



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE MEDICINA

**PREVALENCIA DEL EMBARAZO EN LA
ADOLESCENCIA EN EL AÑO 2009 EN LA
FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO CRESPO Y
FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO
ADOLESCENTE**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: RUTH MONTESDEOCA

DIRECTOR: DR. GERMÁN MONTESDEOCA

CUENCA-ECUADOR

2010

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA_____	2
AGRADECIMIENTO_____	3
RESUMEN_____	4
ABSTRACT_____	5
INTRODUCCIÓN_____	6-7-8
JUSTIFICACIÓN_____	9
OBJETIVOS_____	9
MATERIALES Y MÉTODOS_____	9-10
RESULTADOS_____	10-11-12-13-14-15
DISCUSIÓN_____	16-17-18
RECOMENDACIONES_____	19
BIBLIOGRAFÍA_____	20-21

DEDICATORIA

Todo mi trabajo está dedicado a la persona que más se sacrificó por mí, mi hijo, Martín Alejandro, que con cada sonrisa me da ánimos para salir adelante, todo mi amor para ti.

AGRADECIMIENTO

A Dios quien ante cualquier obstáculo guió mi camino para no darme por vencida.

A todos y cada uno de los profesores que influyeron en mi crecimiento científico y personal.

A todos los pacientes que silenciosamente me ayudaron a tener más experiencia y mejor desenvolvimiento con ellos.

A mis padres que son lo más valioso que tengo junto con mi hijo.

PREVALENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN EL AÑO 2009 EN LA FUNDACIÓN PABLO JARAMILLO CRESPO Y FACTORES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE

RESUMEN

La adolescencia es un periodo de desarrollo biológico, psicológico y social. La falta de información y limitaciones a servicios de salud, conllevan al embarazo adolescente. Las estadísticas indican que el embarazo adolescente en Latino América se ubica en segundo lugar de mayor incidencia a nivel mundial. Al personal médico le compete dar importancia a la prevención y mejora en cuanto a salud sexual y planificación familiar. Mi trabajo se basa en conocer la prevalencia del embarazo en la adolescencia en el año 2009 y el análisis de los factores asociados al embarazo en la Fundación Pablo Jaramillo Crespo en la ciudad de Cuenca. El periodo de estudio fue de Enero del 2009 hasta Diciembre del mismo año. Este fue de tipo descriptivo y explicativo y abarcó un total de 1291 pacientes embarazadas que dieron a luz en dicho año, posteriormente se tomó a las pacientes que tenían las edades entre 13 y 19 años con un total de 276 adolescentes embarazadas. Al investigar la prevalencia se obtuvo un 21.4% de embarazo en la adolescencia, del cual el mayor porcentaje representaba la edad de 19 años con un 32.2%, seguido de las edades de 16, 17 y 18 años. Además se analizó factores predisponentes al embarazo en la adolescencia, principalmente factores de tipo individual. La edad promedio de menarquía fue de 12 años y la de inicio sexual fue de 17 años, el 83% nunca utilizó algún método anticonceptivo. El estado civil de soltera presentó un mayor porcentaje con un 40.9%, seguido de adolescentes casadas y por último las que mantenían unión libre. La mayoría cursaban el nivel secundario de instrucción, seguido de un porcentaje menor de nivel primario y por último se encontraron las que recibían educación superior. La ocupación de la mayoría fue ama de casa seguido por estudiante. Las adolescentes embarazadas, en su mayoría provenían de áreas urbanas.

ABSTRACT

The adolescence is a biologic, psychologic and social period. The lack knowlage and health service limitations carry to teenage pregnancy. The stadistics in Latin America show that prevalence of adolescence pregnancy locates in second place in the world. The health team most be prewise and improve the sexual health and family planning. This is a descriptive and retrospective study realized at Fundación Pablo Jaramillo from January to December 2009; it's objective is to determine the prevalence of teenage pregnancy in the year of 2009 and the analisis of associated factors. It included 276 adolescent pregnant patients, who gave birth in that year. A prevalence of teenage pregnancy of 21.4% was obtained, the highest prevalence was in the group of nineteen years with a prevalence of 32.2%, follow by the group of 16 to 18 years. Beside, the risk factors for teenage pregnancy were studied, the most common age for menarche was 12 years and most teenagers began their sexual life at the age of seventeen years, 83% of the teenagers never used a contraceptive method and 40.9% of them were single. Most of the patients (65.6%) were studying high school, but the minority were in colleague. Most of them were housewives, followed by the students group, and most of them lived in urban areas.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia fue considerada por largo tiempo como una etapa de tránsito entre la niñez y la adultez, sin darle mayor importancia. A partir del siglo XX, con la evolución del mundo moderno y tecnológico, esta etapa adquiere cada vez más importancia e involucra cada vez un mayor número de años del individuo.

En 1965 la Organización Mundial de la Salud consideró la adolescencia como el periodo de la vida comprendido entre los 10 y los 19 años, en los que se produce los procesos de maduración biológica, psíquica y social. Es importante anotar que la Organización Panamericana de la Salud ha propuesto la nueva expresión “gente joven”, que considera al grupo entre 10 y 24 años inclusive de este modo se incluye al grupo adolescente de 10 a 19 años como al de jóvenes de 15 a 24 años.

Desde el punto de vista demográfico y con un sentido operacional para poder determinar los indicadores de salud se subdivide en etapas:

- Temprana entre los 10 y 14 años de edad
- Intermedia entre los 15 y 19 años
- Tardía o juventud adulta entre 20 y 24 años.

Los tres principales fenómenos que caracterizan los cambios en la adolescencia son: el crecimiento biológico o puberal, la maduración cognitiva con el inicio del pensamiento abstracto y el desarrollo psicosocial que avanza de la dependencia en la niñez a la autonomía de la edad adulta. No todos estos fenómenos se van a desarrollar de forma simultánea.

El embarazo adolescente es considerado actualmente un problema médico-social. En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, provocando un aumento de la incidencia del embarazo adolescente.

Según la OMS se estima que a nivel mundial, 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en vías de desarrollo. Además representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, existen importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre el 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh,

Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.

A nivel de Latino América la tasa de fecundidad adolescente es de aproximadamente 75 por 1000 mujeres. Al analizar la región Andina, Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile, existen alrededor de 28 millones de adolescentes, de los cuales 14.5 millones (51%) son hombres y 14 millones (49%) mujeres. De siete millones de adolescentes mujeres de 15 a 19 años aproximadamente más de un millón ya son madres o están embarazadas. En Perú, Bolivia y Chile entre 12.7 y 15.7% son madres adolescentes o están embarazadas; mientras que el 20% corresponde a Ecuador, Colombia y Venezuela¹².

En cuanto a nuestro país Ecuador, según datos epidemiológicos de la OMS del 2009 se estima que la tasa de fecundidad adolescente es de 100 por cada 1000 mujeres.

El incremento del embarazo en la adolescencia está determinada por factores de riesgo individuales, familiares y sociales. Como factores individuales se consideran la menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencias, creencias y tabúes.

Se ha postulado que el tipo de familia en el adolescente puede influir en que este adopte conductas de riesgo tales como alcoholismo, drogadicción, una iniciación sexual temprana, promiscuidad y relaciones sexuales sin protección y antecedentes de embarazos en adolescentes dentro del mismo núcleo familiar. Existe mayor porcentaje de conductas de riesgo en familias sin progenitores o un solo progenitor a comparación de adolescentes que conviven con dos progenitores, así también en hogares que cursan situaciones conflictivas y la falta de comunicación con los padres.¹¹

El riesgo social se centra en que la fuente interpersonal preferida para hablar sobre temas de sexualidad y anticoncepción es el grupo de pares, es decir, amigos, amigas, hermanos o hermanas, los cuales frecuentemente no son una fuente de información adecuada, por lo que constantemente los adolescentes tienden a tomar conductas de riesgo por presión del grupo de pertenencia y además de los medios de comunicación¹¹⁻¹⁴.

Al analizar la población adolescente en la región Andina se debe tener presente que existen diferencias entre sectores, en algunos de los cuales el embarazo adolescente no necesariamente es un problema, más bien forma parte de la cultura de dicho sector.

En este caso el embarazo se da como parte de un proyecto de vida principalmente en grupos asentados en áreas rurales y por ello se debe tener presente que a diferencia de los demás países de la región Andina, Ecuador y Bolivia cuentan con gran población indígena.

En Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, 43% las que no cuentan con un nivel de instrucción comparado con un 11% con niveles de educación más altos (secundaria completa)⁹.

Los años de escolaridad promedio es de apenas 6.8 años, de un total de 9 años obligatorios. Solo el 8.3% de la población juvenil completa sus estudios universitarios.

El 57.8% de mujeres de entre 15 y 24 años, eran estudiantes cuando supieron de su primer embarazo e interrumpieron sus estudios, de ellas tan solo el 16.5% volvió a estudiar y el 41.3% en promedio no volvió a hacerlo¹².

La situación económica también es un factor predisponente ya que existe una mayor exposición del embarazo entre adolescentes pobres y sin educación lo que expone a estas y su descendencia a un riesgo al menos por una generación de constante pobreza, debido a que es más difícil acceder a puestos de trabajo, escuelas y continuar con su educación.

Se puede entonces afirmar que la maternidad temprana es un mecanismo de transmisión de la pobreza, sin embargo, podría ser a la inversa; es la pobreza la que perpetúa situaciones que llevan al embarazo en la adolescencia¹¹.

Respecto al estado civil, en la región Andina más del 80 por ciento de las adolescentes nunca han estado casadas o unidas y del 20 por ciento, entre 9 y 12 por ciento son convivientes, y entre el 1 y 8 por cientos están casadas.

Así mismo, se correlaciona a la iniciación sexual y unión temprana la maternidad principalmente en adolescentes de áreas rurales, donde la iniciación sexual ocurre entre los 17 y 18 años, mientras en áreas urbanas ocurre uno o dos años más tarde.

En encuestas realizadas a adolescentes menos de la mitad identifica cual es la etapa fértil del período menstrual. El porcentaje de conocimiento de métodos anticonceptivos en países andinos se aproxima al 90%. Sin embargo en nuestro país el uso de anticoncepción se aproxima al 47%, las razones principales fueron: una relación sexual inesperada, la situación socioeconómica, oposición de la pareja, problemas de acceso y costo, el desconocimiento de métodos anticonceptivo.

El impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social es una consecuencia del embarazo adolescente. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. La maternidad adolescente duplica las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo.

JUSTIFICACIÓN:

La adolescencia se conoce como una etapa de la vida que tiene como objetivo la transición de la niñez a la edad adulta con el desarrollo biológico, psicológico y social de la persona.

Un embarazo en esta etapa se presenta con la falta de maduración total en cualquiera de estos aspectos presentándose junto con esto, factores de riesgo para la madre y para el niño.

Debido a la alta incidencia de embarazos en adolescentes en América Latina y en nuestro país en los últimos años y a la falta de información en cuanto a la salud sexual y los métodos de prevención se obtiene junto a ello las consecuencias que este conlleva por la falta de una adecuada maduración y preparación en esta edad.

Por lo que es necesario ofrecer información en cuanto a una vida sexual responsable y manejar adecuadamente el control durante y después de la terminación del embarazo para evitar complicaciones, mejorando de esta manera la calidad de vida para la madre gestante y para el hijo que está por nacer.

OBJETIVOS:

El presente trabajo tiene como objetivo principal conocer la prevalencia de embarazos en la adolescencia en la Fundación Pablo Jaramillo Crespo en el año 2009.

El objetivo secundario es identificar y analizar los diversos factores asociados, sobre todo factores individuales que predisponen al embarazo en la adolescencia.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El presente trabajo es un estudio de tipo descriptivo y explicativo, sobre la incidencia de embarazo en la adolescencia, realizado en la Clínica Humanitaria Pablo Jaramillo Crespo, durante el periodo comprendido entre el primero de Enero del 2009 hasta el 31 de Diciembre del mismo año.

Para la realización del mismo se obtuvo el consentimiento del director de la fundación Dr. Marcelo Aguilar, además se contó con el apoyo de todo el personal de dicha institución.

La recolección de datos se llevó a cabo durante el año mencionado, la información fue tomada de las historias clínicas de las pacientes en estudio; se investigó acerca del número total de embarazos y a su vez se sub clasificó en un segundo grupo que incluía a las adolescentes entre 13 a 19 años, en quienes se centró la investigación.

Otros factores investigados fueron: estado civil, instrucción, ocupación, residencia, menarquía, inicio de vida sexual y utilización de métodos anticonceptivos.

Todos los datos recolectados se tabularon en el programa Microsoft Excel.

RESULTADOS:

En el año 2009, periodo comprendido entre el primero de Enero del 2009 hasta el 31 de Diciembre del mismo año en la Fundación Pablo Jaramillo Crespo en la ciudad de Cuenca, el número total de embarazos registrados fue 1291 correspondiente al 100%, de los cuales 1015 (78.6%) fueron en mujeres no adolescentes y 276 (21.4%) en mujeres adolescentes.

Tabla 1. Total de Embarazos en el año 2009 en la Fundación Pablo Jaramillo Crespo

EMBARAZOS	n	%
No		
adolescentes	1015	78.6%
Adolescentes	276	21.4%
Total	1291	100%

Fuente: Base de datos de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo
Elaborado por la autora

Al analizar las edades de embarazos adolescentes, la menor prevalencia de embarazo adolescente se observa a la edad de 13 años y la de mayor prevalencia a la edad de 19 años con un 32.2%, seguido en menor proporción en las edades de 16, 17 y 18 años.

Tabla 2. Distribución de adolescentes embarazadas de la Fundación Pablo Jaramillo según la edad en el año 2009.

EDAD	n	%
13	3	1.1%
14	4	1.4%
15	18	6.5%
16	37	13.4%
17	53	19.2%
18	72	26.1%
19	89	32.2%
Total	276	100%

**Fuente: Base de datos de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo
Elaborado por autora**

En cuanto a la edad de menarquía, la menor edad de nuestras pacientes fue de 9 años, la mayor de 17 años y las edades más frecuentes de la primera menstruación fueron los 11, 12, 13 y 14 años, de los cuales predomina la edad de 12 años con un porcentaje de 38.7%.

Tabla 3. Edad de menarquia en adolescentes embarazadas en la Fundación Pablo Jaramillo Crespo en el año 2009.

EDAD	n	%
9	3	1.1%
10	5	1.8%
11	30	10.9%
12	107	38.7%
13	73	26.4%
14	35	12.7%
15	19	6.9%
16	3	1.1%
17	1	0.4%
TOTAL	276	100%

**Fuente: Base de datos de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo
Elaborado por autora**

A continuación se analiza la edad de inicio de vida sexual de las adolescentes, obteniéndose como resultado la edad más temprana a los 11 años y la edad en la que mayormente se da inicio de vida sexual es a los 17 años con un 24.6%, seguida de las edades de 15 y 16 años con un valor de 21.4% en cada una de las dos.

Tabla 4. Edad de inicio de vida sexual en adolescentes embarazadas en la Fundación Pablo Jaramillo Crespo en el año 2009.

EDAD	n	%
11	1	0.4%
12	4	1.5%
13	9	3.3%
14	20	7.2%
15	59	21.4%
16	59	21.4%
17	68	24.6%
18	50	18%
19	6	2.2%
TOTAL	276	100%

Fuente: Base de datos de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo
Elaborado por autora

Respecto al número de parejas sexuales de las adolescentes, la mayoría de ellas (89.9%) tuvieron una sola pareja sexual, seguido por un 8.3% con dos parejas sexuales y un 0.4% que correspondió a una adolescente que había tenido 12 parejas sexuales.

Tabla 5. Número de parejas sexuales de las adolescentes embarazadas de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo.

NÚMERO DE PAREJAS	n	%
1	248	89.9%
2	23	8.3%
3	4	1.4%
12	1	0.4%
TOTAL	276	100%

Fuente: Base de datos de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo
Elaborado por autora

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes se observa que la mayoría (83%) nunca los ha utilizado, seguido por un 14.5% que corresponde al uso ocasional de estos y un 2.5% siempre utilizó métodos de anticoncepción.

Tabla 6. Uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo en el año 2009.

FRECUENCIA	n	%
Siempre	7	2.5%
Ocasionalmente	40	14.5%
Nunca	229	83%
TOTAL	276	100%

Fuente: Base de datos de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo
Elaborado por autora

Respecto al nivel de instrucción de las pacientes, 67 de ellas (24.3%) cursaban nivel primario, 181 (65.6%) se encontraban en secundaria, y por último 28 (10.1%) recibían educación superior.

Tabla 7. Nivel de instrucción en las adolescentes embarazadas de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo en el año 2009.

INSTRUCCIÓN	n	%
Ninguna	0	0
Primaria	67	24.3%
Secundaria	181	65.6%
Superior	28	10.1%
TOTAL	276	100%

Fuente: Base de datos de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo
Elaborado por autora

Según ocupación de las adolescentes, la mayoría de ellas son amas de casa (63.8%), seguido por el grupo de estudiantes (29.7%), y en menor proporción se encuentran las adolescentes con ocupación de empleada doméstica y comerciante.

Tabla 8. Ocupación de las adolescentes embarazadas de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo en el año 2009.

OCUPACIÓN	n	%
Estudiante	82	29.7%
Ama de casa	176	63.8%
Empleada Doméstica	8	2.9%
Comerciante	7	2.5%
Ninguna	3	1.1%
TOTAL	276	100%

Fuente: Base de datos de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo
Elaborado por autora

Según el lugar de residencia se observa que la mayoría de adolescentes embarazadas pertenecían a zonas urbanas con un 62.3%, seguido por un 37.7% pertenecientes a zonas rurales.

Tabla 9. Lugar de residencia de las adolescentes embarazadas en la Fundación Pablo Jaramillo en el año 2009.

RESIDENCIA	n	%
Urbana	172	62.3%
Rural	104	37.7%
TOTAL	276	100%

Fuente: Base de datos de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo
Elaborado por autora

Al analizar el estado civil de las pacientes adolescentes observamos que la mayoría un 40.9% fueron solteras, 30.8% estaban casadas, 27.9% mantuvieron unión libre y por último una de ellas se encontraba separada.

Tabla 10. Estado Civil de las Adolescentes Embarazadas en la Fundación Pablo Jaramillo Crespo en el año 2009.

ESTADO CIVIL	n	%
Soltera	113	30.8%
Casada	85	40.9%
Unión Libre	77	27.9%
Separada	1	0.4%
TOTAL	276	100%

Fuente: Base de datos de la Fundación Pablo Jaramillo Crespo
Elaborado por autora

DISCUSIÓN:

El aumento de la prevalencia de embarazo en la adolescencia en Latino América en los últimos años va relacionado con varios factores asociados, estos pueden ser de origen individual, familiar o social.

En el 2009 en las estadísticas sanitarias de la OMS se observa que en Ecuador existe una tasa de fecundidad adolescente de 100 por 1000 mujeres, los únicos países que se encuentran en niveles más altos de fecundidad en América Latina son Honduras (108 por 1000 mujeres) y Nicaragua con 109 por 1000 mujeres. Con menor tasa de fecundidad le siguen a Ecuador República Dominicana (98 por 1000 mujeres) y Colombia (96 por 1000 mujeres).

En nuestros resultados se pueden apreciar que la prevalencia de embarazo en la adolescencia en las edades de 13 a 19 años en el año 2009 fue de 21.4%, el cual se comparó con diferentes estudios; uno en el estado de Tamaulipas México donde se atendió a 15137 mujeres embarazadas de las cuales el 22% correspondió a menores de 20 años, y en bibliografía colombiana se observó un 20.5% de embarazo adolescente. En datos del 2001 en Ecuador se observa una prevalencia de embarazo adolescente de un 16.3%¹⁰⁻¹¹⁻³.

El porcentaje de adolescentes embarazadas es mayor en las edades de 16, 17, 18 y 19 años que corresponden a la adolescencia intermedia, siendo la edad de 19 años la que más prevalece con 32.2%, en uno de los pocos estudios realizados en Ecuador, en la región Amazónica (Orellana) considerada un área aislada del país con una alta prevalencia de embarazos se puede evidenciar que la edad promedio de embarazo en la adolescencia fue de 17 años, con una diferencia de dos años menos que a los resultados de nuestro estudio, al igual que en un segundo estudio realizado en Brasil con 2058 partos atendidos, en el que la edad promedio fue de 17.19 años. En un tercer estudio en Honduras se encontró que la mayoría de embarazos en adolescentes se produjo en edades de 16 a 19 años, así mismo en la adolescencia intermedia²⁴⁻²⁷⁻²⁸.

Se ha observado que el inicio más temprano del periodo menstrual en los últimos años se relaciona con un inicio de vida sexual más precoz como resultado del desarrollo económico, social y de mejores condiciones nutricionales. En nuestro grupo de estudio, la mayor parte de adolescentes embarazadas tuvo su primer periodo menstrual a los 12 años (38.7%), seguido por adolescentes de 13 años (26.4%) y con un menor porcentaje a los 14 años (12.7%). Estos datos se pueden relacionar con la bibliografía estudiada en que la edad promedio de menarquía sobreviene

posteriormente al cumplir 12 años y al llegar a los 17.5 años el 94% de las adolescentes tienen capacidad de reproducción¹⁴⁻²³. Al comparar con un estudio realizado en Honduras sobre los factores predisponentes a la ocurrencia de embarazo realizado en 81 adolescentes embarazadas se encontró que la mayoría de ellas tuvo su primera menstruación entre 13 y 15 años (53%) y en menor proporción a la edad de 13 y 15 años (47%)²⁸.

En nuestro estudio se observa que las edades en las que con mayor frecuencia se inicia la actividad sexual es a los 15, 16, 17 y 18 años con porcentajes de 21.4%, 21.4%, 24.6% y 18% respectivamente. Estos datos son similares al compararlos con un estudio realizado en Honduras con 81 adolescentes embarazadas, de las cuales el 58%, es decir la mayoría, iniciaron su vida sexual entre los 15 y 18 años de edad y el 42% entre los 12 y 14 años de edad²⁸.

El uso de métodos anticonceptivos en Latino América y nuestro país sigue siendo bajo a comparación de países desarrollados constituyéndolo un importante problema de salud pública. La mayoría de factores que influyen en el uso inadecuado o la no utilización de métodos anticonceptivos son la falta de información, la vergüenza a adquirirlos, falta de servicios de salud, difícil adquisición de estos y temor a la falta de confidencialidad. Según datos del ENDEMAIN 2004 en Ecuador las adolescentes entre 15 y 19 años utilizan métodos anticonceptivos en un 47%. Al comparar nuestros datos con otros dos estudios se encontró que las adolescentes que nunca habían utilizado algún método fue del 44% en el primero y de un 75% en el segundo, en relación a un 2.5% de nunca haber utilizado anticoncepción en nuestro estudio²⁸.

Con respecto al nivel de instrucción de nuestras pacientes, existió predominio de adolescentes con nivel de instrucción secundaria con un 65.6%, seguido de nivel de instrucción primaria 24.3% y en una proporción menor 10.1% correspondió a quienes alcanzaban nivel superior de instrucción. En nuestro estudio ninguna adolescente era analfabeta, sin embargo cabe destacar que la diferencia en el porcentaje de embarazos entre madres adolescentes analfabetas y alfabetas es muy marcada, 24.7% y 10.6% respectivamente, según datos de Argentina²¹. En el mismo reporte se observa que las madres adolescentes con un bajo nivel de instrucción (primaria), triplicaba a las que se encontraban en un nivel de educación secundaria o más. En otro estudio realizado en Brasil sobre los factores predisponentes de embarazo se encontraron resultados similares a los del estudio anterior y diferentes al nuestro con un porcentaje de 54.48% correspondiente al nivel primario, 29.68% correspondiente al nivel secundario. Sin embargo en la mayor parte de la bibliografía revisada se evidencian diferencias marcadas entre jóvenes que asisten a la secundaria o instrucción superior y las que no tienen algún nivel de instrucción, siendo en Latino América la proporción de

embarazos en la adolescencia cuatro veces mayor en las pacientes que no presentan algún nivel de instrucción comparándolas con las que accedieron a una instrucción secundaria o superior.

Se sabe que madres adolescentes embarazadas presentan dificultades para compatibilizar la tarea de ser madre y estudiante por lo que existe una gran proporción de ellas que abandona sus estudios.

Tras un embarazo adolescente la primera reacción es la búsqueda de fuentes de trabajo o la posibilidad de que permanezca en su hogar criando a su hijo y brindando apoyo doméstico, lo cual conlleva a una “modernidad truncada”². En nuestro estudio se ve que la mayor cantidad de adolescentes embarazadas un 63.8% son amas de casa; al comparar con estadísticas en el Ecuador se observa un porcentaje similar con un 67.7% dedicadas a dicha labor, nuestros datos se siguieron de un 29.7% que corresponde a adolescentes que son estudiantes comparado con datos del Ecuador (6.3%)².

Se debe tener presente que a diferencia de los demás países de la región Andina, Ecuador y Bolivia cuentan con gran población indígena. En estos sectores el embarazo a edades tempranas se da como parte de un proyecto de vida principalmente en grupos asentados en áreas rurales. Por otro lado en áreas urbanas, la mayoría de los embarazos en adolescentes no son planeados o deseados y son premaritales, y no responde a un proyecto de vida sino más bien lo interrumpe¹². En nuestro estudio se encontró que la mayoría de la población estudiada se encontraban en zonas urbanas (62.3%) comparado con 37.7% de zonas rurales¹³.

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de sus parejas. La maternidad adolescente tiende a darse bajo arreglos nupciales menos formales, sea por limitaciones financieras, dependencia de los hogares de origen, relaciones más inestables, embarazos productos de violencia sexual³.

En cuanto al estado civil de nuestras pacientes, se encontró que la mayoría de embarazadas adolescentes, equivalente al 40% fueron solteras, en segundo lugar con un 30.8% estaban las adolescentes casadas y 27.9% mantenían unión libre con sus parejas. Al revisar literatura colombiana y compararla con nuestro estudio se evidenció que igualmente prevalecen las adolescentes embarazadas solteras en un 83%, mientras que con respecto al porcentaje de adolescentes casadas existió variación ya que el porcentaje fue menor (4.5%) en dicho país, en comparación con nuestro estudio. Si se compara con datos del 2001 de nuestro país, se evidencia que la mayoría (48.2%) mantienen unión libre con sus parejas, seguido de una proporción de 27.5% que están casadas y por último adolescentes embarazadas solteras con 17.2%, datos que difieren de nuestro estudio².

RECOMENDACIONES:

En la región Andina se nombró al 26 de Septiembre como día de prevención del embarazo en la Adolescencia en el año 2005.

La Asamblea creada contra la lucha del embarazo en la adolescencia en el año 2007 propuso diezmar la prevalencia de este en un 25% para el 2010. No existen aún reportes de este objetivo pero según nuestro estudio y otros demuestran que la prevalencia se mantiene en los mismos niveles por lo que se debería insistir en los diferentes programas de educación sexual y planificación familiar en Latino América y en nuestro país.

Siguiendo con el tema de factores asociados que predisponen al embarazo y los problemas a nivel de salud, social y económico que este conlleva, se pudiera realizar un estudio más amplio tipo caso-control tomando en cuenta además de los factores individuales que investigamos, los factores familiares, como el núcleo familiar al que pertenece, la comunicación entre sus padres, la información que estos han brindado acerca de la educación sexual y antecedentes de hogares conflictivos y violencia, además de antecedentes de otras conductas de riesgo como consumo de alcohol y sustancias ilícitas.

En cuanto a factores sociales como la manera en que influyen los medios de comunicación en los adolescentes, la relación con su pareja y al grupo de amigos al que pertenece, la situación económica de la adolescente y la relación estrecha que tiene con la educación.

Por último pero no menos importante el estado psicológico en el que se encontró la paciente tras su embarazo y un análisis de cómo éste puede influir en su vida tras la llegada de su hijo.

BIBLIOGRAFÍA

1. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo Adolescente. Revista Pediátrica Electrónica 2008; 5 (1): 0718-0918.
2. Rodríguez J. Reproducción Adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe. CEPAL/CELADE OIJ 2010.
3. Rodríguez J, M. Hopenhayn. Maternidad Adolescente en América Latina y el Caribe. Tendencias, Problemas y Desafíos. CEPAL/ UNICEF 2007.
4. Alford S. Adolescent Pregnancy and Protective Behaviors. Advocates for Youth. 2008.
5. Magil M, Wilcox R, Adolescent Pregnancy and Associated Risks: Not just a result of Maternal Age. American Family Physician 2007; 75(9):1310-1311.
6. Burack S. Adolescencia y Juventud en América Latina. Libro Universitario Regional 2001.
7. Hillis S, Anda R, Dube S, Felitti V, Polly A. The Association Between Adverse Childhood Experiences and Adolescent Pregnancy, Long-Term Psychosocial Consequences, and Fetal Death. Pediatrics 2004; 113:320-327
8. Estadísticas Sanitarias del 2009. Organización Mundial de la Salud 2009.
9. Ministerio de Incisión Económica y Social de Ecuador. Dirección de la Juventud 2009.
10. Banda O, Megrano M, Ibarra C. Conducta Sexual de los Adolescentes de 12 a 19 años 2008.
11. Florez C, Soto V. Fecundidad Adolescente y desigualdad en Colombia. CEPAL 2007.
12. Plan Andino de Prevención del Embarazo en la Adolescencia, El Embarazo en Adolescentes en la Región Subandina 2008.
13. S Guilarro. Adolescencia: Distintos Países, Distintas Experiencias. Hospital Isidro Ayora 2007; 47 (1); 65-78.
14. Cruz J, Yanez M, Valdés A, Hernandez P, Velasco A. Anticoncepción en la Adolescencia. Revista Cubana Endoc 2007; 18.
15. Pelaez J. Consideraciones del Uso de Anticonceptivos en la Adolescencia. Revista Cubana de Obstet y Ginecol 1996; 22(1).
16. Schutt J, Maddaleno M. Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas. Organización Panamericana de la Salud 2002.
17. Sawsan As, Gatt A, Rosenthal M. Pregnancy Prevention in Adolescents 2004. American Family Physician 2004; 70(8): 1517-1524.

18. Burth M, Por qué debemos invertir en el Adolescente?. Organización Panamericana de la Salud 2002.
19. Poo A, Baeza B, Capel P, Llano M, Tuma D, Zúñiga D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. *Rev Sogia* 2005; 12(1): 17-29.
20. Fresia C, Claver C, Pérez N, Molina T, Molina R. Características Sociodemográficas y biopsicosociales Asociadas al Embarazo en Adolescentes menores o igual a los 15 años. *Revista Sogia* 2007; 14(3): 0717-0815.
21. Pentelides E, Binstock G. La Fecundidad Adolescente en Argentina al comienzo del Siglo XXI. *Revista Argentina de Sociología* 2007; 5(9): 24-43.
22. Díaz A, Sanhueza P, Yaksic N. Riesgos Obstétricos en el Embarazo Adolescente: Estudio Comparativo de Resultados Obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Revista Chilena de Obstet y Ginecol* 2002; 67(6): 481-487.
23. Baeza B, Póo A, Vázquez O, Muñoz S, Vallejo C. Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del Embarazo en Adolescentes en la Novena Región. *Rev. Chilena Obstetric y Ginecol* 2007; 72(2): 76-8.
24. Maglaes M, Mattar R, Furtado F, Francisco H, Nogueira M. Características Epidemiológicas del embarazo en la adolescencia. Estudio e la Maternidad Escuela de Fortaleza/ Brasil. *Rev Sogia* 2005; 12(2): 49-70.
25. Díaz A, Sugg C, Valenzuela M, Embarazo en la adolescencia. Educación Sexual y Anticoncepción previa. *Rev Sogia* 2004; 11(3): 79-83.
26. Gómez B, Latorre F, Zambrano S, Monturiol X, Hernández A, Quintero L, Medina M. Prevalencia de Partos en Adolescentes y Factores Asociados en el Hospital Universitario de Santander Bucaramanga Colombia. *Revista Colombiana de Obstet y Ginecol* 2006; 61(2): 0034-7434.
27. Goicolea I, Wulff M, Ohman A, San Sebastian M. Risk Factors for Pregnancy among Adolescent Girls in Ecuador's Amazon basin: case- control study. *Revista Panam Salud Pública* 2006; 26(3)
28. Reyes N. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazo en adolescentes. Colonia Flor del Campo. Honduras. Tesis para optar el título de Master en salud pública 2005. Honduras.
29. O' Mally J. Planificación Familiar y algunas perspectivas del embarazo adolescentes. Tesis para optar el título de especialista en Gineco- Obstetricia. 2001. Nicaragua.

