



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**TEMA:**

**INCIDENCIA DEL EMBARAZO A TÉRMINO EN PRIMIGESTAS JUVENILES  
DE 14 A 19 AÑOS QUE INGRESARON AL HOSPITAL GINECO-OBSTÉTRICO  
“ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR” EN EL PERÍODO DE SEPTIEMBRE 2012 A  
FEBRERO 2013**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE OBSTETRA**

**AUTOR:**

**KAREN LISSETTE LEÓN SALAZAR**

**TUTOR:**

**OBST. SONIA GÓMEZ VERGARA Msc.**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2013**



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE OBSTETRICIA**

**AUTORÍA DE TESIS**

Esta Tesis cuya autoría corresponde a la **SRA. KAREN LISSETTE LEÓN SALAZAR** ha sido aprobada, luego de su defensa pública, en la forma presente por el tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de Obstetricia como requisito parcial para optar al título de Obstetra.

---

**DR. JORGE BANEGAS ZAMBRANO**

---

**OBST. MARÍA PALACIOS TAVARA**

---

**OBST. LAURA ÁLVAREZ, Msc**



## **CERTIFICADO DEL TUTOR**

**EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA DE LA UNIVERSIDAD DE  
GUAYAQUIL.**

**CERTIFICO QUE:** HE DIRIGIDO Y REVISADO LA TESIS DE GRADO PRESENTADA POR LA SRA. KAREN LISSETTE LEÓN SALAZAR CON C.I. # 0924885957.

**CUYO TEMA DE TESIS ES INCIDENCIA DEL EMBARAZO A TÉRMINO EN PRIMIGESTAS JUVENILES DE 14 A 19 AÑOS, HOSPITAL GINECO - OBSTÉTRICO “ENRIQUE C. SOTOMAYOR”.**

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE LA TESIS, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO.

---

**OBST. SONIA GÓMEZ VERGARA Msc.**

**TUTOR**

## **DEDICATORIA**

### **A Dios**

Quien ha llenado mi vida de bendiciones, por ser la luz en todo momento de oscuridad y permitirme culminar esta hermosa carrera con éxito.

### **A Mis Padres**

Tanya y Edison, con todo mi amor y orgullo, quienes me han impulsado a seguir adelante pese a los obstáculos que se han presentado a lo largo de este arduo camino, por estar siempre junto a mí, apoyándome, protegiéndome y aconsejándome.

### **A mí Querido Hermano**

Jonathan, quien me brinda su apoyo incondicional en los buenos y malos momentos, por ser un buen hermano pese a las pequeñas adversidades que nos presenta la vida.

### **A mí Querido Esposo**

Wigberto Patricio, quien ha estado junto a mí desde el inicio de mi carrera, apoyándome bajo cualquier circunstancia siendo un pilar fundamental en mi vida académica, laboral y sentimental.

## **AGRADECIMIENTO**

Este proyecto es el resultado del esfuerzo realizado durante 5 años de estudio. Por eso agradezco a mi tutora Obst. Sonia Gómez Vergara Msc., quien a lo largo de este tiempo ha puesto a prueba sus capacidades y conocimientos en el desarrollo de este proyecto, el cual ha finalizado llenando todas mis expectativas. A mis padres quienes a lo largo de mi vida me han apoyado y motivado durante mi formación académica, creyendo en mí en todo momento y no dudaron de mis habilidades. A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia, enseñanza y finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa escuela la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS**

**TÍTULO Y SUBTÍTULO:** INCIDENCIA DEL EMBARAZO A TÉRMINO EN PRIMIGESTAS JUVENILES DE 14 A 19 AÑOS, HOSPITAL GINECO - OBSTÉTRICO ENRIQUE CARLOS SOTOMAYOR

<b>AUTOR/ ES:</b> KAREN LISSETTE LEÓN SALAZAR	<b>REVISORES:</b> OBST. SONIA GÓMEZ VERGARA Msc.
--	---

<b>INSTITUCIÓN:</b> UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL	<b>FACULTAD:</b> CIENCIAS MÉDICAS
--	-----------------------------------

**CARRERA:** ESCUELA DE OBSTETRICIA

<b>FECHA DE PUBLICACION:</b>	<b>Nª DE PÁGS:</b> 59
------------------------------	-----------------------

**ÁREAS TEMÁTICAS:** SALUD

**PALABRAS CLAVE:** Adolescente; Embarazo en la Adolescencia; Primigestas; Prevalencia; Morbi - Mortalidad Infantil.

**RESUMEN:** Embarazo en adolescencia se define como la gestación en una mujer entre 10 - 19 años, proviene de múltiples causas como es la falta de educación sexual, carencia familiar y la falta de información sobre los métodos anticonceptivos y constituye una problemática social por su elevada incidencia y la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, no acuden previamente a recibir atención prenatal, lo cual presentan riesgos para la madre y el bebé como es el bajo peso al nacer, morbi - mortalidad infantil.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia de embarazos a términos en Primigestas juveniles de 14 a 19 años en el área de pre - parto del Hospital Gineco - Obstétrico "Enrique C. Sotomayor", durante los meses de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

El tipo de Estudio es Retrospectivo y Descriptivo. La Muestra estuvo representada por 150 pacientes embarazadas, Primigestas de 14 a 19 años de edad que fueron atendidas en el servicio de pre - parto.

En los Resultados las edades de Adolescentes más relevantes muestran que el 24% pertenecían al grupo de 19 años; el 23% al grupo de 15 años y el 21% al grupo de 16 años, como lo muestra la tabla y gráfico N° 1.

<b>Nº DE REGISTRO (en base de datos):</b>	<b>Nº DE CLASIFICACIÓN:</b>
---	-----------------------------

**DIRECCIÓN URL (tesis en la web):**

<b>ADJUNTO PDF:</b>	SI	
---------------------	----	--

<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0986368563	<b>E-mail:</b> wigberto_182@hotmail.com
-------------------------------	-----------------------------	--

<b>CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:</b>	<b>Nombre:</b>	
	<b>Teléfono:</b>	
	<b>E-mail:</b>	

## CONTENIDO

<b>PORTADA.....</b>	<b>I</b>
<b>AUTORÍA DE TESIS.....</b>	<b>II</b>
<b>CERTIFICADO DEL TUTOR.....</b>	<b>III</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>V</b>
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS.....</b>	<b>VI</b>
<b>CONTENIDO.....</b>	<b>VII</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>XI</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>XII</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Planteamiento del Problema .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.1 Determinación del Poblema .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.2 Preguntas de Investigación.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.3 Justificación .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.4 Viabilidad.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Formulación de Objetivos .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2.1 Objetivo General.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>4</b>
<b>1.2.3 Hipótesis.....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Variables.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3.1 Variables Dependientes .....</b>	<b>5</b>
<b>1.3.2 Variables Independientes .....</b>	<b>5</b>

<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Marco Teórico</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 Fundamentación</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2 Adolescencia.</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2.1 Etapas de la Adolescencia</b> .....	<b>8</b>
<b>1) Adolescencia Temprana (10 a 13 años)</b> .....	<b>8</b>
<b>2) Adolescencia Media (14 a 16 años)</b> .....	<b>9</b>
<b>3) Adolescencia Tardía (17 a 19 años)</b> .....	<b>9</b>
<b>2.3 Embarazo</b> .....	<b>10</b>
<b>2.4 Embarazo Adolescente</b> .....	<b>11</b>
<b>2.4.1 Causas del Embarazo Adolescente</b> .....	<b>11</b>
<b>2.4.2 Factores Predisponentes para un Embarazo en las Adolescentes</b> .....	<b>12</b>
<b>2.4.3 Consecuencias del Embarazo en Adolescentes</b> .....	<b>12</b>
<b>2.4.3.1 Consecuencias Médicas</b> .....	<b>12</b>
<b>Para la madre</b> .....	<b>11</b>
<b>Para el bebé</b> .....	<b>11</b>
<b>2.4.3.2 Consecuencias Psicológicas</b> .....	<b>13</b>
<b>2.4.3.3 Consecuencias Orgánicas</b> .....	<b>13</b>
<b>2.4.3.4 Consecuencias Educativas</b> .....	<b>13</b>
<b>2.4.3.5 Consecuencias Socio-Económicas</b> .....	<b>14</b>
<b>2.4.3.6 Consecuencias Socio-Relacionales</b> .....	<b>14</b>
<b>2.4.4 Consideraciones Psicosociales para el aumento de los Embarazos en Adolescentes</b> .....	<b>14</b>
<b>1) Sociedad Represiva</b> .....	<b>14</b>
<b>2) Sociedad Restrictiva</b> .....	<b>14</b>
<b>3) Sociedad Permisiva</b> .....	<b>14</b>
<b>4) Sociedad Alentadora</b> .....	<b>15</b>
<b>2.4.5 Aspectos Psicosociales del Embarazo en las Adolescentes</b> .....	<b>15</b>
<b>A. La Adolescencia de las Adolescentes Embarazadas</b> .....	<b>15</b>
<b>B. Actitudes hacia la Maternidad</b> .....	<b>16</b>



2.4.6 Enfoque de Riesgo para la atención de la Adolescente Embarazada.....	17
a) Grupo de Alto Riesgo Obstétrico y Perinatal .....	18
a) Grupo de Mediano Riesgo Obstétrico y Perinatal .....	18
c) Grupo de Riesgo Obstétrico y Perinatal no Detectable.....	18
2.4.7 Atención Integral de la Adolescente Embarazada.....	18
2.4.8 Control de la Adolescente Embarazada.....	21
A.Primer Trimestre.....	21
B. Segundo y Tercer Trimestre.....	21
2.4.9 Complicaciones para el Recién Nacido de Madre Adolescente.....	22
2.5 Incidencia del Embarazo en la Adolescencia.....	23
2.6 Apoyo a la Maternidad Adolescente.....	24
2.7 Prevención del Embarazo en la Adolescencia .....	25
1) Prevención Primaria.....	25
2) Prevención Secundaria.....	25
3) Prevención Terciaria .....	25
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>27</b>
<b>3. Materiales y Métodos .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 Materiales.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.1 Localización de Estudio .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.2 Período de la Investigación .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.3 Recursos Empleados .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.3.1 Humanos.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1.3.2 Físicos.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1.4 Universo y Muestra.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1.4.1 Universo.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1.4.2 Muestra.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Método.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.1 Tipo de Investigación .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2.2 Diseño de Investigación .....</b>	<b>28</b>

3.2.3. Procedimiento de Investigación .....	29
3.2.3.1. Operacionalización de Equipos e Instrumentos .....	29
3.2.4 Criterios de Inclusión/Exclusión.....	29
3.2.4.1 Criterios de Inclusión .....	29
3.2.4.2 Criterios de Exclusión .....	29
3.2.5 Análisis de la Información .....	29
3.2.6 Aspectos Éticos y Legales .....	29
3.2.7 Presupuesto.....	29
3.2.8 Cronograma.....	29
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>30</b>
<b>4. Presentación de Resultados, Análisis e Interpretación.....</b>	<b>30</b>
Tabla y Gráfico N° 1 .....	30
Tabla y Gráfico N° 2 .....	31
Tabla y Gráfico N° 3.....	32
Tabla y Gráfico N° 4.....	33
Tabla y Gráfico N° 5 .....	34
Tabla y Gráfico N° 6.....	35
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>36</b>
<b>5. Conclusiones, Recomendaciones y Propuesta.....</b>	<b>36</b>
5.1 Conclusiones .....	36
5.2 Recomendaciones .....	37
5.3 Propuesta.....	38
5.3.1 Objetivos .....	38
5.3.1.1 Objetivo General.....	38
5.3.1.2 Objetivo Específico.....	38
5.3.2 Recomendaciones .....	39
Referencia Bibliográfica .....	40
Anexos.....	43

## RESUMEN

Embarazo en adolescencia se define como la gestación en una mujer entre 10 - 19 años, proviene de múltiples causas como es la falta de educación sexual, carencia familiar y la falta de información sobre los métodos anticonceptivos y constituye una problemática social por su elevada incidencia y la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, no acuden previamente a recibir atención prenatal, lo cual presentan riesgos para la madre y el bebé como es el bajo peso al nacer, morbi - mortalidad infantil.(OMS 2010)

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia de embarazos a términos en Primigestas juveniles de 14 a 19 años en el área de pre - parto del Hospital Gineco - Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”, durante los meses de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

El tipo de Estudio es Retrospectivo y Descriptivo. La Muestra estuvo representada por 150 pacientes embarazadas, Primigestas de 14 a 19 años de edad que fueron atendidas en el servicio de pre - parto.

En los Resultados las edades de Adolescentes más relevantes muestran que el 24% pertenecían al grupo de 19 años; el 23% al grupo de 15 años y el 21% al grupo de 16 años, como lo muestra la tabla y gráfico N° 1.

**Palabras clave:** Adolescente; Embarazo en la Adolescencia; Primigestas; Incidencia; morbi - mortalidad infantil.

## ABSTRACT

Pregnancy in adolescence is defined as a pregnancy in a woman between 10 - 19 years old, comes from multiple causes such as lack of sexual education, lack family and lack of information about contraception and constitutes a social problem due to its high incidence and most of the time are unwanted pregnancies and therefore do not seek prenatal care previously, which present risks for the mother and baby such as low birth weight, morbidity-mortality.

The present study aimed to determine the incidence of pregnancies in primiparous terms youth 14 - 19 years in the area of pre - delivery of Gynecologic Hospital – Obstetrics "Enrique C. Sotomayor" during the months of September 2012 to February 2013.

The type of study is retrospective and descriptive. The sample was represented by 150 pregnant patients primigravid 14 - 19 years who were treated in the preservice-delivery. Results in Teen ages most relevant show that 24% belonged to the group of 19 years, 23% to the group of 15 years and 21% to the group of 16, as shown in Table and Chart 1.

**Keywords:** Teen, Teen Pregnancy, First Pregnancy, Incidence, Morbidity-Mortality.

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer de los 10 a 19 años.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

En nuestra sociedad observamos una alta incidencia de jóvenes embarazadas, debido a diversas circunstancias, entre ellas: falta de información, de comunicación, violación, ignorancia relacionada con el correcto uso de los métodos anticonceptivos, entre otros.

El embarazo en las adolescentes es un problema de salud pública relevante con una alta tasa de complicaciones maternas y fetales. Aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se presenta en la adolescencia se convierte en un problema complejo, como un alto costo social y personal, ya que magnifica los cambios fisiológicos, tanto en la adolescente como en su hijo.

Cabe mencionar que éste tipo de problema social no es reciente, es decir, desde años pasado existe y lo peor es que se han realizado muchas investigaciones, pero ninguna ha podido resolver el problema y que últimamente se ha expandido considerablemente en nuestro país. Ecuador tiene la cifra más alta de embarazos en adolescentes.

El embarazo en adolescentes es un fenómeno biopsicosocial de gran importancia debido al aumento progresivo en toda Latinoamérica y en países desarrollados (Méndez R. José M. 2005). El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales que influyen directamente en el aumento del embarazo en las adolescentes.

A nivel mundial se ha incrementado el inicio de la vida sexual activa a edades más tempranas; y el porcentaje más elevado de los partos son de madres adolescentes.

La adolescente puede adoptar diferentes actitudes frente al embarazo que dependerán en gran parte de su historial personal, del contexto familiar y social.

*La Organización Mundial de la Salud (OMS)*, define como adolescencia a la etapa que transcurre desde la niñez y que se extiende hasta la edad adulta, es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales, donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este período vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años.(UNICEF 2009)

A nivel mundial, se estima que cada año, 15 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz en el mundo, lo que representa **la quinta parte de todos los nacimientos**. En los países en desarrollo, en promedio, el 40% de las mujeres son madres antes de los 20 años, variando entre un 8% en Asia Oriental y el 56% en África Occidental.(OMS 2005)

Dos de cada tres adolescentes, de entre 15 y 19 años, que no cuentan con mayor educación formal se encuentran embarazadas por primera vez.(OMS 2005)

**A escala mundial**, cada año, alrededor de 17 millones de adolescentes viven un cambio en su vida, por la llegada de un bebé.

La OMS está trabajando para promover la planificación familiar mediante la preparación de directrices apoyadas en datos científicos sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos y los servicios mediante los cuales se ofrecen; la preparación de normas de calidad y la precalificación de los productos anticonceptivos; y la ayuda a los países para que introduzcan, adapten y apliquen estos instrumentos para satisfacer sus necesidades.(OMS 2005)

El Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera que adolescente es la persona de ambos sexos entre 12 a 19 años. (MSP 2009)

En el Ecuador en el 2010, el último año del que hay cifras oficiales, el 20% de los partos en el país fue de adolescentes de esa franja de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños.

Además, menores de entre 10 y 14 años tuvieron cerca de 1.100 hijos ese año.

En el Ecuador, existe el 30% de riesgo de muerte en las madres adolescentes porque no existen estrategias que respalden a las jóvenes y les ofrezcan orientación médica y psicológica.

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA**

El embarazo en adolescentes es un problema con profundas implicaciones psíquicas, sociales y médicas. Resulta ser una condición que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de 10 a 19 años de edad. Mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, por el inicio precoz de la actividad sexual y a la falta de orientación brindada por los padres y de las instituciones en donde se educan.

En la maternidad Enrique C. Sotomayor se observa un incremento significativo del número de adolescentes embarazadas, sin que exista información estadística precisa de su incidencia y sean además identificadas las causas que motivan este incremento, en tal virtud, es necesario plantear una propuesta de investigación que nos permita en forma documentada establecer su incidencia e identificar los factores de riesgo relacionados con la misma.

### **1.1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- ¿Con qué frecuencia se presenta el embarazo en las adolescentes?
- ¿Cuál es la edad de mayor incidencia del embarazo en adolescentes?
- ¿Hasta qué edad gestacional culminaron los embarazos de las adolescentes?
- ¿Cuántos controles pre - natales se realizaron las adolescentes embarazadas?

### **1.1.3 JUSTIFICACIÓN**

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su incidencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Con el presente trabajo diseñaremos una propuesta de medidas educativas, de prevención que permitan disminuir los factores de riesgos en las adolescentes embarazadas.

#### **1.1.4 VIABILIDAD**

Considero viable llevar a cabo esta investigación porque se la puede planificar, ejecutar y cumple con los requisitos fundamentales de la factibilidad; tales como:

1. El conocimiento claro, preciso y profundo de la problemática.
2. Los recursos económicos necesarios para el diseño y la aplicación del proyecto.
3. El tiempo necesario para la investigación.

### **1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS**

#### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar los casos de embarazos en las adolescentes que ingresaron al área de pre - parto del Hospital “Enrique Carlos Sotomayor”, en el período de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013, mediante historias clínicas, para disminuir su incidencia.

#### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Determinar con qué frecuencia se presenta el embarazo en las adolescentes.
2. Determinar la edad de mayor incidencia del embarazo en adolescentes.
3. Analizar los factores que intervienen en un embarazo en la adolescencia, tomando en cuenta el estado civil, grado de instrucción y ocupación.
4. Identificar las semanas de gestación en que culminó el embarazo de las adolescentes.
5. Determinar la cantidad de controles pre - natales de las adolescentes embarazadas.

#### **1.2.3 HIPÓTESIS**

La incidencia de adolescentes embarazadas es superior a nivel de educación secundaria.



## **1.3 VARIABLES**

### **1.3.1 VARIABLES DEPENDIENTES**

Incidencia del embarazo a término en primigestas juveniles de 14 a 19 años.

### **1.3.2 VARIABLES INDEPENDIENTES**

- Edad
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Falta de conocimiento sobre anticoncepción
- Relaciones sexuales a temprana edad

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 FUNDAMENTACIÓN

En el mundo, más de la mitad de adolescentes tienen relaciones sexuales antes de los 17 años.

La falta de educación sexual, y la de información sobre métodos anticonceptivos son de las principales causas de embarazos no deseados en la adolescencia (Anameli Monroy 2007).

El embarazo, que a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial de gran trascendencia, en la adolescencia cobra mayor importancia por los riesgos que puede conllevar para la salud del binomio madre-hijo y por las consecuencias que puede acarrear para el futuro debido a los diferentes factores como lo son: inmadurez de la adolescente, la probable interrupción de su educación, el aumento de los costos económicos en su núcleo familiar, que influyen de una u otra manera en el bienestar tanto de la futura madre como del niño.

Las adolescentes que se embarazan antes de alcanzar la madurez fisiológica, es decir, en los cuatro años siguientes a la menarquia, están en situación de alto riesgo nutricional, ya que deben satisfacer las necesidades de energía y nutrientes de su crecimiento y además, cubrir las demandas propias del embarazo.

Las adolescentes que comúnmente quedan embarazadas son aquellas que tienen un estado nutricional inadecuado y condiciones socioeconómicas desfavorables, por lo que sus hijos son más susceptibles de tener bajo peso al nacer, prematuridad y morbilidad neonatal aumentada.

La prevalencia del embarazo en edades tempranas aumento en el mundo entero en la última década, y constituye una situación de riesgo social y biológico cuando se asocia a un bajo nivel socioeconómico, inicio sexual precoz, mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazo no deseado, lo que muchas

veces determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, que provoca un control prenatal tardío o insuficiente.

**Embarazo Adolescente en el Ecuador.**-Una investigación realizada por el MSP y el Encuentro Demográfico de Salud Materna e Infantil menciona estadísticas alarmantes: la edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años y, en el hombre, es de 13, ocho de cada 10 embarazos adolescentes no son deseados; siete de cada 10 chicas apenas y terminan el 6to grado y, ocho de cada 10 menores no retoman sus estudios después de dar a luz.(ENDEMAIN 2010)

Las condiciones de la sociedad ecuatoriana actual favorecen las prematuras prácticas sexuales en los adolescentes. Con mucha frecuencia ni el hogar ni la escuela proporcionan a los jóvenes una adecuada formación que les permita asumir una actitud responsable frente a la sexualidad.

Las sociedades de América Latina, contemplan varias leyes de sexualidad y desarrollo humano. Sin embargo, la población está desinformada. Algunas cláusulas que constan en la Constitución indican: "Los chicos no solo tienen derecho a la vida, a la seguridad, libertad de expresión y elección, sino también, a la privacidad, la información y a la educación sexual, que también están contemplados en el Código de la Niñez y Adolescencia. Ahora, lo que hace falta es poner en práctica todos estos discursos y hacerlos conocer a los jóvenes y adolescentes.

**El 26 de septiembre fue declarado el día nacional de la Prevención del Embarazo Precoz, Datos Unicef:** Más de medio millón de mujeres y niñas mueren cada año por complicaciones del embarazo y parto, principalmente en los países empobrecidos. Las jóvenes de 14 a 19 años tienen dos veces más posibilidades de morir durante el parto que las mujeres de 20 años.(UNICEF 2010)

Los hijos de adolescentes tienen un 30% más de posibilidades de morir antes de cumplir 5 años que los hijos e hijas de madres mayores de edad. El 13% de todas las muertes maternas en el mundo son por abortos clandestinos. Por cada mujer que muere por aborto hay 10 ó 15 que quedan con secuelas.

El embarazo en adolescentes, cada vez más frecuente en países en desarrollo, es considerado como un problema prioritario en salud pública, especialmente en comunidades deprimidas, debido a su alto riesgo de morbilidad: bajo peso al nacer, recién nacidos prematuros y un alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil.

El embarazo en adolescentes es un producto de la patología social: negligencia paterna, carencia afectiva, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia.

## **2.2 ADOLESCENCIA**

La palabra se deriva del latín *adoleceré* que significa crecer hacia la madurez; implica un concepto más amplio del término pubertad, el cual se refiere a los cambios biológicos y a la maduración sexual propia de esta transición.

Es vista como uno de los periodos más saludables de la vida, pero también como uno de los más problemáticos.

La adolescencia más que un momento de rápido desarrollo físico, es una etapa de adaptación y transición; adaptación a un cuerpo cambiante al que no se está familiarizada, de nuevas relaciones con personas del sexo opuesto y del surgimiento de la potencia intelectual.

### **2.2.1 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA**

El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:

#### **1) Adolescencia Temprana (10 a 13 años)**

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

## **2) Adolescencia Media (14 a 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

## **3) 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.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: “Una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes” (Pérez I, Bastardo D, Cermeño T, Díaz L. 2008).

## 2.3 EMBARAZO

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples.

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto.

El embarazo se produce cuando un espermatozoide alcanza y atraviesa la membrana celular del óvulo, fusionándose los núcleos y compartiendo ambos su dotación genética para dar lugar a una célula huevo o cigoto, en un proceso denominado fecundación. La multiplicación celular del cigoto dará lugar al embrión, de cuyo desarrollo deriva el individuo adulto.

Dentro del útero, el feto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el feto están envueltos en el saco amniótico, que está adosado al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón de mucosidad densa durante el embarazo para dificultar el ingreso de microorganismos que provoquen infección intrauterina. Este tapón será expulsado durante el inicio del trabajo de parto.

Mientras permanece dentro, el cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está anclada a la pared interna del útero y está unida al feto por el cordón umbilical. La expulsión de la placenta tras el parto se denomina alumbramiento.

## **2.4 EMBARAZO ADOLESCENTE**

El embarazo adolescente se entiende como aquel que se produce antes de cumplir los 20 años y ha sido reconocido como un problema social.

Se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. Se establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años.

El diagnóstico y manejo del embarazo en la adolescente constituyen un tema importante que afecta la vida integral de las adolescentes.

La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como a las mujeres adolescentes que están en situación de dependencia de la familia de origen.

El embarazo no deseado en la adolescencia suele generar angustia, inquietudes, temores y estrés por la forma como éste afectara el proyecto de vida; además de las repercusiones económicas y de que se pone en peligro la salud y la vida de la joven.

Las adolescentes embarazadas no tienen una adecuada preparación académica, buen desarrollo orgánico ni mental por el proceso de edad en el que se encuentran. Por lo que se ocasiona una deserción en los estudios, abandono por parte de los familiares y una problemática de salud.

### **2.4.1 CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE**

El embarazo adolescente tiene orígenes multicausales y por ello requiere múltiples soluciones. No obstante hay dos hechos que son determinantes al analizar las causas del embarazo en adolescentes:

- 1.** El inicio, cada vez más precoz de las relaciones sexuales.
- 2.** No utilización de método anticonceptivo eficaz.

## **2.4.2 FACTORES PREDISPONENTES PARA UN EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES**

### **1) Dimensión Individual**

Los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, y carencia de compromiso religioso.

### **2) Dimensión Familiar**

Se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas, y baja escolaridad de los padres.

### **3) Ámbito Social**

Se han identificado variables asociadas a la actividad sexual precoz, entre ellos la erotización de los medios de comunicación, hacinamiento, estrés, vivir en área rural, mitos y tabúes acerca de la sexualidad(Pérez I, Bastardo D, Cermeño T, Díaz L. 2008).

## **2.4.3 CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

### **2.4.3.1 CONSECUENCIAS MÉDICAS**

El embarazo en la adolescencia se relaciona con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para su hijo.

#### **Para la madre:**

- Riesgo de anemia
- Preeclampsia y Eclampsia
- Parto prematuro, prolongado o difícil
- Riesgo de aborto
- Cáncer de mama
- Hemorragias
- Infecciones



**Para el bebé:**

- Presentan bajo peso al nacer
- Suelen ser prematuros
- Malformaciones congénitas
- Problemas del desarrollo
- Retraso mental
- Ceguera
- Epilepsia o parálisis cerebral

**2.4.3.2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS**

Esta situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro.

**a. Consecuencias Iniciales (Ante la confirmación del embarazo)**

Conocer que está embarazada sin quererlo, supone un fuerte impacto psicológico para la adolescente. En general el miedo, el estrés y la ansiedad son las reacciones iniciales.

**b. Consecuencias a Corto y Medio Plazo**

Las adolescentes que toman la decisión de tener un hijo, tienen mayores posibilidades de quedar nuevamente embarazada en un corto período de tiempo.

**2.4.3.3 CONSECUENCIAS ORGÁNICAS**

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**2.4.3.4 CONSECUENCIAS EDUCATIVAS**

En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios.

#### **2.4.3.5 CONSECUENCIAS SOCIO-ECONÓMICAS**

Su bajo nivel de formación, y su escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que no encuentre un trabajo. Como consecuencia de ello, muchas adolescentes viven en hogares con reducidos ingresos.

#### **2.4.3.6 CONSECUENCIAS SOCIO-RELACIONALES**

Ser madre puede ocasionar a las adolescentes importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, por su pareja, por sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico, precisamente en el momento en que más las necesita.

### **2.4.4 CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES**

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

**1) Sociedad Represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

**2) Sociedad Restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

**3) Sociedad Permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

**4) Sociedad Alentadora:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

**1) Estratos medio y alto:** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

**2) Estratos más bajos:** donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

## **2.4.5 ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES**

### **A. LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS**

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

## **B. ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD**

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia.

Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

*En la adolescencia temprana*, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

*En la adolescencia media*, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

*En la adolescencia tardía*, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

#### **2.4.6 ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA**

Para la atención basada en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

**a) GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL**

1. Antecedentes de patología médica obstétrica general importante
2. Antecedente de abuso sexual
3. Desnutrición
4. Estatura de 1,50 m o menor
5. Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media

**b) GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL**

1. Menarca a los 11 años o menos
2. Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo

**c) GRUPO DE RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL NO DETECTABLE**

1. Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor "actitud negativa" de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo no detectable.

## **2.4.7 ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA**

### **➤ LA CONSULTA CON LA PACIENTE**

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello se debe tener en cuenta algunos elementos:

#### **1. Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta**

- a) La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.

**b)** La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender perfectamente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.

**c)** Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.

**d)** Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que los sucesos del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

## **2. Dificultad para el vínculo con el hijo**

**a)** Tienen dificultades para separarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.

**b)** Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.

**c)** Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace los que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

## **3. Perfil deseable del médico para atender adolescentes**

**a) Tener idoneidad:** no solo en perinatología, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia.

**b) Saber escuchar:** permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras.

**c) Saber respetar:** aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.

**d) Ser capaz de registrar:** las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia en el médico. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar ayuda en otro miembro del equipo. Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras.

#### **4. Contexto de la maternidad adolescente**

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

- a) Embarazo no planificado
- b) Pareja ambivalente o ausente
- c) Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación
- d) Condiciones económicas desfavorables
- e) Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.

#### **5. Objetivos del equipo de salud**

- a) Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo
- b) Fortalecer los vínculos familiares
- c) Conseguir actitudes comprensivas en el personal de la institución
- d) Brindar atención perinatal integral

#### **6. Estrategias del equipo de salud**

- a) Atención por equipo interdisciplinario (obstetra, psicólogo, asistente social).
- b) Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee.
- c) Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención prenatal.
- d) Trabajar con personal de la institución (médicos residentes, personal de guardia, enfermeras y otros) que intervengan en la atención.



## **2.4.8 CONTROL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA**

### **A. PRIMER TRIMESTRE**

#### **1) Trastornos Digestivos**

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada.

#### **2) Metrorragias**

Ocurre en un 16,9% de las adolescentes en un 5,7% de las adultas.

#### **3) Abortos Espontáneos**

Se detectó un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

#### **4) Embarazos Extrauterinos**

Ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas

### **B. SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE**

#### **1) Anemia**

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia Ferropénica.

#### **2) Infecciones Urinarias**

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

#### **3) Amenaza De Parto Pretérmino**

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

#### **4) Hipertensión Arterial Gravídica**

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, observándose una disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales.

### **5) Mortalidad Fetal**

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

### **6) Parto Prematuro**

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas).

### **7) Retardo de Crecimiento Intrauterino**

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

### **8) Presentaciones Fetales Distólicas**

Las presentaciones de nalgas afectan del 1,9% al 10% de las adolescentes.

### **9) Desproporciones Cefalopélvicas**

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

## **2.4.9 COMPLICACIONES PARA EL RECIÉN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE**

### **A. Peso**

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 gr.

### **B. Internación En Neonatología**

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes.

### **C. Malformaciones**

Existe mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

### **D. Mortalidad Perinatal**

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

## **2.5 INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja entre otros. El incremento del embarazo y parto en edades tempranas constituye un problema universal.

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346.700 niñas, de las cuales 2.080 ya han sido madres.

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales.

A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años.

En efecto, de 705.163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121.288 jóvenes, es decir el 17,2% ha sido madre.

Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.

En América Latina, el país ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, según consta en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Debido al elevado número de casos, el Gobierno ecuatoriano se ha planteado como meta reducir para el 2013 en un 25% el número de embarazos entre adolescentes y en la misma medida los embarazos no deseados.

### ***Datos***

Las provincias con mayor número de madres adolescentes son Esmeraldas, Los Ríos, Sucumbíos, Orellana, Morona Santiago y Zamora Chinchipe, según el Censo Población y Vivienda 2010.

El riesgo de defunción materna es elevado en la adolescencia, debido a su edad gestacional, cuyas causas principales en 2009 fueron las hemorragias posparto 32%, los trastornos hipertensivos 30%, las sepsis 14% y otras causas constituyen el 15%.

Las proporciones de maternidad en la juventud son hasta cuatro veces más altas entre las mujeres adolescentes que no tienen educación (43% comparadas con las de niveles educativos más altos y 11% con secundaria completa).

Un embarazo en la adolescencia equivale a 2,5 años de escolaridad menos(Valdés Dacal S. 2001).

## **2.6 APOYO A LA MATERNIDAD ADOLESCENTE**

- También se debe facilitar un mejor apoyo a las madres adolescentes, incluida la ayuda para poder volver a integrarse en la educación obligatoria, asesoramiento y apoyo psicológico y económico, colaboración con los padres jóvenes, mejor cuidado de los niños y el aumento de viviendas específicas, de protección oficial. Siendo uno de los pilares fundamentales para el progreso de los padres adolescente el apoyo familiar, ya que es el desarrollo intrafamiliar lo que determina como enfrentarán los adolescentes las diferentes situaciones que se presenten en su nueva etapa de padres(Wagstaff A, Claeson M. 2004).

## **2.7 PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA**

Existen tres niveles de prevención:

### **1) Prevención Primaria**

- Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia.
- Información sobre fisiología reproductiva, gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar.
- Utilización adecuada de los medios de comunicación.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión.
- Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo.

### **2) Prevención Secundaria**

- Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada.
- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en éste tipo de atención.
- Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol.
- Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.

### **3) Prevención Terciaria**

- Vigilancia del vínculo madre – hijo, padre – hijo.
- Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se haya ubicado frente a su compañera y su hijo.
- Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto.

- Creación de pequeños hogares maternos para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado.

## **CAPÍTULO III**

### **3. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **3.1 MATERIALES**

##### **3.1.1 LOCALIZACIÓN DE ESTUDIO**

El presente estudio se realizará en el Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique Carlos Sotomayor” ubicado en Ecuador - Guayas, Guayaquil, en la Calle 10 S.E. (Pedro Gómez) y Av. 2 S.E. (6 de Marzo).

*El cual brinda los siguientes servicios:*

Admisión – Emergencia

Cuidados Intensivos

Cuidados Intermedios I - II

Toco-Quirúrgico

Consulta Externa

##### **3.1.2 PERÍODO DE LA INVESTIGACIÓN**

La actual investigación se realizará desde el mes de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

##### **3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS**

###### **3.1.3.1 HUMANOS**

- Adolescentes Embarazadas
- Jefes de Guardia
- Médicos Residentes
- Investigadora
- Personal del departamento Estadístico del Hospital Enrique C. Sotomayor

### **3.1.3.2 FÍSICOS**

- Historias Clínicas
- Tratados de Medicina Gineco-Obstétricos
- Navegación por Internet
- Papel bond
- Bolígrafo
- Computadora
- Dispositivo USB
- Tinta de impresora
- Otros

### **3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA**

#### **3.1.4.1 UNIVERSO**

El universo de este estudio es el de los casos obtenidos de las pacientes que ingresaron al Hospital Gineco - Obstétrico Enrique Carlos Sotomayor del área de Pre-parto del mes de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013.

#### **3.1.4.2 MUESTRA**

Las 150 primigestas juveniles de 14 a 19 años

## **3.2 MÉTODO**

### **3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Este tipo de investigación es Retrospectiva y Descriptiva

### **3.2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

No Experimental



### **3.2.3. PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.2.3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE EQUIPOS E INSTRUMENTOS**

Los instrumentos a utilizar serán las historias clínicas de las pacientes. Las historias clínicas a utilizar fueron instrumentadas por los médicos residentes en la fecha que se les atendió a las pacientes.

### **3.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN**

#### **3.2.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Embarazadas primigestas juveniles de 14 a 19 años con embarazo a término.

#### **3.2.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Embarazadas primigestas juveniles menores de 14 años y mayores de 19 años con embarazos pretérminos.

### **3.2.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

El estudio se realizará utilizando la información contenida en las historias clínicas de los pacientes atendidos durante el período de estudio, la misma que será tabulada en cuadros y gráficos, para cada una de las variables en estudio, así como la combinación entre las mismas, para su análisis e interpretación.

### **3.2.6 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

La solicitud aceptada por el Dr. Luis Hidalgo Director de la Maternidad Enrique C. Sotomayor. Véase en Anexo N° 2

### **3.2.7 PRESUPUESTO**

Autofinanciado

### **3.2.8 CRONOGRAMA**

Período de investigación seis meses. Véase en Anexos N° 3 y 4

## CAPÍTULO IV

### 4. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

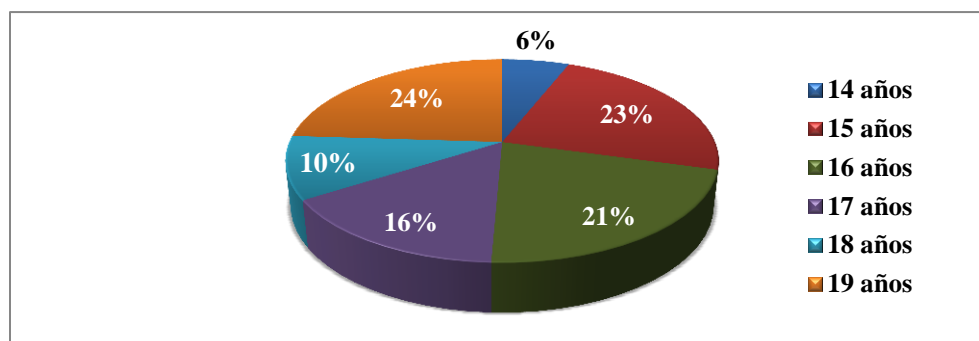
TABLA N° 1

Edad De Las Adolescentes Embarazadas

EDAD	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
14	9	6%
15	35	23%
16	32	21%
17	23	16%
18	15	10%
19	36	24%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

GRÁFICO N° 1

Edad De Las Adolescentes Embarazadas



**Autor:** Karen Lissette León Salazar

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”

#### Análisis e Interpretación

La **Tabla y Gráfico N° 1** observamos que el 24% corresponde a las adolescentes de 19 años; el 23% a las de 15 años; el 21% a las de 16 años; el 16% a las de 17 años, el 10% a las de 18 años y el 6% a las de 14 años. Con estos resultados concluimos que existe un elevado porcentaje de adolescentes las cuales deben de recibir orientación sobre anticoncepción.

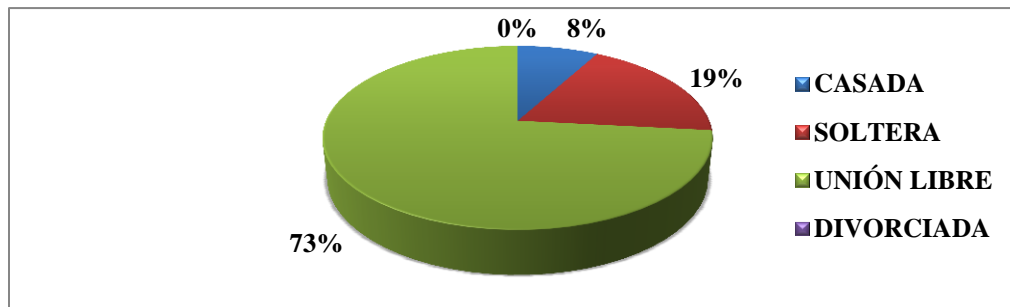
**TABLA N° 2**

**Estado Civil De Las Adolescentes**

ESTADO CIVIL	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Casada	12	8%
Soltera	28	19%
Unión Libre	110	73%
Divorciada	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO N° 2**

**Estado Civil De Las Adolescentes**



**Autor:** Karen Lissette León Salazar

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”

**Análisis e Interpretación**

La **Tabla y Gráfico N° 2** permite conocer el estado civil de las adolescentes, determinándose que el 73% están en unión libre; seguido por el 19% de las que son solteras y el 8% son casadas.

La conclusión es que existe una falta de comunicación y orientación por parte de las parejas que no acuden a los centros del ministerio de salud pública para obtener los métodos anticonceptivos de manera gratuita.

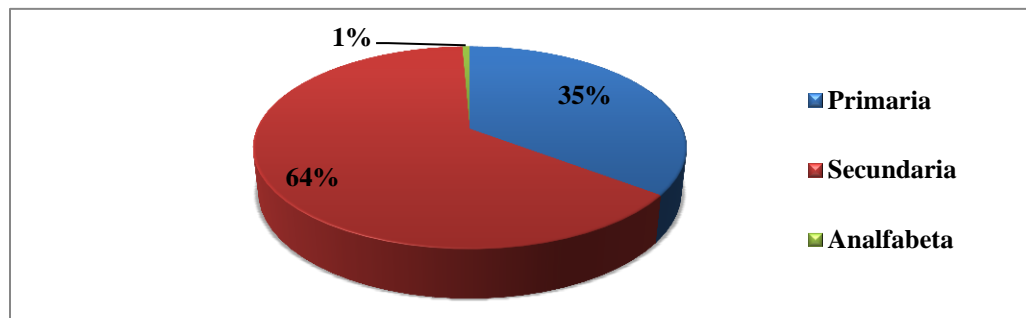
**TABLA N° 3**

**Grado De Instrucción De Las Adolescentes**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
Primaria	53	35%
Secundaria	96	64%
Analfabeta	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO N° 3**

**Grado De Instrucción De Las Adolescentes**



**Autor:** Karen Lisette León Salazar

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”

**Análisis e Interpretación**

La **Tabla y Gráfico N° 3** permite observar los resultados correspondientes al grado de instrucción de las adolescentes, destacándose que el 64% tienen estudios de secundaria; seguido por el 35% de quienes tienen estudios primarios y el 1% son analfabetas.

Se concluye que el mayor porcentaje de estas adolescentes han tenido que abandonar obligadamente los estudios, debido a sus embarazos imprevistos.

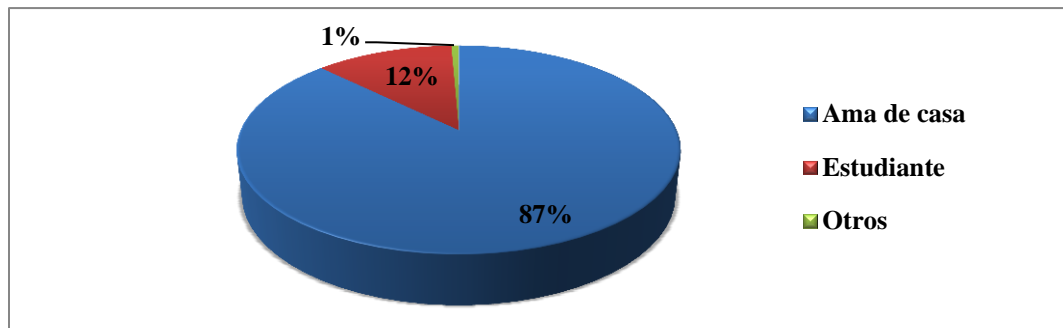
**TABLA N° 4**

**Ocupación Actual De Las Adolescentes**

<b>OCUPACIÓN ACTUAL</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Ama de casa</b>	131	87%
<b>Estudiante</b>	18	12%
<b>Otros</b>	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO N° 4**

**Ocupación Actual De Las Adolescentes**



**Autor:** Karen Lissette León Salazar

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”

**Análisis e Interpretación**

La **Tabla y Gráfico N° 4** muestra los resultados correspondientes a la ocupación actual de las pacientes, determinándose que el 87% son amas de casa; seguido por el 12% que son estudiantes y el 1% tienen otras ocupaciones.

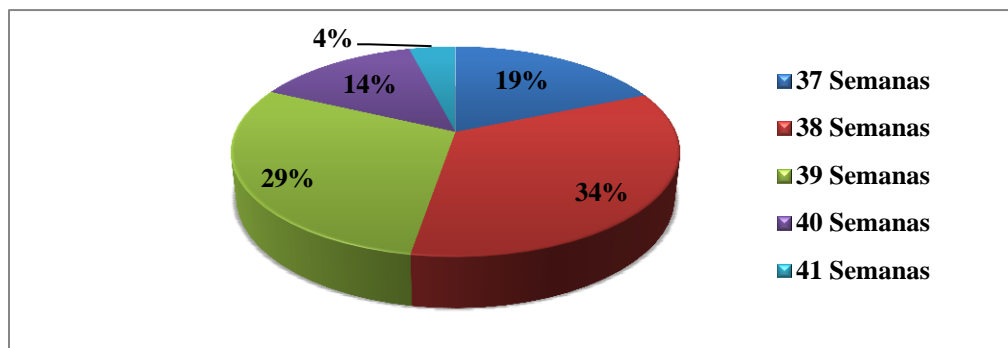
**TABLA N° 5**

**Edad Gestacional De Las Adolescentes en que culminó su embarazo**

EDAD GESTACIONAL	N° DE PACIENTES	PORCENTAJE
37 Semanas	28	19%
38 Semanas	51	34%
39 Semanas	44	29%
40 Semanas	21	14%
41 Semanas	6	4%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO N° 5**

**Edad Gestacional De Las Adolescentes en que culminó su embarazo**



**Autor:** Karen Lisette León Salazar

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”

**Análisis de Interpretación**

En la **Tabla y Gráfico N° 5** se puede establecer los resultados correspondientes a la edad gestacional, determinándose que el 34% culminaron hasta 38 semanas de gestación; seguidos por el 29% hasta 39 semanas; el 19% hasta 37 semanas; el 14% hasta 40 semanas y el 4% hasta 41 semanas.

Estos resultados nos indica que las embarazadas adolescentes constituyen un factor de riesgo, por no haber completado su desarrollo estructural y funcional, sin embargo el mayor porcentaje culminaron su gestación a una edad que el producto ya es viable.

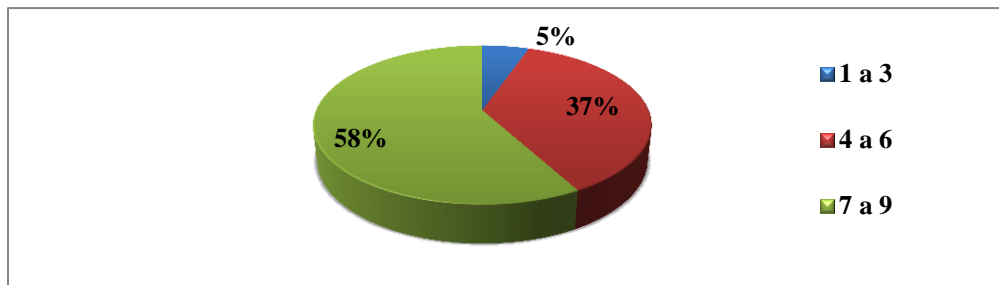
**TABLA N° 6**

**Controles Pre - Natales De Las Adolescentes**

<b>CONTROLES PRE – NATALES</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1 – 3</b>	<b>8</b>	<b>5%</b>
<b>4 – 6</b>	<b>55</b>	<b>37%</b>
<b>7 – 9</b>	<b>87</b>	<b>58%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICO N° 6**

**Controles Pre - Natales De Las Adolescentes**



**Autor:** Karen Lisette León Salazar

**Fuente:** Departamento de Estadística del Hospital Gineco – Obstétrico “Enrique C. Sotomayor”

**Análisis e Interpretación**

La **Tabla y Gráfico N° 6** muestra los resultados correspondientes a los controles pre – natales, determinándose que el 58% tienen controles de 7 a 9; el 37% tienen controles de 4 a 6 y el 5% tienen controles de 1 a 3.

Con esto concluyo que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen un conocimiento básico de la importancia de los controles pre – natales.

## **CAPÍTULO V**

### **5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROPUESTA**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

1. En base a los datos estadísticos obtenidos de las edades de las adolescentes se muestra que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas fue de un 24% en las edades de 19 años, seguido de 23% de 15 años, 21% de 16 años, 16% de 17 años, 10% de 18 años y 6% de 14 años.
2. Referente al estado civil los resultados de esta muestra de estudio el 73% se encuentran en unión libre, el 19% son solteras y el 8% son casadas.
3. Luego del estudio realizado sobre el grado de instrucción el 64% cursó la secundaria, el 35% la primaria y el 1% es analfabeto. Concluyo en que los adolescentes tienen un déficit de conocimientos sobre educación sexual.
4. Los valores con relación a la ocupación de las adolescentes el 87% son amas de casa, el 12% son estudiantes y el 1% se dedican a otras ocupaciones.
5. En lo que concierne a las semanas de gestación en que culminó su embarazo, el promedio de 34% completaron hasta 38 semanas, el 29% hasta 39 semanas, el 19% hasta 37 semanas, el 14% hasta 40 semanas y el 4% hasta 41 semanas. Aquellos embarazos considerados de alto riesgo culminaron sin complicaciones.
6. En el control Pre – Natal los resultados fueron que el 58% tuvieron controles de 7 a 9; el 37% tuvieron controles de 4 a 6 y el 5% tuvieron controles de 1 a 3. Demostrando que la mayoría de las adolescentes obtuvieron un control aceptable.
7. Se acepta la hipótesis de que la incidencia de adolescentes embarazadas es superior a nivel de educación secundaria.



## **5.2 RECOMENDACIONES**

- 1.** Realizar programas de orientación sexual destinados a concienciar a los adolescentes a no mantener relaciones sexuales a temprana edad.
- 2.** Crear programas continuos y permanentes de planificación familiar dirigidos a los jóvenes con el fin de orientarlos sobre métodos de anticoncepción; sus ventajas y desventajas y sugerir sobre el método más adecuado para cada pareja.
- 3.** Se debe proporcionar apoyo social a las adolescentes embarazadas, especialmente las que son más vulnerables. Ya que se ha demostrado que la mayor incidencia de embarazos se producen en adolescentes con estudios secundarios, se debería impartir charlas de educación sexual a nivel de instrucción secundaria.
- 4.** Desarrollar programas de asistencia a la madre adolescente, ofrecer apoyo médico, psicológico, educativo y socio-económico.
- 5.** Fomentar la importancia del adecuado y oportuno control prenatal desde el inicio del embarazo, de esta forma hacer que conozcan acerca de los factores de riesgo y complicaciones que pueden influir hasta el término del mismo.

## **5.3 PROPUESTA**

La adolescencia es un período crítico en el desarrollo de los comportamientos sexuales que pueden llevar a un embarazo no deseado o adquirir una infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH, por las prácticas de riesgo que manejan en sus relaciones.

Aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se presenta durante la adolescencia se convierte en un problema complejo y se considera de alto riesgo ya que la adolescente necesita cuidados especiales.

Solucionar el problema del embarazo en adolescentes requiere un esfuerzo multi e interdisciplinario coordinado, dirigido no solo a los adolescentes, sino también hacia las instituciones políticas, médicas, educativas y religiosas cuyas normas influyen directamente en las condiciones que llevan a un embarazo en adolescentes.

### **5.3.1 OBJETIVOS**

#### **5.3.1.1 Objetivo General**

- Lograr que las adolescentes que están en edad sexualmente activa acudan a los sub-centros de salud más cercanos a recibir una amplia orientación sobre educación sexual y planificación familiar.

#### **5.3.1.2 Objetivo Específico**

- Sensibilizar a las adolescentes sobre la importancia de llevar una vida sexual con responsabilidad.
- Orientar e informar a la adolescente embarazada de la importancia del control prenatal.
- Dar a conocer a las usuarias las posibles complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo.

### **5.3.2 RECOMENDACIONES**

- 1. Autoestima.-** Que las adolescentes se consideren capaces de enfrentar el reto de ser mamá a tan temprana edad.
- 2. Conocimiento.-** Que todas las adolescentes conozcan que tienen acceso a los servicios de salud y que pueden adquirir los diferentes métodos anticonceptivos en forma gratuita.
- 3. Destrezas.-** Que las adolescentes adquieran una buena aptitud frente a su situación.
- 4. Preferencia.-** Brindarle a todas las adolescentes el método anticonceptivo que le beneficie.

## **REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA**

### **CITA BIBLIOGRÁFICA DE LIBROS:**

- Jaime Botero U. - Guillermo Henao - Juan Guillermo Londoño  
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA  
Octava Edición 2008. Páginas 349 - 364
  
- J. Lombardía – M. Fernández  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. MANUAL DE CONSULTA RÁPIDA  
Segunda Edición 2010. Páginas 287 - 288
  
- Anameli Monroy  
SALUD Y SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD  
Primera Edición 2007. Páginas 26 - 35
  
- Josh McDowell - Bob Hostetler  
MANUAL PARA CONSEJEROS DE JÓVENES: UNA GUÍA COMPLETA  
PARA EQUIPAR A LÍDERES  
Cuarta Edición 2006. Páginas 303 - 308
  
- José Salvador Guerra Mejía  
LA SEXUALIDAD: SEXO, EMBARAZO Y CONTRACEPCIÓN EN LA  
ADOLESCENCIA  
Primera Edición. Páginas 89 – 105
  
- Carlos G. Redondo Figueroa - Gabriel Galdó Muñoz - Miguel García Fuentes  
ATENCIÓN AL ADOLESCENTE  
Primera Edición 2008. Páginas 335 - 345

## **CITA BIBLIOGRÁFICA DE REVISTA:**

- Revista Archivo Médico de Camagüey versión ISSN.  
Páginas 1025 – 0255
  
- Baena Rivero  
Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental.  
Revista *Atención Familiar* 2012. Vol. 19
  
- Rodríguez Domínguez Pedro Lorenzo - Hernández Cabrera Jesús - García León Lázaro Tomás.  
Propuesta de acción para reducción de factores maternos en el bajo peso al nacer.  
*Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2012. Vol. 38. Páginas 488 - 498
  
- Sardiñas Barrios Nicolás - Carvajal Carrazana Yarima  
Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología versión On-line ISSN. Páginas 1561-3062
  
- Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Volumen 56. Página 239 – 243
  
- Guía práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo  
Segunda Edición. Editorial Mosby. Páginas 268 - 281
  
- Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología  
Ciudad de la Habana ene.-jun. 2007. v.22
  
- Ulanowicz María Gabriela  
Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 2006, vol. 153, no 4, p. 13 - 17

### **CITA BIBLIOGRÁFICA DE INTERNET:**

- <http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo-en-adolescentes.shtm>
- <http://www.lacruzdecal.com/ed/articles/2006/0610ro.htm>
- [http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full\\_text/gineco\\_obstetricia/Planificaci%20familiar.PDF](http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Planificaci%20familiar.PDF)
- <http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo-en-adolescentes.shtm>
- <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/112/11203511.pdf>
- [http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-lidera-lista-embarazo-adolescente\\_0\\_650935027.html](http://www.elcomercio.ec/sociedad/Ecuador-lidera-lista-embarazo-adolescente_0_650935027.html)
- <http://www.lacruzdecal.com/ed/articles/2006/0610ro.htm>

# A NEXOS

## ANEXOS

### Anexo N° 1

<b>HISTORIAS CLÍNICAS DE LAS ADOLESCENTES DE 14 A 19 AÑOS QUE INGRESARON AL ÁREA DE PRE-PARTO DE SEPTIEMBRE 2012 A FEBRERO 2013</b>						
<b>EADES</b>	<b>SEPTIEMBRE-12</b>	<b>OCTUBRE-12</b>	<b>NOVIEMBRE-12</b>	<b>DICIEMBRE-12</b>	<b>ENERO-13</b>	<b>FEBRERO-13</b>
<b>14 años</b>	20725499-20726206	20718545-20726663	20730247-20731261	No acudieron pacientes	20734299-20736100	20734390
<b>15 años</b>	20708990-20709801 20712270-20715612 20719494-20726035 20726236-30016187 30043724	20716168-20722229 20728017-20728124 20728160-20729140 20729232-30355371	20717288-20720060 20726783-20730509 20730793-20731067 20731103-30062701	20721723 20732158	20728448-20731622 20735263	20722042 20722919 20736090 20736624 20736934
<b>16 años</b>	20720331-20722112 20722836-20723683 20725533-20725566 20726219-20727378 30136373	20710525-20714382 20714875-20725754 20729041-30120044	20718040-20729909 20730144-30031559	20721416 20732582 20733003 30490915	20719327-20735155 20736020	20723574 20725183 20736370 20737132 20737243 20737941
<b>17 años</b>	20723751-20725855 20726739-30202807 30303879	20714541-20727562 20728134-20728505 20728538	20713491-20729773 20730096-30034748 30459034	No acudieron pacientes	20735636-20735903 30050778-30215196 30508805	20734572 20736966 20737014
<b>18 años</b>	No acudieron pacientes	No acudieron pacientes	20718189-20730928 40842786	20719984 20733086	20735415-20735557 20735673-30013436 30073762-40842802	20721882 20724143 20737030 20737031
<b>19 años</b>	20717346-20723862 20726576-20726638 20726643 - 30296634 40838909	20714589-20725670 20727522-20728097 20729161 - 20729349	20717049-20717929 20725719-20727998 20730790-30116843	11100338-20705458 20722018-20732535 20732835-20732854	20734113 - 20734302 20734647 - 20734830 20735599 - 40834461	20728297 20730371 20737278 20737652 30037475



**Anexo N° 2**

**SOLICITUD PARA LA MATERNIDAD “ENRIQUE C. SOTOMAYOR”**

SR. DR  
LUIS HIDALGO  
DIRECTOR DE LA MATERNIDAD ENRIQUE C. SOTOMAYOR  
CIUDAD

De nuestras consideraciones:

Yo, **LEÓN SALAZAR KAREN LISSETTE** CON CI. **0924885957** Alumno del 5to año de la Universidad de Guayaquil Escuela de Obstetricia, solicito se me conceda su autorización para obtener datos estadísticos para mi tesis con el TEMA: **“INCIDENCIA DEL EMBARAZO A TÉRMINO EN PRIMIGESTAS JUVENILES DE 14 A 19 AÑOS”** en la Maternidad Enrique C. Sotomayor.

Anexo N° 3

CONTROL DE TUTORIAS																								
MESES HÁBILES	Dic-12				Ene-13				Feb-13				Mar-13				Abr-13				May-13			
ACTIVIDADES	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Presentación del Tema Propuesto				X																				
Análisis del Tema					X	X																		
Presentación de Correcciones							X	X																
Tácticas de Elaboración del Anteproyecto									X	X	X	X												
Presentación del Anteproyecto											X	X			X									
Correcciones																			X					
Presentación del Anteproyecto Corregido																			X					
Correcciones																			X					
Presentación del Anteproyecto Corregido																				X				
Aprobación del Anteproyecto																								X



OBST. SONIA GÓMEZ VERGARA Msc.

Directora De Tesis

Anexo N° 4

**CONTROL DE TUTORIAS**

MESES HÁBILES	Ene-13				Feb-13				Mar-13				Abr-13				May-13				Jun -13			
ACTIVIDADES	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S	1S	2S	3S	4S
Tácticas de Elaboración de la Tesis							X							X										
Presentación de Solicitud para obtención de las HC	X																							
Presentación de Hoja de Recolección de Datos		X																						
Recolección de datos de las Pacientes			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X											
Presentación de Tesis																	X	X						
Correcciones																			X					
Presentación de Tesis Corregida																			X	X				
Correcciones																				X				
Presentación de Tesis Corregida																				X	X			
Aprobación de Tesis																								X



Obst. SONIA GÓMEZ VERGARA Msc.  
Directora De Tesis