazo: por retener a la pareja, presión de la pareja, por dejar el hogar y desconocimiento, lo que al parecer se considera como embarazo no deseado.

Más de un tercio de las participantes señalan que reciben apoyo de la pareja para la planificación familiar, sin embargo en la discusión de grupo, las adolescentes expresaron que las parejas le apoyan pero aclaran que sea exclusivamente la mujer quien debe cuidarse o utilizar anticonceptivos.

Con respecto a los factores que determinan el acceso al servicio de salud, el 70 % de la adolescentes con embarazo subsecuente manifestaron desconfianza en el servicio de salud, al parecer constituiría una barrera de acceso, sin embargo más del cincuenta por ciento acudieron al control prenatal de las cuales el 82% lo hizo en el primer trimestre de embarazo, expresado entre dos a cuatro controles con el 69.5% a la fecha de la encuesta. Siendo el mínimo cinco controles durante en el embarazo (Norma y protocolo materno del MSP).

Las adolescentes en el grupo de discusión señalan que acuden al servicio de salud, pero sienten vergüenza a ser reveladas por mantener actividad sexual a temprana edad, el miedo a ser rechazadas y reconocidas en la sala de espera, y sobre todo la preocupación de la confidencialidad, por ello dieron a conocer que prefieren no acudir al control para evitar ser discriminadas y juzgadas.

En general, los resultados del embarazo subsecuente en las adolescentes del cantón Pedro Vicente Maldonado representan un tema de interés en la salud pública, en tanto la educación en salud sexual y reproductiva continúa siendo el eje primordial como estrategia en la disminución de embarazos en adolescentes, sin descuidar el aspecto afectivo, psicológico, emocional y conductual.

Dado el bajo nivel de educación, económico, el escaso conocimiento en materia de salud sexual y reproductiva se impone la mayor posibilidad de presentarse un nuevo embarazo no deseado en la adolescente. Es por ello que el tema del embarazo adolescente conlleva a las autoridades de salud a la implementación de estrategias que potencien los factores protectores, encaminados a promover alternativas en la planificación familiar, que permita reducir el embarazo a repetición.

El embarazo en la adolescencia tanto el primero como el subsecuente tienen similares factores asociados, y se destacan el inicio temprano de la actividad sexual, primer embarazo antes de los 15 años, los patrones culturales y familiares, el bajo nivel educativo, ruralidad, el desconocimiento en materia de sexualidad, el uso inadecuado de anticonceptivos, los mitos y creencias de la Planificación familiar, la escasa motivación en un proyecto de vida.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

Dado el riesgo que existe tanto para la madre adolescente, el hijo y la sociedad en general el embarazo subsecuente en adolescentes, se considera una serie de ideas a tomarse en cuenta:

El personal de salud encargado del programa de adolescentes debe estar debidamente capacitado y sensibilizado para la atención a adolescentes en las áreas de anticoncepción, SSR, quienes deben sentirse cómodos discutiendo estos temas con madres adolescentes, sus parejas y familiares, en el marco del respeto de las normas culturales, religiosas y comunitarias.

Alentar a las madres adolescentes a considerar las opciones de superación para mejorar las condiciones psicológicas y sociales y el de impulsar la reinserción educativa que permita proyectarse una calidad de vida digna, puesto que la mayoría de autores señalan que la reinserción escolar es un factor protector frente al embarazo subsecuente en adolescentes.

Es cierto que muestran un ligero conocimiento en sexualidad, más debe reforzarse con asesoramiento de calidad sobre la Planificación familiar y el uso de MAC. El abordaje de temas de educación sexual y salud reproductiva a madres adolescentes, parejas y familias en donde se crea un espacio de interacción para conocer inquietudes y que faculte respuestas satisfactorias, generando de este modo cambios conductuales en una sexualidad sin mitos.

Es importante resaltar el trabajo intersectorial con los Ministerios de Educación, Inclusión Económica y Social, La coordinación de desarrollo social, Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia, las ONGs entre otras con el propósito de generar acciones conjuntas en impartir talleres educativos en temas relacionados a la educación en salud sexual y reproductiva.

En cuanto al acceso a los servicios de salud, es indispensable reconocer las barreras de acceso desde los proveedores de salud haciendo hincapié en la confidencialidad, respeto, calidez y el lenguaje corporal.

Así mismo es ideal la conexión del personal de salud con las madres adolescentes, pareja y sus familias. Los servicios de salud deben incluir apoyo relacionado con la salud perinatal, la transición a la paternidad y crianza de los hijos.

La visita domiciliaria como estrategia de intervención permite un abordaje integrado de educación en materia sexual-afectiva en adolescentes que juega un papel importantísimo relacionado al embarazo, parto y postparto. Por lo tanto debe trabajarse en el fomento del retraso del segundo embarazo no deseado.

Se debe promocionar el servicio de atención integral a la adolescencia en las unidades del MSP con la finalidad de atraer, conquistar y retener a las madres y padres adolescentes en dichas unidades de salud y para ello debe existir personal calificado o especializado en la atención a adolescentes y contar con el espacio adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, J. (2001). Planificación Familiar y Algunas Perspectivas de Embarazo en Adolescentes. Tesis de especialización en Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Andrade, M. 2009. 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 en el C.S. PUENGASÌ/1.
- Avilés, J. & otros (2013). Trabajo sobre Prevalencia del embarazo precoz y factores asociados en las adolescentes de los colegios urbanos de la ciudad de Cuenca periodo lectivo 2011-2012.
- Área de Salud No.11 Pedro Vicente Maldonado (2012). Departamento de estadística.
- Arenas, S. (2009) Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. Lima. Consultado el 20 de abril del 2014 en http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2562/1/arenas_as.pdf.
- Azevedo et al., (2012). UNESCO, Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el caribe. Pág. 10. Consultado en mayo 2014. <http://www.redetis.iipe.unesco.org/wp-content/uploads/2014/01/embarazo-adoles-y-oport-en-ALyC-BID.pdf>
- Baeza, B. Póo A. Vásquez O., Muñoz S. & Vallejos C. Rev Chil Obstet ginecol 2007; 72(2):76-81. <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n2/art02.pdf>.
- Beltrán, L. (2006). Fundación de escuela de Gerencia Social. Embarazo en Adolescentes. Caracas. Disponible en <http://prosalud.org.ve/public/documents/20100804101280942170.pdf>.
- Best Start Source Centre, (2009). Subsequent Teen Pregnancies: Exploring the Issues, Impact and effectiveness of prevention strategies. Canadá. Disponible en www.beststart.org/resources/.../subsequent_teen_pre.
- Boetto, C. & Aracena, M. (2005). Estudio Exploratorio Sobre la Visión de Salud de un Grupo de Adolescentes Hombres Desertores del Sistema Escolar de la Comuna de Santiago, Chile: Sus Necesidades, Aspiraciones, Prioridades y Propuestas.

Black, M. et al. (2006). Delaying second births among adolescent mothers: A randomized, controlled trial of a home-based mentoring program. *Journal of American academy of Pediatrics*. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17015500

Bustamante, F. (2008). *Revista Pediatría electrónica*. ISSN 0718-0918 Vol 5, N° 1. Departamento de psiquiatría. Facultad de medicina. Universidad de los Andes. . Santiago: 2009.

Carballo, A., Gómez A., Elizondo G., Hernández G., Rodríguez M & Serrano X. (1998). El proyecto de vida desde la perspectiva de los y las adolescentes. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/bv/tfg-lic.php>. Consultado el 14 de abril 2013.

Cazar, J. (2010). Estado nutricional del recién nacido y factores de riesgo en adolescentes embarazadas de 10 a 19 años. Trabajo de postgrado de Pediatría, pág. 24. Disponible en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3951/1/MEDP05.pdf>.

Celi, R., Hidalgo, L. Chedraui, P. Gonzaga, M. (2008). “Factores Etiológicos y epidemiológicos en adolescentes embarazadas” realizado en el Hospital Ginecoobstétrico Enrique Sotomayor. Guayaquil – Ecuador. Disponible en www.sasia.org.ar/.../Factores-etilogicos-epidemiologicos-adolescentes-e, obtenido el 20 noviembre del 2013.

Centro de Salud Pedro Vicente Maldonado (2012). Archivos de estadística.

Censo de población y vivienda, 2010. Disponible en línea anda.inec.gob.ec > ... > [Catálogo Central de Datos](#) > [SOCDEMO](#)

Contreras, J. (2011). Prevalencia de embarazo en adolescentes en la e.s.e. Alejandro Próspero Reverend de Santa Marta. s/n. Consultado en junio 2013 en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6388/1/597972.2011.pdf>.

Dides, C., Benavent, C. y Morán, J.M. (2008) Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile. En www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/43018.pdf

ENDEMAIN, (2004). CEPAR. Adolescentes y jóvenes. Págs. 1 – 4. www.cepar.org.ec/sites/default/files/endemain-pichincha.pdf

Escobar D, Velasteguí D, Guijarro S. & Ortiz P. (2008). Factores de riesgo relacionados con embarazo subsecuente en adolescentes. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*. 2008. 9(1). Art. En Español LILACS | ID: lil-573047. Disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-573047>. Recuperado el 20 de julio 2014

Escobar, J. (2006). Prevención del embarazo subsecuente, “una tarea impostergable”. v curso internacional de adolescencia saia - hgoia. xiii curso internacional de la fipa. Quito, Pichincha. Ecuador. <http://www.prenatal.tv/lecturas/mod3/con4.pdf>. Recuperado en julio del 2013.

Escobar, J. (s/f) Anticoncepción posparto. JLE.pdf. Disponible en <http://www.adolescenciaalape.org/sites/www.adolescenciaalape.org/files/Conf%2011.%20Anticoncepci%C3%B3n%20posparto.%20JLE.pdf>

Escobar, J. & Bonilla, F. (s/f). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. Cuadernos hispanoamericanos de psicología. Vol. 9 N° 1, 51- 56. Disponible en www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/.../revistas/.../articulo_5.pdf. Revisado el 15 agosto 2013.

Flick, U. (2004). Introducción a la investigación cualitativa. Disponible en <http://comunidad.udistrital.edu.co/geaf/files/2012/09/2010Vol5No2-007.pdf>. Consultado en marzo del 2014.

Flórez, C. y Soto, V. (2004) Fecundidad Adolescente y desigualdad en Colombia. Disponible en <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/30029/lcg2340-p2.pdf>.

Fonseca, E. (2006) Análisis de la relación entre intervalos intergenésicos y la sobrevivencia del niño, Honduras en <http://ccp.ucr.ac.cr/publicaciones/tesis.html>

GAD Municipal Pedro Vicente Maldonado (2010) Archivos. Consultado en mayo 2013. <http://www.pedrovicentemaldonado.gob.ec/index.php/gad-municipal/15-ley-de-transparencia>

Gómez, A., Gutiérrez M., Bouquet R., Sánchez L., Herrera N. & Ballesteros, M. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. Rev. Salud Pública. 14 (2): 189-199. Disponible en www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a01

Greene, M., Joshi S. & Robles O., (2012).El estado de la población Mundial. Si a la opción, no al azar. Planificación de la familia, derechos humanos y desarrollo. Recuperado el 20 de septiembre del 2014. www.facmed.unam.mx/deptos/salud/.../EdoPoblacionMundial_2012.pdf.

Guevara, W. (2012). Prevalencia del embarazo en adolescente y los factores psicosociales asociados en los colegios de Cuenca-Ecuador 2012. Tesis de especialidad. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4006>

Guijarro, S. (2008). Plan de Prevención del embarazo en la adolescencia. Quito. Disponible <http://sap.org.ar/docs/congresos/2013/adole/presentaciones/guijarro.pdf>.
[http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20embarazo%20en%20adolescentes%20\(Ecuador\).pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20de%20embarazo%20en%20adolescentes%20(Ecuador).pdf).

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. 4ta edición. Editorial Mc Graw-Hill. Interamericana. México. Disponible en www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod_invest.pdf. Revisado el 20 de octubre del 2013.

Hernández, B. (septiembre-octubre de 2000). Encuestas transversales. (C. d. Dirección de Epidemiología, Ed.) Salud pública de México, 42(5), 447-455.

Idrovo, I. 2012. Prevención del Embarazo Subsecuente en Adolescentes. Centro de Salud de Catamayo. Loja Ecuador. Consultado en mayo 2013
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/991/1/Tesis%20final.pdf>

INEC (2010). La nueva cara socio demográfica del Ecuador. Quito: Antra. Edición especial. Disponible en http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/Nuevacarademograficadeecuador.pdf

Instituto Nacional de estadísticas y Censos, Tasa global de fecundidad por provincias, período 2010-2020. Disponible en http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/metodologia.pdf.

Issler, J. (2001). Embarazo en la Adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107. Página: 11-23.
http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

Klerman, L. (2004). Another chance: Preventing additional births to teen mothers. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Disponible en https://thenationalcampaign.org/sites/default/files/resource-primary-download/anotherchance_final.pdf.

Lammers C. (2000). Adolescencia y embarazo en el Uruguay. Joven, pobre y embarazada: antecedentes y estrategias para mejorar la situación y el futuro de las madres adolescentes. México D.f. Disponible en <http://files.luisavarela.webnode.es/200000171-8e7cd8ef2e/Adolescencia%20y%20embarazo%20en%20Uruguay.pdf>

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n3/9402.pdf>.

León, P., Minassian, M., Borgoño, R., Bustamante, E, F. (2008). Embarazo Adolescente. Revista Pediatría Electrónica. Vol.5. Chile. Disponible en <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html>

Llanes, A. Q. N. (2006). Embarazo en la Adolescencia: Intervención educativa. Bogotá.: Artículos originales. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552009000100009&script=sci_arttext

Mendoza, L., Arias, M., & Mendoza, L. (2012). Hijo de madre adolescente: riesgo, morbilidad y mortalidad. Rev. Chile Obstet Ginecol 2012; 77 (5): 375-382.

Mendoza, W. & Subiría, G (2013). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a17v30n3.pdf>. Consultado el 22 de julio del 2014.

Ministerio de Salud Pública (2010) Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y prevención del Embarazo en Adolescentes. ENIPLA.

Ministerio de Salud Pública. (2008) Norma y protocolo materno. www.conasa.gob.ec/index.php?...normativo-materno-2008. Consultado el 13 de julio 2014.

Okuda Benavides, Mayumi; Gómez-Restrepo, Carlos. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV, núm. 1, pp. 118-124 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia en <http://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>.

Organización Mundial de la Salud. (2004.). Criterios médicos para la elegibilidad para el uso de anticonceptivo. Ginebra: pdf. Disponible en <https://www.k4health.org/sites/default/files/MedicalEligibilityCriteriaSpanish.pdf>.

Organización Mundial de la salud (2006). Definición de sexualidad. Disponible http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en

PAHO, Salud en las Américas, 2007, Volumen I, Salud sexual y reproductiva. Pág. 179. Disponible en www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&task

Pantelides, E. y Binstock, G. 2010. La fecundidad adolescente en la Argentina al comienzo del Siglo XXI. Revista Argentina de Sociología Año 5 N° 9 — ISSN 1667-9261 (2007), pp.24-43. Consultado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482007000200003

Pino, R., Escobar, C., Muñoz, C. &Torrent, C. (2011). Técnica, C., de Trabajo ARS Chile.E. Título de la consultoría: Estudio cualitativo: Representaciones y significaciones sobre el embarazo adolescente de padres y madres de hasta 19 años. Disponible en http://www.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210121549280.Estudio_Embarazo_Adolescente_INJUV.pdf.

Plan Andino de Prevención del embarazo en la adolescencia (2008). Embarazo en adolescentes en la subregión andina. Disponible en <http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Diagnostico%20Final%20-%20Embarazo%20en%20adolescentes.pdf>.

Plan Nacional de Prevención del Embarazo en adolescentes. (s/f). Disponible en <http://prenatal.tv/lecturas/ecuador/EMBARAZOADOLESCENCIA-ecu.pdf>

Presler-Marshall E and Jones N., (2012). Charting the Future. Empowering girls to prevent early pregnancy. Disponible en: <http://www.odi.org/resources/docs/7724.pdf>

Romo, S. (2013). Embarazo adolescente . Tesis de grado en Medicina. Universidad San Francisco de Quito. Quito. Disponible en <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/2171>

Sadler, M., Obach, A., Luengo, M. & Biggs, M.(2009). Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. <http://seminariogenero.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/CulturaSalud.pdf>.

Sandoval, C. (2002) Métodos y técnicas de investigación social. Investigación Cualitativa. Bogotá. www.virtual.unal.edu.co/cursos/humanas/mtria_edu/.../casilimas.pdf

Santelli , J. Lowry R. Brener N. & Robin L. (2000). The association of sexual behaviors with socioeconomic status, familystructure, and race/ethnicityamong US adolescents. Texas: s/n. Am J Public Health. 2000 October; 90(10): 1582–1588.

Stasiejko, H. (s.f.). La triangulación de datos como criterio de validación interna en una investigación exploratoria. Disponible en <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/17245>

Strauss, A., & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ra edición en español. Disponible en books.google.com/.../Bases_de_la_investigación_cualitativa.html?hl=es. Consultado febrero 2013.

UNICEF. (Abril 2012). Progress for children 10 SP. A report card on Adolescents. Disponible en www.unicef.org/.../Progress_for_Children_-_No._10_EN_04232012.pdf.

UNFPA (2008). Ámbitos de convergencia: Cultura, género y derechos humanos www.unfpa.org/swp/2008/presskit/docs/sp-swop08-report.pdf

UNFPA (2013). Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Consultado en www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/SP-SWOP2013.pdf

Vallejo, R. (2009). The triangulation as procedure of analysis for educative investigations <http://www.publicaciones.urbe.edu/index.php/REDHECS/article/viewArticle/620/1578>

Waggoner, M. Gaines, R. & Klerman, L. (2012). Pregnancy Intentions, Long-Acting Contraceptive Use, and Rapid Subsequent Pregnancies among Adolescent and Adult First-Time Mothers. Disponible en [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3346287/JChildAdolescPsychiatrNurs.Mayo de 2012;25 \(2\): 96-104.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3346287/JChildAdolescPsychiatrNurs.Mayo%20de%202012;25%20(2):%2096-104)

Zegarra, T., Chávez, S., Guerrero, R. & Távara L. (2011). Mitos y métodos anticonceptivos. Promsex. Centro de Promoción y defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Disponible en www.unfpa.org.pe/.../PROMSEX-Mitos-Metodos-Anticonceptivos.pdf

9. ANEXOS

Anexo 1.



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO SUBSECUENTE EN
ADOLESCENTES DEL CANTÓN PEDRO VICENTE MALDONADO”**

Fecha: _____

Formulario N° _____

Objetivo del instrumento.

Recolectar la información necesaria sobre los factores que influyen en el embarazo subsecuente de las adolescentes embarazadas de las adolescentes del cantón Pedro Vicente Maldonado

Indicaciones.

Lea cuidadosamente una o dos veces las preguntas, luego responda lo que usted considere como la verdad; si tiene dudas solicite explicación a la encuestadora. La información proporcionada se registrará bajo un código de seguridad.

1. Cuántos años cumplidos tiene? -----

2. Actualmente usted está?

0 Soltera--- 1.casada---- 2.Unida ----- 3.Separada -----

3.Cuál es el nivel de estudios que tiene usted?

0. Ninguno ___ 1.Primaria incompleta--- 2. Primaria completa -----

3. Secundaria incompleta ----- 4.secundaria completa---- 5.Superior incompleta-

4. En relación a la ocupación que actividad realiza? (señale una respuesta)

0. No estudia ni trabaja ---- 1.Solo estudia ----- 2.Solo trabaja-----

3. Trabaja y estudia---- 4. Buscando trabajo y estudiando----

5. En qué lugar vive?: 0. Urbana (Barrios) ---- 1. Rural (recintos)-----

6. A qué edad tuvo su mamá su primer hijo o hija?-----años

7. Vivió usted con sus padres antes de este embarazo?

1. Si----- 0. No-----

8. Cómo califica la relación familiar que usted tiene con sus padres?

0. Buena----- 1. regular---- 2. Mala ----- 3. No hay relación----

9. En la actualidad con quién vive usted?

0. Padres ----- 1. Pareja: ----- 2. Padres y pareja: ----- 3. otro: -----

10. Dónde obtiene información sobre temas de sexualidad, los métodos o formas para evitar los embarazos? (señale una respuesta)

0. Centro de Salud---- 1. Amigas---- 2. Internet---- 3. Familia---- 4. colegio 5. Otro --

11. Cree que se puede embarazar en cualquier momento si tiene relaciones sexuales si no utiliza métodos anticonceptivos?

1. Si ----- 0. No ----- 2. No se -----

12. Se puede quedar embarazada en la primera relación sexual?

1. Si----- 0. No----- 2. No se----

13. Sabe usted lo que puede suceder con su salud y vida al tener embarazos seguidos a su edad?

1. Si ----- 0. No---- 2. No se -----

14. Conoce usted que el uso adecuado del condón (sombbrero, preservativo, chicle) evita el embarazo y el contagio de enfermedades transmitidas por las relaciones sexuales?

1. Si----- 0. No----- 2. No se

15. Ha escuchado hablar sobre la enfermedades que se transmiten por las relaciones sexuales?

1. Si ----- 0. No----- 2. A veces -----

16. Cree que es importante estar informada en temas de sexualidad, métodos anticonceptivos y enfermedades transmitidas por las relaciones sexuales?

0. Muy importante----- 1. Importante -----
2. Poco Importante----- 3. Nada importante----

- 17. Señale lo que sintió cuando comprobó que estaba embarazada? (una sola respuesta)**
 0. Normal----- 1. Alegre----- 2. Preocupada -----
 3. Triste ----- 4. Ideas de muerte -----
- 18. Luego de conocer que estaba embarazada, pensó en el aborto?**
 1. Si ----- 0.No-----
- 19. Señale cuál fue el motivo de su embarazo? (Una sola respuesta)**
 0. Por amor---- 1. Curiosidad----- 2. Por dejar el hogar ---- 3. Retener a la pareja - 4.
 Por presión de la pareja ----- 5. Desconocimiento-----
- 20. Cuántas veces ha estado embarazada? Una ---- Dos----- Tres-----**
- 21. Cuánto tiempo tiene de embarazo? Meses de embarazo: -----**
- 22. Señale cuántas veces ha abortado? Uno---- dos----- Tres----- 0.Ninguno --**
- 23. Su pareja está de acuerdo que se cuide para evitar los embarazos?**
 1. Si----- 0.No ----- 2. A veces -----
- 24. A qué edad tuvo su primera relación sexual? ----- años**
- 25. Luego de su primera relación sexual, ha tenido nuevamente relaciones sexuales con otra persona fuera de su pareja?**
 1. Si ----- 0.No -----
- 26. Ha utilizado condón durante las relaciones sexuales?**
 1. Siempre----- 0.Nunca----- 2. A veces -----
- 27. En la relación sexual en la que posiblemente se quedó embarazada, consumió alcohol previamente?**
 1. Si----- 0.No-----
- 28. Señale si ha utilizado algún método anticonceptivo antes de este embarazo?**
 1. Si ---- 0.No----- 2.A veces----
- 29. En dónde se hace el control del embarazo?**
 0. Centro de Salud---- 1.Hospital PVM----
 2. Médico particular---- 3.Ninguno---- 4.Comadrona/partera-----
- 30. Indique cuánto tiempo de embarazo tenía cuando se hizo su primer control?**
 ----- meses ó ----- semanas
- 31. Cuántas veces se hizo el control de éste embarazo?**

Una----- Dos a cuatro ----- Cinco y más----- 0. Ninguno -----

32. Si la respuesta anterior es Ninguno, cuál es el motivo para no hacer el control del embarazo?

0. Desconocimiento ----- 1.Desconfianza ----- 2.Falta de dinero----
3. Viven lejos--- 4. Otro

33. En dónde ha pensado dar a luz a su hijo o hija?

0. Centro de Salud---- 1.Hospital PVM -----
2. Médico particular---- 3.Domicilio---- 4.Otro.---

Anexo 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Formulario del Consentimiento informado
Universidad San Francisco de Quito
Comité de Bioética

Título de la investigación: 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

Versión y Fecha: 1.

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito.

Nombre del investigador principal: Sara Liduvina Pacheco Maldonado

Número telefónico y correo electrónico del investigador principal: 2392877 / 74

Celular 0997270463 sliduvina@yahoo.essaralipama2012@hotmail.com

1. Introducción

Usted está invitada a participar en el estudio de investigación con el tema “Factores relacionados con el embarazo subsecuente y la percepción de las experiencias vividas” el mismo que está dirigido a mujeres embarazadas de 11 a 19 años con la finalidad de educar sobre los derechos de la salud sexual y salud reproductiva y que les permita conocer los métodos para espaciar los embarazos y prevenir los embarazos no deseados.

Su participación es de libre elección; tome el tiempo necesario en leer y analizar con su familia, padre, madre, hermanas, pareja o personas de su confianza para que decida e indique que si están de acuerdo firmen conjuntamente con usted. Este formulario incluye un resumen de la información que los investigadores analizarán con usted. Si decide participar en el estudio, usted recibirá una copia de este formulario. Por favor, haga todas las preguntas o inquietudes que tenga sobre el estudio.

2. ¿Por qué se está realizando este estudio de investigación?

Este estudio se realiza debido al incremento en el número de adolescentes embarazadas en los cuatro primeros meses del año 2012, el cual tiene por objeto identificar los factores que están influyendo o se asocian con el embarazo subsecuente en madre adolescente, además se pretende buscar estrategias para disminuir o evitar los embarazos no deseados en este grupo de edad por ende los riesgos y complicaciones.

3. ¿Hay algún beneficio por participar en el estudio?

El participar en este estudio da como beneficio para la sociedad, la posibilidad de que planifiquen sus embarazos con la finalidad de evitar los riesgos clínicos, sociales y psicológicos tanto para la madre y el recién nacido. El beneficio individual, de participar en este estudio es el apoyo en el proyecto de vida y la continuidad de los estudios durante el embarazo y luego del parto.

4. ¿Cuántas personas participarán en el estudio?

Participarán todas las adolescentes embarazadas entre 11 a 19 años que cumplan con los siguientes **criterios**:

Adolescentes embarazadas que residan en Pedro Vicente Maldonado.

Adolescentes embarazadas que acuden al Centro de Salud P.V. Maldonado y otras entidades de salud.

Adolescentes embarazadas que acepten participar en el estudio.

5. ¿En qué consiste el estudio?

El estudio consiste en identificar los factores que influyen o se asocian con el embarazo subsecuente en adolescentes y a la vez determinar cuánto conocen sobre salud sexual y reproductiva. Se recogerán datos en un cuestionario, además se realizará trabajos en grupo y entrevistas donde compartirán experiencias vividas durante el embarazo.

6. ¿Cuánto tiempo durará mi participación en el estudio?

Su participación en este estudio durará alrededor de cinco meses, de enero a mayo. Cada encuesta toma aproximadamente 30 minutos y se realizarán dos, una en enero y febrero, y otra en mayo. Se trabajará una vez por grupo, el cual durará 90 minutos y la entrevista de 30 a 45 minutos.

7. ¿Cuáles son los riesgos de participar en este estudio?

Por ser un tema delicado podría afectar la sensibilidad, es decir que traerá recuerdos como rechazo o indiferencia en el colegio o maltrato en el hogar por el embarazo entre otras.

8. ¿La información que doy son confidenciales?

La información será manejada de la siguiente manera: Se aplicará medidas de seguridad a través de códigos para proteger la información que usted nos proporcionará, es decir se utilizará la inicial de los apellidos y nombres y se añadirá un código con seis dígitos.

Solo las personas directamente relacionadas a la investigación sabrán su nombre y no será mencionado en los reportes de la investigación.

El Comité de Bioética podrá tener acceso a los expedientes en caso de necesidad por problemas de seguridad o ética en el estudio.

9. ¿Qué otras opciones tengo?

Usted puede decidir participar o no.

10. ¿Cuáles son los costos del estudio de investigación?

Ninguno.

11. ¿Me pagarán por participar en el estudio?

Usted no recibirá ningún pago por participar en este estudio.

12. ¿Cuáles son mis derechos como participante de este estudio?

Su participación en este estudio es voluntaria; es decir, usted puede decidir el no participar. Además, si usted decide participar, puede retirarse del estudio en cualquier momento; para hacerlo debe ponerse en contacto con la investigadora mencionada en este formulario de consentimiento informado. No habrá sanciones ni pérdida de beneficios.

13. ¿A quién debo llamar si tengo preguntas o problemas?

Si usted tiene alguna pregunta acerca del estudio, llame o envíe un mensaje de correo electrónico a: Sara Pacheco Maldonado correo electrónico: sliduvina@yahoo.essaralipama2012@hotmail.com, llamar a los teléfonos 2392877/2392874, celular 0997270463 o también comunicarse con el Dr. William Waters, en el Comité de Bioética, Casa Corona, Oficina 103, Universidad San Francisco de Quito, Telf. 02-297-1775, o por correo electrónico a: comitebioetica@usfq.edu.ec

14. El consentimiento informado

Comprendo mi participación y los riesgos y beneficios de participar en este estudio de investigación. He tenido el tiempo suficiente para revisarlo y el lenguaje del consentimiento fue claro y comprensible. Todas mis preguntas como participante fueron contestadas. Me han entregado una copia del este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente el participar en este estudio de investigación.

Firma del participante o representante legal

Fecha

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento

Firma del investigador

Fecha

Firma del testigo (si es que aplica)

Anexo 3

Operacionalización de Variables

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES						
CATEGORIZACIÓN	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	PREGUNTAS	ESCALA
1. DATOS DEMOGRAFICOS	Edad	cuantitativa	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Número de adolescentes con embarazo a repetición	Cuántos años cumplidos tiene?	Años cumplidos
	Estado civil	cualitativa	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con otra persona.	Número de adolescentes que conviven con pareja o separadas	Actualmente usted está?	Soltera, casada, unida, separada,
	Escolaridad	Cualitativa	Tiempo en que un alumno asiste a la escuela o cualquier otro lugar de enseñanza.	Porcentaje de adolescentes identificados por su nivel de educación.	Cuál es el nivel de estudios que tiene usted?	Ninguno Primaria incompleta Primaria Completa Secundaria incompleta secundaria completa Superior incompleta

	Ocupación	cualitativa	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña una persona en su trabajo u oficio.	Número de de adolescentes que tienen determinada ocupación laboral o solo estudian	En relación a la ocupación, qué actividad realiza?	No estudia ni trabaja Solo estudia, Solo trabaja, Trabaja y estudia, Buscando trabajo y estudiando.
	Lugar de Residencia	cualitativa	Lugar donde vive de manera habitual	Número de adolescentes con embarazo subsecuente en relación a la residencia.	En qué lugar vive?	Urbana (barrio) Rural (recintos)
	Inicio de vida sexual	Cuantitativa	contacto sexual físico de dos personas con el objeto de dar y/o recibir placer o con fines reproductivos	Número de adolescentes que iniciaron actividad sexual de acuerdo a la edad	A qué edad tuvo su primera relación sexual?	Años
	tiempo de edad gestacional	Cuantitativa	Tiempo de duración del embarazo desde la fecundación hasta el nacimiento del feto.	Número de Adolescentes que responden sobre la edad gestacional de su embarazo	Cuánto tiempo tiene de embarazo?	semanas meses
	Embarazo subsecuente	Cuantitativa	Aquel que se presenta en un período intergenésico de 1 a 2 años.	Número de encuestadas que indican cuantos embarazos han tenido	Cuántas veces ha estado embarazada?	Uno Dos tres Ninguno

2. CONOCIMIENTOS SOBRE SEXUALIDAD, METODOS ANTICONCEPTIVOS	Fuente de información sobre sexualidad	Cualitativa	Lugar o espacio donde se obtiene variada información en temas de sexualidad.	Porcentaje de adolescentes que obtiene información sobre sexualidad y anticoncepción en lugares de su preferencia.	Dónde obtiene usted información sobre temas de sexualidad, los métodos o formas para evitar los embarazos? (señale una respuesta)	Centro de Salud Internet Familia Amigos colegio Otro
	Percepción del uso del condón	Cuantitativa y cualitativa	El uso del condón previene embarazos, infecciones de transmisión sexual, es asunto de dos, independientemente de quién decida usar el método anticonceptivo.	Porcentaje de adolescentes encuestadas que conoce la importancia del uso del condón.	Conoce usted que el uso del condón evita el embarazo y el contagio de infecciones transmitidas por las relaciones sexuales?	SI NO No se
	uso del condón	Cualitativa	El condón es una funda fina elástica para cubrir el pene durante el coito	Número de adolescentes que utilizan condón en las relaciones sexuales	Ha utilizado condón durante las relaciones sexuales?	Siempre Nunca A veces
	Métodos de anticoncepción utilizado	Cualitativa	Los métodos de anticoncepción son de barrera, combinados, naturales y los definitivos	Porcentaje de adolescentes que utilizan MAC para prevenir el embarazo.	Señale si ha utilizado algún método anticonceptivo antes de este embarazo?	si NO A Veces

	Embarazo en la primera relación sexual	Cualitativa	Es la expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente.	Número de adolescentes que piensan que con la primera relación sexual puede embarazar.	Se puede embarazar en la primera relación sexual?	SI NO No se
	Falta de orientación sobre el uso adecuado de MAC	Cualitativa	La PF permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de MAC.	Porcentaje de adolescentes que piensan que puede embarazar si no utiliza métodos anticonceptivos.	Cree que se puede embarazar en cualquier momento, si tiene relaciones sexuales y no utiliza métodos anticonceptivos?	SI NO No se
	ITS	Cualitativa	Infecciones transmitidas a través de las relaciones sexuales desprotegidas	Porcentaje de Adolescentes embarazadas que han escuchado hablar sobre infecciones de transmisión sexual	Ha escuchado hablar de las enfermedades que se transmite por las relaciones sexuales?	SI No A veces

	Conoce las consecuencias del embarazo adolescente	Cualitativa	En el aspecto médico, trae consecuencias que afecta la salud de la madre y niño-a por la inmadurez de los órganos reproductores. En lo psicosocial unas desean y otras se ven afectadas por la falta de preparación para el nuevo rol de madre.	Número de encuestadas que conocen las consecuencias del embarazo en la adolescente	Sabe usted lo que puede suceder con su salud y vida de la adolescente al tener embarazos seguidos?	Si No No se
	Percepción sobre la necesidad de educación sexual	Cualitativa	Propuesta educativa que debe incluir todos los elementos de la sexualidad	Número de adolescentes que consideran importante la información sobre salud sexual y reproductiva	Cree Usted que es importante estar informada sobre temas de sexualidad, planificación familiar y las enfermedades de transmisión sexual?	Demasiado importante Poco importante Nada importante
3. RELACIÓN FAMILIAR Y ASPECTOS PSICOSOCIALES	Edad de la madre de la adolescente cuando tuvo su primer hijo o hija	cuantitativa	El embarazo precoz en la mujer adolescente.	Porcentaje de adolescentes encuestadas, hijas de madres adolescentes	A qué edad tuvo su mamá su primer hijo o hija?	Años

	Convivencia con los padres antes del embarazo actual	cuantitativa	El vivir con otros y compartir valores, interrelacionarse y llegar a acuerdos comunes que favorezcan y se beneficien todos.	Número de embarazadas que convivieron con los padres antes de quedar embarazada.	Vivió usted con sus padres antes de este embarazo?	Si No
	Relación familiar	cuantitativa	Relación e interacción entre los miembros de la familia.	Porcentaje de encuestadas que identifican el tipo de relación con la familia.	Cómo califica la relación que tiene usted con sus padres?	Buena Regular Mala No hay relación
	Convivencia Familiar Actual	cuantitativa	El vivir con otros y compartir valores, interrelacionarse y llegar a acuerdos comunes que favorezcan y se beneficien todos	Porcentaje de madres adolescentes que nos permiten conocer con quien viven en la actualidad.	En la actualidad con quién vive usted?	Padres, Pareja, Padres y pareja, otro
	Percepción sobre la Prueba positiva de embarazo	Cualitativa	La detección de HCG, en sangre determina una alta probabilidad de embarazo	Número de adolescentes embarazadas que experimentaron reacciones diversas por la confirmación del embarazo.	Señale lo que sintió cuando comprobó que estaba embarazada?	Normal Alegre Preocupada Tristeza Ideas de muerte
	Precepción sobre el aborto	Cualitativa	Es la interrupción de la gestación con la expulsión del feto de forma natural o provocada.	Número de personas que pensaron en el aborto cuando confirmaron el embarazo	Luego de conocer que estaba embarazada, pensó en el aborto?	SI NO

	Motivos para el embarazo	Cualitativa	Razón por la cual se dio el embarazo	Número de encuestadas que defiende el motivo de su embarazo.	Señale cuál fue el motivo para quedarse embarazada? (Una sola respuesta)	Por amor, curiosidad, por dejar el hogar, para detener a la pareja, presión de la pareja, desconocimiento
	Embarazos terminados en abortos	cualitativa	Es la interrupción de la gestación con la expulsión del feto de forma natural o provocada.	Número de encuestadas que han tenido abortos	Cuántas veces ha abortado?	Uno Dos tres Ninguno
	Apoyo de la pareja en la planificación familiar.	Cualitativa	La planificación familiar compartida con la pareja ayuda a evitar los embarazos no deseados.	Porcentaje de adolescentes embarazadas que cuenta con la aceptación de la pareja para la planificación familiar.	Su pareja está de acuerdo que se cuide para evitar el embarazo?	SI NO A veces
	Parejas sexuales	Cualitativa	Aquellas personas con quienes mantiene o han mantenido relaciones sexuales	Número de adolescentes que han tenido varias parejas sexuales	Luego de su primera relación sexual, ha tenido nuevamente relaciones sexuales con otra persona fuera de la pareja?	SI NO

	Consumo de alcohol en la relación sexual en la que posiblemente se embarazó	Cualitativa	Ingesta de sustancia química en su forma metilica o etilica que forma partes de bebidas: cerveza, vino, aguardiente, etc.	Porcentaje de adolescentes que tienen relaciones sexuales bajo efectos del alcohol	En la relación sexual en la que posiblemente se quedó embarazada, consumió alcohol previamente?	si NO
4. ASPECTOS ASOCIADOS AL ACCESO AL SERVICIO DE SALUD	Control Prenatal	Cuantitativa	Conjunto de acciones sistemáticas y periódicas realizadas por el profesional de la salud en una mujer durante la gestación	Número de adolescentes que acuden al control prenatal al lugar de preferencia	Dónde se hace controlar el embarazo?	Centro de Salud Hospital PVM Médico particular Partera Ninguno
	Tiempo de embarazo cuando acudió al primer control	Cuantitativa	Edad gestacional que transcurrió cuando asistió al primer control prenatal	Número de embarazadas que responde cuando acudieron al primer control.	Cuánto tiempo de embarazo tenía cuando se hizo el primer control del embarazo?	Semanas meses
	Número de controles durante este embarazo	Cuantitativa	controles periódicos del embarazo	Porcentaje de adolescentes que señalaron la cantidad de controles	Cuántas veces se hizo controlar este embarazo?	Uno, dos a cuatro, cinco y más, Ninguno
	Razones para no acudir al control	Cualitativa	Motivos que inciden en la no asistencia al control prenatal	Porcentaje de adolescentes que acuden al control prenatal	Si la respuesta anterior es ninguno, cuales con las razones para no acudir al control?	Desconocimiento, Desconfianza, falta de dinero, Viven lejos, Otro

	Lugar donde acudirá para el nacimiento de su hijo/a	Cualitativa	Entidad de salud previsto para el nacimiento de su hijo-a	Número de adolescentes que tienen decidido el lugar de su parto	En dónde ha pensado dar a luz a su hijo o hija?	Centro de Salud, Hospital PVM, Médico particular, Domicilio, Otro
--	---	-------------	---	---	---	---