UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELEFAX: 042-289686
Guayaquil - Ecuador

OFICIO 230- PROY

Octubre 08 de 2014

Licenciada
María Elena Gómez Zambrano
MAESTRIA EN GERENCIA CLINICA
EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Ciudad.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente oficio comunico a usted, que su ANTEPROYECTO de investigación titulado:

"FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS PRECOZ EN ADOLESCENTES DE 14 – 19 AÑOS QUE SE ATIEBDEN EN EL CENTRO DE ATENCION 24 HORAS CUBA LIBRE. PERIODO 2012 – 2013. PROPUESTA DE PREVENCION".

Tutor: Obst. Delia Crespo Antepara, MSc.

Ha sido aprobado por la Direccion de esta Escuela de Graduados, el día 08 de Julio del 2014, por lo tanto puede continuar con la ejecución del Borrador Final
Revisor: Dra. Clara Jaime.

Atentamente,

Dr. Raúl Intriago López
DIRECTOR
ESCUELA DE GRADUADOS

C. archivo

Revisado y Aprobado:	Dr. Raúl Intriago L.
Elaborado	Pamela Ibarra Rivera

INFORMADA AL INTERESADO.
Dra. Clara Jaime
NOV. 17-2014

APROBADO BORRADOR DE TESIS
Dra Clara Jaime
14-10-2014

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
FECHA: 10 NOV. 2014
HORA: 10h25
RECIBIDO POR: Daniela

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA
DIRECCIÓN

Of. No. 022.-DIREC.ESC.OBST.

Guayaquil, octubre 29 del 2014

Doctor
Raúl Intriago López
Director
Escuela de Graduados
En su Despacho.

Estimado Señor Director:

Por intermedio de la presente comunico a usted que he procedido a la revisión y corrección de la Tesis presentada, por la **Lcda. MARIA ELENA GÓMEZ ZAMBRANO,** previa la obtención del Grado de Magister en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva, y se encuentra apta para sustentarla.

Adjunto al presente Tesis Titulada:**"FACTORES DE RIESGOS EN EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES DE 14-19 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE ATENCIÓN 24 HORAS CUBA LIBRE. PERIODO 2012-2013"**

Sin otro particular, me suscribo de Ud., no sin antes reiterarle mi consideración más distinguida.

Atentamente,

Obst. Delia Crespo Aguepara, MSc.
DIRECTORA

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
DIRECCIÓN
ESCUELA DE OBSTETRICIA

Elaborado: Elizabeth Murillo G.
Revisado y Aprobado: Delia Crespo A.

Ministerio de Salud Pública

Dirección Distrital No. 13D02
Jaramijó – Manta – Montecristi, Salud
Centro de Salud Cuba Libre

Manta, noviembre 11 del 2014

LIC. TERESA FARFÁN DELGADO, jefe de estadística Distrital de Salud N° 13D02, a petición verbal de la interesada.

C E R T I F I C A:

Que la **LIC. GOMEZ ZAMBRANO MARÍA ELENA,** presento en el Centro de Salud Cuba Libre 24 – HD, la solicitud para la elaboración de un trabajo de investigación titulado FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS PRECOZ EN ADOLESCENTES DE 14-19 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE 24-HD. PERIODO 2012-2013; para optar por el grado de Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva, con fecha 15 de agosto del 2012. El mismo que fue aprobado, para la obtención de datos estadísticos.

Autorizo a la peticionaria hacer del presente documento, el uso que crea conveniente.

Lic. Teresa Farfán Delgado

JEFE DE ESTADÍSTICA

DIRECCIÓN DISTRITAL DE SALUD 13D02 JARAMIJÓ - MANTA - MONTECRISTI CENTRO DE SALUD 24 HORAS CUBA LIBRE

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

TÍTULO

FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS PRECOZ EN ADOLESCENTES DE 14-19 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE 24-HD. PERIODO 2012-2013. PROPUESTA DE PREVENCIÓN

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN GERENCIA CLÍNICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Autora:

GOMEZ ZAMBRANO MARÍA ELENA

Tutora:

OBST. DELIA CRESPO ANTEPARA. MSC

AÑO 2016

GUAYAQUIL – ECUADOR

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TÍTULO Y SUBTÍTULO: FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZOS PRECOZ EN ADOLESCENTES DE 14-19 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN EL CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE 24-HD. PERIODO 2012-2013. PROPUESTA DE PREVENCIÓN.		
AUTOR: Lic. María Elena Gómez Zambrano.	**TUTOR:** Obst. Delia Crespo Antepara. Msc **REVISOR**: Dra. Clara Jaime Game	
INSTITUCIÓN: Universidad de Guayaquil	**FACULTAD:** Ciencias Médicas	
CARRERA: Maestría en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 06 de mayo de 2016	**NO. DE PÁGS:** 90	
ÁREA TEMÁTICA: SALUD		
PALABRAS CLAVES: Complicaciones, embarazo precoz, adolescentes, diseño, encuesta, propuesta.		
RESUMEN: El presente estudio tiene como objetivo determinar las complicaciones derivadas del embarazo en adolescentes de 14-19 años, mediante el estudio de las complicaciones para diseñar una propuesta educativa en base a los resultados. El embarazo en la adolescencia se lo considera entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa de la adolescente, los mismos que pueden ser no deseados, provocados por la falta de información y la práctica de relaciones sexuales sin la utilización de métodos anticonceptivos y por ende a una maternidad precoz. El diseño utilizado es de tipo descriptivo y de corte transversal, con enfoque cualitativo siendo sus variables las complicaciones y riesgos del embarazo en adolescentes incluyendo factores socioeconómicos y culturales; en la metodología se utilizó como instrumento de evaluación la información de las historias clínicas y encuestas en donde se miden las variables de estudio, y se determinó las complicaciones den embarazo en adolescentes. Los resultados obtenidos fueron 27 partos atendidos en la unidad de salud, con el 7,41% presentaron hemorragia, se analizaron 91 historias clínicas de las cuales 36 casos existen de infecciones urinarias, el 10,99% amenaza de aborto; 5,49% sangrado de origen determinado; 53,85% infecciones vaginales, 13,19% ITS.		
N° DE REGISTRO(en base de datos):	**N° DE CLASIFICACIÓN:**	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web)		
ADJUNTO URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	[x] **SI**	[ ] **NO**
CONTACTO CON AUTORES/ES:	**Teléfono: 0991573982**	**E-mail:** marygz229@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCION:	**Nombre:** SECRETARIA DE LA ESCUELA DE GRADUADOS	
	Teléfono: 2- 288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía en todo momento.

Dedico este nuevo logro con toda gratitud a mis familiares por el apoyo en cada momento de mi vida, principalmente a mis padres Inés Zambrano y Walton Gómez, por su esfuerzo, dedicación y ejemplo que me ayudaron para formarme con principios y valores y convertirme en lo que hoy soy.

A mi esposo Johnny Sánchez y mi hijo que son la razón de mi vida, gracias por ser parte de cada uno de mis logros, sin ustedes no podría alcanzar mis objetivos.

GOMEZ ZAMBRANO MARÍA ELENA

AGRADECIMIENTO

Al haber cumplido la meta propuesta expreso mi más sincero agradecimiento:

A la Universidad de Guayaquil por abrir sus puertas y permitir que culmine mis estudios de maestría.

A la Facultad de Medicina y docentes por los conocimientos adquiridos.

A la Obts Delia Crespo, Msc por la dirección de esta tesis y enseñanzas.

Al Centro de Salud Manta y al personal de Enfermería por la colaboración para la realización del trabajo investigativo.

A todos quienes de una u otra forma contribuyeron en nuestra formación académica y depositaron su plena confianza en nosotras.

GOMEZ ZAMBRANO MARÍA ELENA

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar las complicaciones derivadas del embarazo en adolescentes de 14-19 años, mediante el estudio de las complicaciones para diseñar una propuesta educativa en base a los resultados. El embarazo en la adolescencia se lo considera entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa de la adolescente, los mismos que pueden ser no deseados, provocados por la falta de información y la práctica de relaciones sexuales sin la utilización de métodos anticonceptivos y por ende a una maternidad precoz. El diseño utilizado es de tipo descriptivo y de corte transversal, con enfoque cualitativo siendo sus variables las complicaciones y riesgos del embarazo en adolescentes incluyendo factores socioeconómicos y culturales; en la metodología se utilizó como instrumento de evaluación la información de las historias clínicas y encuestas en donde se miden las variables de estudio, y se determinó las complicaciones den embarazo en adolescentes. Los resultados obtenidos fueron 27 partos atendidos en la unidad de salud, con el 7,41% presentaron hemorragia, se analizaron 91 historias clínicas de las cuales 36 casos existen de infecciones urinarias, el 10,99% amenaza de aborto; 5,49% sangrado de origen determinado; 53,85% infecciones vaginales, 13,19% ITS.

PALABRAS CLAVES

Complicaciones, embarazo precoz, adolescentes, diseño, encuesta, propuesta.

SUMMARY

The present study aims to determine the complications of pregnancy in adolescents aged 14-19 years, through the study of the complications to design an educational proposal based on the results. Pregnancy in adolescence considered from the beginning of the childbearing age to the end of the adolescent stage, which can be unwanted, caused by the lack of information and the practice of sex without the use of contraceptive methods and thus to early motherhood. The design used is descriptive and cross-sectional, qualitative approach being its variables the complications and risks of pregnancy in adolescents including factors socio-economic and cultural; methodology was used as an instrument of evaluation information records and surveys where the study variables are measured, and was determined the complications den pregnancy in adolescents. The results obtained were 27 births attended in the health unit, with 7.41% showed bleeding, 91 records of which were analyzed 36 cases exist of urinary tract infections, 10.99% threat of abortion; 5.49% bleeding of certain origin; 53,85% infection vaginal, 13.19% ITS.

Words key

complications, early pregnancy, adolescents, design, survey, proposal.

ÍNDICE

RESUMEN

1. INTRODUCCION 1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
Determinación del problema 3
Preguntas de investigación 4
Justificación 5
Viabilidad 5
OBJETIVOS
Objetivo general 6
Objetivos específicos 6
HIPOTESIS 6
VARIABLES 6

2. MARCO TEORICO 7

3. MATERIALES Y METODOS 38
Localización 38
Caracterización de la zona de trabajo 38
Periodo de la investigación 40
Recursos empleados 40
Universo y muestra 40
METODOS 41
Tipo de investigación 41
Diseño de la investigación 41
Procedimiento de la Investigación 41
Criterios de Inclusión 42
Criterios de exclusión 42
Análisis de la información 42
Aspectos éticos y legales 42
Presupuesto 43

4. Resultados y discusión 44
5. Conclusiones y recomendaciones 59
6. Bibliografía 62

7. ANEXOS 65
Encuestas

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.....44
Tabla 2.....45
Tabla 3.....46
Tabla 4.....47
Tabla 5.....48
Tabla 6.....49
Tabla 7.....50
Tabla 8.....51
Tabla 9.....52
Tabla 10.....53
Tabla 11.....54
Tabla 12.....55
Tabla 13.....56
Tabla 14.....57
Tabla 15.....86
Tabla 16.....86
Tabla 17.....87
Tabla 18.....87
Tabla 19.....88
Tabla 20.....89
Tabla 21.....90

1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial ocurren anualmente 15 millones de partos en adolescentes, de los cuales el 80% son pertenecientes a países en vías de desarrollo. Diversos estudios indican que más del 50 por ciento de las y los jóvenes menores de 17 años son sexualmente activos. Este fenómeno es denominado sexualidad temprana en numerosos documentos, e implica riesgos de un embarazo, deseado o indeseado, con consecuencias negativas a corto y largo plazo para las mujeres adolescentes. López y Figueredo (2.008)

En el Centro de Atención 24 horas Cuba libre, según datos estadísticos 2012, se atienden un considerable número de adolescentes embarazadas que oscila entre edades de 11 a 17 años en la consulta de Control Prenatal, que por lo general sólo van acompañadas de su madre.

Uno de los factores principales es la desintegración de la familia; y entre los riesgos a que están sometidas estas adolescentes son de variado índole tanto biológicos, psicológicos, sociales, etc, presentando complicaciones como parto pretermino, morbi-mortalidad materno neonatal, hemorragias post parto, anemia grave, entre otras.

Su evolución en tales campos se ha trastornado y se requiere de una apropiada atención integral para lograr el completo desarrollo de estas adolescentes; así como para garantizar la disminución de los riesgos que experimenta el nuevo ser que ella ha concebido. El embarazo en la adolescencia es un impacto de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, en su salud, en la de su hijo, su pareja, su familia, ambiente y la comunidad en su conjunto.

Al estudiar a adolescentes menores de 15 años doce que la edad de la monarquía, primera relación sexual y el embarazo son muy cercana entre si, evidenciando que este se produjo como fruto de las primeras relaciones sexuales, además la información sexual previa al embarazo, hacia como la falta de conocimientos e información sobre

uso de métodos anticonceptivos resultó prácticamente inexistente y su aprendizaje lo obtuvieron de su propia experiencia. Castro, C y Colis (2008)

Factores socio-económicos y culturales determinante del embarazo en adolescentes en el distrito de “Ferreñafe” se estudió a 157 adolescentes llegando a la conclusión: el bajo nivel económico (35.1%), la ausencia de proyectos de vida (77,9%), la falta de comunicación con los padres (41.6%) y con los amigos (50,6) son factores determinantes del embarazo en adolescentes.

En las Jornadas de reflexión sobre aspectos legales, educativos y proyectos de vida de las madres adolescentes, expresan la crítica situación de las adolescentes provenientes de los sectores marginales, aunado a lo expuesto precisó que el embarazo precoz es como una patología social, ya que en la actualidad la mayoría de las mujeres adultas controlan su maternidad, lo que refleja una baja en la tasa de fecundidad, mientras que en las adolescentes ocurre lo contrario, en ellas existe un incremento del embarazo precoz, lo cual constituye un problema social. Zambrano (2006).

Ante la situación que está viviendo por la proliferación de mujeres embarazadas con poca edad, si se quiere niñas, ya son madres de dos y hasta tres hijos sin haber llegado al matrimonio. Indica también que las adolescentes deberían tomar conciencia y prepararse para un futuro sin trabas, que impidan su desarrollo personal. Esta situación se debe más que todo a la falta de educación, la manera como reciben esa educación en su hogar y al mismo tiempo el apoyo que le puedan dar sus padres, ya que existen hogares donde los padres están divorciados y es el resultante de conflictos matrimoniales, olvidándose que existe un hijo que necesita orientación y educación permanente. He aquí el error de los padres. Gómez (2007)

Son numerosas las investigaciones que estudian las complicaciones para el embarazo en la adolescencia, sin embargo todas coinciden en afirmar que el entorno familiar juega un papel importante. Tal como lo describe Duarte, A y Cois quienes reportan al estudiar a un grupo de gestantes adolescentes que las causas que se asociaron con mayor frecuencia al embarazo a edad temprana fueron desintegración familiar, frustraciones,

falta de comunicación, fracaso en los estudios, venganza contra los padres, pobreza y hacinamiento. La presente investigación se basó en la recopilación de datos mediante historias clínicas y encuestas realizadas a gestantes adolescentes que acudieron al control prenatal del centro de atención 24 horas Cuba Libre, con un tamaño de la muestra de acuerdo al universo de embarazadas que se atienden en la Unidad de Salud, en donde se detectaron las complicaciones del embarazo debido a la mala información que tenemos acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos, falta de madurez, ignorancia o falta de cultura sexual, violación (en algunos casos), el temor a preguntar y/o a platicar, descuido por parte de los padres (negligencia), carencia afectiva, inseguridad entre otros factores.

Con los resultados obtenidos de la investigación se procedió a tabular y graficar, detectando los principales problemas y en base a los mismos se planteó la propuesta educativa dirigida a las gestantes objeto del estudio.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. En el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo (Centro Nacional de Educación Sexual, Adolescencia, Sexología y Sociedad 2009).

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones del sector salud derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos en adolescentes en las últimas décadas. Este embarazo implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2 situaciones: Una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales. En lo biológico, los peligros están

determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general.

Con una política orientada a la educación sexual y sanitaria de las nuevas generaciones, podría lograrse en el futuro mejorar los indicadores relacionados con la incidencia de embarazos en la adolescencia, para mejorar así los resultados perinatales.

La maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parenterales inadecuados y la existencia de disfunción familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales.

1.1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la frecuencia de parto pretermino en adolescentes del CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE 24-HD?

¿Cuál es la frecuencia de las Infecciones de Vías Urinarias en adolescentes?

¿Cuál es la frecuencia de hemorragias durante el embarazo en las adolescentes en estudio?
¿Cuál es la incidencia de las infecciones pos-parto presentadas en las adolescentes en estudio?
¿Cuál es la edad de las encuestadas?
¿Cuál es el estado civil?
¿Cuál es el grado de escolaridad?
¿Cuál es la ocupación?
¿Con quien vivía la adolescente antes de quedar embarazada?
¿Cómo es la relación con sus padres?
¿Qué piensan sus padres de su noviazgo?

1.1.3. JUSTIFICACIÓN

Más del 70% de los/las jóvenes tienen información equivocada sobre la sexualidad. Esto hace que trasciendan muchas consecuencias para la pareja. Sin embargo hoy sabemos que desde el momento que se ha quedado embarazada cualquiera que sea su decisión (abortar o tener el hijo) está expuesta a importantes consecuencias no solo orgánicas sino también psicológicas, sociales, económicas, educativas, laborales. Molina R.: (2009)

La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve involucrada al mundo adulto sin estar preparada para ello, esta situación lleva a la adolescente a problemas psicológicos ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no están preparados. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas del futuro.

El trabajo está encaminado a investigar las complicaciones en embarazos precoz en adolescentes de 14-19 años que se atienden en el centro de atención 24 horas Cuba Libre. Periodo 2012-2013 porque no se ha considerado hasta en los actuales momentos la debida importancia sobre la temática, teniendo como consecuencias diversos factores como embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, etc.

Los resultados encontrados en el estudio permitirán de manera objetiva crear una estrategia de intervención ante el problema desarrollando acciones que comprometan a la gestante adolescente y disminuir el índice de embarazos con lo cual, no solo se beneficiarán los adolescentes, sino también la familia, aspectos que por sí mismos son justificados para ser investigados.

1.1.4. VIABILIDAD

Como Profesional de Enfermería el proceso investigativo es viable por tener acceso a la información, debido a que cuenta con la autorización del directivo del Centro de Salud Manta.

1.2. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo del embarazo en adolescentes de 14-19 años, mediante la revisión de historias clínicas del departamento de estadística del Centro de Salud Cuba Libre 24-HD de la ciudad de Manta para diseñar una propuesta educativa en base a los resultados.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores socio-demográficos, culturales y patologías en embarazadas adolescentes del centro de Salud Cuba Libre 24 HD.

- Diseñar un programa de educación y prevención del embarazo en la adolescencia para disminuir el embarazo en adolescentes y con ello las complicaciones que se derivan del mismo.

1.3. HIPÓTESIS

- ✓ La precocidad en el embarazo incrementa el riesgo obstétrico en la mujer y en el recién nacido.

1.4. VARIABLES

Variable dependiente

Frecuencia de embarazo en adolescentes

Variable independiente

Aspectos sociodemográficos: edad, estado civil, grado de escolaridad, ocupación

Aspectos culturales: Conocimientos, creencias, hábitos y costumbres

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ESTUDIOS INVESTIGATIVOS A NIVEL MUNDIAL DEL EMBARAZO PRECOZ EN ADOLESCENTES.

Diversos factores ligados a la crisis económica, como la falta de expectativas en la vida, abandonar los estudios, no tener trabajo o la búsqueda de una señal de identidad en un bebé, pueden hacer que esté aumentando en los últimos años la cifra de chicas españolas menores de 18 años que experimentan la maternidad. (24)

La ginecóloga Isabel Serrano, miembro de la Junta Directiva de la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), hizo esta afirmación en una rueda de prensa en Madrid con motivo de la presentación del informe Estado de la población mundial 2013', del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFA, según sus siglas en inglés), centrado este año en el embarazo en adolescentes.(24)

Este estudio concluye que alrededor de 20.000 niñas menores de 18 años y residentes en países en desarrollo dan a luz cada día (es decir, unos 7,3 millones al año), de las cuales un 27,4% (dos millones anualmente) lo hacen sin haber cumplido los 15 años. (24)

Serrano apuntó que este "verdadero drama mundial" también causa "preocupación" en países desarrollados como España. Aquí y allí da lo mismo y todo esto tiene que ver con la pobreza y el nivel educativo, añadió. (24)

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), un total de 3.289 niños de madres de hasta 17 años nacieron en **España** en 2011, de los cuales 145 tuvieron como progenitora a una menor de 15 años. Un tercio de estos nacimientos se produjeron con mujeres inmigrantes, un 13% de las cuales estaban casadas (por el 6% de las españolas). (21)

En 2010, el índice de nacimientos entre los adolescentes en los **Estados Unidos** fue el más bajo de la historia en casi 70 años en los que se ha seguido con atención los

nacimientos ocurridos en adolescentes. Anteriormente, el índice de embarazos entre adolescentes en los Estados Unidos alcanzó su punto más bajo en 2005, pero aumentó nuevamente por primera vez en una década, en el 2006. (6)

El índice preliminar de nacimientos en 2010 entre las adolescentes más jóvenes era de 0.4 nacimientos por cada 1,000 mujeres de entre 10 y 14 años de edad, el nivel más bajo hasta entonces. Esta reducción en el índice de nacimientos es muy alentadora dado que las adolescentes más jóvenes tienen mayores riesgos de complicaciones durante el embarazo. (6)

El índice preliminar de nacimientos entre las adolescentes en 2010 era de 17.3 nacimientos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 17 años de edad y 58.3 nacimientos por cada 1,000 mujeres de entre 18 y 19 años de edad. Ese año, el índice de nacimientos entre las adolescentes de entre 15 y 19 años era de 55.7 por cada 1,000 mujeres hispanas, 51.5 por cada 1,000 mujeres afroamericanas y 23.5 por cada 1,000 mujeres blancas no hispanas. Los índices para todas las razas y grupos de origen hispano registraron bajas históricas en el 2010. (6)

El ochenta y ocho por ciento de las adolescentes de entre 15 y 19 años – el noventa y cinco por ciento entre las edades de 15 y 17 años y el 85 por ciento entre las edades de 18 y 19 años – que dieron a luz en el 2010 eran solteras. (8)

En el 2010, los adolescentes representaban sólo el 20 por ciento de los nacimientos que ocurren fuera del matrimonio, una disminución de lo que era el 50 por ciento en 1970 (Hamilton et al., 2011). (8)

Según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas el país con la mayor tasa de embarazos adolescentes fue la República del Níger y al final de la lista se encuentran países como Dinamarca, Japón, Corea del Sur y Corea del Norte. La Argentina se encuentra en el puesto 71, en una lista de 198 países, y es uno de los más bajos en la región.(8)

En una publicación de 2008, la OMS sostiene: “La proporción de nacimientos que tienen lugar durante la adolescencia es de aproximadamente 2% en China, 18% en **América Latina** y el Caribe y más del 50% en el África subsahariana”. Las muertes durante el primer mes de vida son 50 a 100% más frecuentes si la madre es adolescente. Más joven es la madre, mayor es el riesgo en el embarazo. (15)

El informe "Maternidad en la niñez" del Fondo de Población de las Naciones Unidas señala entre las causas "la falta de acceso a la educación y a la salud sexual y reproductiva, que incluye métodos anticonceptivos e información". En el caso argentino, una investigación de varias organizaciones (entre ellas la Asociación por los Derechos Civiles y el Centro EDES) muestra que aunque la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable promulgada en 2002 prevé la entrega de anticonceptivos gratuitos e información, su implementación es dispar: (15)

"Existen dificultades para garantizar espacios confidenciales, seguros y de calidad para adolescentes que buscan asesoramiento y atención. Se constató que, como resultado de estas políticas erráticas, las adolescentes, en su mayoría, llegan a los servicios de salud reproductiva sólo cuando ya están embarazadas". El último informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS (2011) revela que de cada mil niñas **chilenas** que tienen entre 15 y 19 años, 51 quedan embarazadas y tienen sus hijos. Una cifra que ubica como el país con menor tasa de fecundidad adolescente de Sudamérica, mejor que Brasil (56 por cada mil), Perú (59) y Uruguay (60), y muy lejos de Ecuador (92), Colombia (96) o Venezuela (101). (15)

Y aunque las estadísticas favorecen, aún están lejos de la de los países desarrollados, que lucen la mitad de la tasa. Y según la OMS, revelan un avance, aunque lento. “La tasa de 51 nacidos vivos por mil mujeres de 15 a 19 años es, efectivamente, la mejor de Sudamérica, pero refleja un avance paulatino y lento de disminución de este tipo de embarazos respecto a décadas pasadas y una agenda parcial o inconclusa sobre promover esa disminución”, dice a La Tercera, César Gattini, asesor subregional de análisis y estadísticas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). De hecho, las cifras chilenas no se explican por una reducción de los embarazos juveniles,

sino más bien por una estabilización de ellos: entre los 35 mil y 40 mil por año en las últimas dos décadas. Así lo confirma Sylvia Santander, jefa del departamento del ciclo vital de Minsal, quien dice que incluso entre 2005 y 2009 la tasa de embarazo adolescente experimentó una leve alza, de 5,5%. (15)

Es por eso que el Ministerio de Salud ya se fijó metas para bajar las cifras. Para 2015 se busca reducir los embarazos adolescentes en un 5%. Es decir, que sólo existan 24 embarazadas por cada mil mujeres entre los 10 y los 19 años. Para 2020, en tanto, el plan pretende una baja de hasta un 10%, lo que equivale a 22,9 embarazos por cada mil adolescentes, una cifra similar a la que hoy lucen los países desarrollados. Recuperado http://www.biut.cl/actualidad/2012/05/oms-chile-tiene-tasa-de-fecundidad-adolescente-mas-baja-de-sudamerica/ publicado el 24 de mayo del 2012. (15)

En **Colombia,** según la información contenida en la ENDS 2010, al observar la información relativa al embarazo adolescente para el 2010, un total de 19.5% de adolescentes han estado alguna vez embarazadas. En comparación con el 2005, se presentó una disminución de un punto porcentual en el embarazo adolescente, sin embargo la cifra analizada representa un alto porcentaje si se tiene en cuenta que los embarazos en la adolescencia son generalmente no planificados o deseados, e implican un impacto negativo en las condiciones físicas y mentales de las jóvenes.(2)

Al apreciar las zonas geográficas, es igualmente preocupante la situación en las áreas rurales, ya que allí se observa un porcentaje de 26.7 de adolescentes alguna vez embarazadas, en comparación con un porcentaje de 17.3 de embarazo en las jóvenes de las zonas urbanas. Es decir, la diferencia entre zona urbana y rural es de un aproximado de 9 puntos porcentuales. (2)

En relación con los niveles educativos, se constata que los porcentajes más altos de embarazo adolescente, se presenta en adolescentes sin educación (55%) o solo con educación primaria (46.5%). Tales cifras reflejan el rol esencial que juega la escolarización de las mujeres a la hora de prevenir el embarazo adolescente y la necesidad de garantizar no solo el acceso a la educación de niñas y niños, pero de su

permanencia durante todo el ciclo educativo. Una infografía del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC) revela la realidad del embarazo en adolescentes ecuatorianas. Del estudio, realizado con los resultados de los Censos de Población y Vivienda (1999, 2001,2010), se desprende que de los 3,6 millones de madres que existen en Ecuador, más de 122 mil son adolescentes. (2)

Además, solo en 2011 se registraron 45.708 partos en madres adolescentes. Por regiones, un 55.3% de estos partos se registra en la Costa versus el 38.4% en la Sierra y el 6.3% en la Amazonía. (ver anexo ilustración 1 y 2) (2)

2.2. DEFINICIÓN DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Embarazo adolescente o embarazo en la adolescencia, se define como aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 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. (1)

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. (1)

Entre las causas se encuentran las siguientes:

- Mal funcionamiento del núcleo familiar (posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto.
- La inestabilidad familiar.
- La necesidad de probar su fecundidad.
- La pérdida de la religiosidad.

- Mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.
- La aceptación de mantener relaciones sexuales a edades cada vez más precoces.
- La falta de educación suficiente sobre el comportamiento sexual responsable.
- Información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual. (13)

2.3. COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. (16)

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. (16)

En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y postgestacional. En un estudio nacional se determinó que el 47% de las adolescentes estudiaban al momento de la concepción, cifra que disminuyó posteriormente al 8%.(25)

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. En contraste, en las pacientes menores de

16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. (26)

Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico.(12)

Numerosas investigaciones en adolescentes embarazadas demuestran que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%. Sin embargo, una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas. (10)

Bajo el mismo concepto anterior, se infiere que la posibilidad de parto prematuro en las pacientes adolescentes estaría más bien relacionado con factores como el bajo nivel socioeconómico más que la adolescencia por sí misma; sin embargo, una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. (18)

Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas. En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%. (18)

Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso de

nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente, con cifras de aproximadamente el 18%. (23)

El bajo peso de nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En este sentido es interesante destacar que numerosas publicaciones sobre embarazo adolescente revelan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas. Si bien la mayoría de los estudios demuestran una frecuencia aumentada, este aumento no siempre es estadísticamente significativo. (23)

A. Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal

- ✓ Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
- ✓ Antecedente de abuso sexual.
- ✓ Enflaquecimiento (desnutrición).
- ✓ Estatura de 1,50 m o menor.
- ✓ Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.
- ✓ Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional. (11)

B. Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal

- ✓ Menarca a los 11 años o menos.
- ✓ Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- ✓ Ser la mayor de los hermanos. (11)

C. Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable

- ✓ 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 corriente o no detectable. (11)

Factores de Riesgos:

- Crecer en condiciones pobres o precarias.
- Falta de educación por parte de los padres.
- Vivir en comunidades o asistir a escuelas donde los embarazos tempranos son comunes.
- El uso temprano de alcohol y/o drogas. (11)

Entre las madres adolescentes existe un factor común a todas ellas: una mala historia de rendimiento escolar. Existe un alto índice de abandono precoz de los estudios, sobre todo entre las madres más jóvenes. Además parece ser que las jóvenes incluidas en programas de educación especial tienen también más riesgo de tener un embarazo en su adolescencia. (17)

Todas las estadísticas realizadas demuestran que hay mayor número de embarazos en adolescentes cuyas familias están separadas y también en familias con un solo progenitor. Hasta un 60% de las jóvenes madres pertenecen a familias cuyos padres están separados; y un 40% no ha vivido nunca una situación familiar estable. En el mismo sentido, se comprueba que el embarazo precoz es más frecuente en jóvenes cuyas madres son solteras o lo eran al concebir a su hija, o que, a su vez, habían tenido hijos a una edad muy temprana. (17)

Riesgos para la salud del embarazo en Adolescentes.

Cuando la mujer es demasiado joven, el embarazo — deseado o no deseado — puede ser peligroso para la madre y el niño. Las complicaciones del parto y el aborto en condiciones peligrosas están entre las causas principales de mortalidad de las mujeres menores de 20 años de edad. Incluso en condiciones óptimas, las jóvenes madres,

especialmente las que tienen menos de 17 años, tienen más probabilidad que las mujeres de alrededor de 20 años de sufrir complicaciones relacionadas con el embarazo y de morir en el parto. El riesgo de muerte puede ser dos a cuatro veces mayor, según el estado de salud y la situación socioeconómica de la mujer. Las complicaciones del embarazo que hacen peligrar la vida de las mujeres menores de 20 años son los mismos riesgos que enfrentan todas las demás mujeres: hemorragia, septicemia, hipertensión ocasionada por el embarazo, inclusive, distocia por obstáculo mecánico causado por la desproporción cefalopélvica, complicaciones del aborto en condiciones peligrosas, y anemia. (22)

Las jóvenes enfrentan riesgos mayores de hipertensión, desproporción cefalopélvica, anemia y aborto peligroso que las mujeres de más edad. Estos riesgos son mayores para las jóvenes no solo por su edad, sino también porque por lo común se trata del primer parto, siempre más peligroso que el segundo, el tercero o el cuarto. (9)

Los factores socioeconómicos, incluidas la pobreza, la malnutrición, la falta de educación y la falta de acceso a servicios de atención prenatal o de atención obstétrica de emergencia pueden incrementar aún más el riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo de las jóvenes. Entre las jóvenes, igual que entre las mujeres de más edad, las que corren el máximo de riesgo son las mujeres pobres, que en su mayoría están desnutridas y con oportunidades mínimas de recibir atención prenatal. (3)

De la pagina 176 de López Luna (2009), se repite literalmente la declaración de Alma Ata sobre atención primaria de la salud: "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (3)

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud,

llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria".(3)

2.4. ADOLESCENCIA

Se define como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica.(29)

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. Según la OMS, la adolescencia se clasifica en(29)

Adolescencia temprana: 10 a 13 años.

- ✓ Biológicamente, es el periodo 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.(29)

Adolescencia media: 14 a 16 años.

- ✓ Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.
- ✓ Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

- ✓ 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.(29)

Adolescencia tardía: 17 a 19 años.

- ✓ Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (29)

- ✓ 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". (29)

2.5. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental."(25)

La probabilidad de morir debido a eventos relacionados con la reproducción es 2 veces mayor cuando la adolescente está entre los 15 y los 19 años, pero es 6 veces mayor cuando la joven es menor de 15 años. (34)

Con respecto a la edad de las adolescentes embarazadas existen estudios que evidencian diferencias significativas en la evolución del embarazo entre las pacientes menores de 16 años y las de 16 años y más. Stain y cols., demostró que el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (entre 16 y 19 años) estaba asociado con factores sociales como pobreza más que con la simple edad materna. (35)

En contraste, en las pacientes menores de 16 años, los resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna por sí misma. Algunos autores concluyen que las pacientes adolescentes embarazadas que reciben un adecuado control perinatal no presentarían mayor riesgo obstétrico que una embarazada adulta de similar nivel socioeconómico. (35)

En lo Biológico se altera el vínculo madre e hijo, dando como resultado en la madre mayor mortalidad materna por el embarazo, abortos, y cesáreas, en el niño bajo peso, prematuros, enfermedades congénitas y adquiridas. (35)

Psicológicamente, el embarazo interrumpe la tarea evolutiva de la adolescente, tienen pérdidas afectivas graves, les duele dejar de ser jóvenes, su colegio, sus amigas, perder la confianza de sus padres y no poder salir a divertirse como antes. La maternidad induce a la necesidad de asumir roles de adultos cuando aún no es tiempo de hacerlo. (35)

Es común que deba asumir responsabilidades no propias de esta etapa de su vida, remplazando a su madre, viéndose privada de las actividades que corresponden a su edad y confundiendo su rol dentro del grupo, pasando a ser “una hija madre”. (35)

En algunas ocasiones se presentan dificultades en los vínculos familiares, pérdida de la comunicación con los padres lo que les lleva a matrimonios forzados y de corta duración o quedan con el estigma de ser madres solteras. (35)

2.5.1. 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: (30)

- ✓ **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. (30)

- ✓ **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. (30)

- ✓ **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.(30)

- ✓ **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. Son sociedades frecuentes en Africa ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico. (30)

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: (30)

1. Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente. (30)

2. Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.(30)

A. Factores Predisponentes

1. **Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. (30)

2. **Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.(30)

3. **Familia Disfuncional**: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (30)

4. M**ayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola**

5. **Bajo Nivel Educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. (30)

6. **Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar**. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.(30)

7. **Pensamientos Mágico:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.(30)

8. **Fantasías De Esterilidad**: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles. (30)

9. **Falta O Distorsión De La Información**: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.(30)

10. **Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres**: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. **Aumento en número de adolescentes**: alcanzando el 50% de la población femenina.(30)

12. **Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.(30)

13. Menor temor a enfermedades venéreas.(30)

B. Factores determinantes

1. – Relaciones Sin Anticoncepción
2. – Abuso Sexual
3. – Violación (30)

2.5.2. 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.(16)

- ✓ 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, remplazando 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.(16)

- ✓ 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.(16)

- ✓ Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.(16)

- ✓ 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. (16)

- ✓ Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.(16)

B. Actitudes hacia la maternidad

- ✓ El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobreimpone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.(16)

- ✓ 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. (16)

- ✓ 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. (16)

- ✓ 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, exibiendo 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 inmediátamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.(16)

- ✓ 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. (16)

- ✓ 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. (16)

C. El padre adolescente

- ✓ Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. (17)

- ✓ Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas. (17)

- ✓ Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus

proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración. (17)

- ✓ En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre". (17)

- ✓ Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre. (17)

- ✓ Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida". (17)

D. Consecuencias de la maternidad – paternidad adolescente

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida. (32)

1. Consecuencias Para La Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. (32)

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzadamente por esa situación. (32)

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.(32)

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza. (32)

2. Consecuencias Para El Hijo De La Madre Adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".(32)

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. (32)

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.(32)

3. Consecuencias Para El Padre Adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz. (17)

2.6. ENFOQUE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL ADOLESCENTE

Para aplicar este enfoque es necesario desarrollar actividades y acciones integrales y coordinadas que abarquen el programa destinado a resolver los fenómenos y problemas del Crecimiento y Desarrollo normal y sus derivaciones, relacionados con la evolución del proceso endocrinológico sexual y mental del adolescente, la femineidad y su entorno social. (32)

Las actividades del programa se dividen en 5 periodos según el momento de la aplicación de las acciones, incluyendo aspectos obstétricos y no obstétricos, siendo éstos los más complejos de aplicar, pero indispensables para lograr buen impacto en los niveles de salud materna y perinatal y el ejercicio de una salud Sexual y Reproductiva en adolescentes. (ver anexo tabla 15 y 16) (32)

2.7. CONTROL DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

En Ecuador, entre el 5 y el 10% de los embarazos en adolescentes, son desconocidos hasta el parto y el seguimiento del 20 a 30% es deficiente o nulo. (32)

La primera visita, por lo general ocurre hacia las 16,2 semanas en las adolescentes y de las 12,6 semanas en la mujer mayor siendo nulo el seguimiento entre un 2 a 3%, aumentando con la edad alcanzando un 56,6% entre los 18 y 19 años. Se controlan el 11,65% de las adolescentes gestantes entre 14 y 16 años y un 88,35% de las gestantes entre 17 y 19 años. Al parecer, el número total de controles no supera los 4 en todo el embarazo. Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres. (32)

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. Un trabajo nigeriano al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas. (32)

2. – Metrorragias
Ocurre en un 16,9% de las adolescentes en uy en un 5,7% de las adultas. (32)

3. – Abortos Espontáneos
Leroy y Brams detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes. (32)

4. – Embarazos Extrauterinos

Según Aumerman ocurren en el 0,5% de las gestantes embarazadas y en el 1,5% de las adultas. (32)

B. Segundo y tercer trimestre

1. Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico. (32)

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%. (32)

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. (32)

Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre le 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible 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. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.(32)

Mortalidad Fetal

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas. (32)

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). En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la incidencia del parto pretérmino alcanza el 9%. (32)

Crecimiento Intrauterino Retardado

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. (32)

Presentaciones Fetales Distócicas

Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%. (32)

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. (32)

Tipo De Parto

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%. (32)

Alumbramiento

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente. (32)

Otras Complicaciones

La prevalencia del test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes. (32)

2.8. RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE

- ✓ **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 g. (31)

- ✓ **Internación en neonatología**

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes. (32)

- ✓ **Malformaciones**

Se informa 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. (32)

- ✓ **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). (32)

2.6.1. Pronóstico

- ✓ **Materno**

Condicionado por factores físicos, sociales y psicológicos. El corto intervalo intergenésico es frecuente con sus consecuencias psicofísicas y sociales. El 50 a 70% abandonan las escuelas durante el embarazo y el 50% no la retoman más y si lo hacen, no completan su formación. Sólo un 2% continúan estudios universitarios. (32)

- ✓ **Fetal**

Entre un 5 y 9% de los hijos de adolescentes, son abandonados al nacer.

2.8.1. Prevención

A. – primaria

A realizarse antes de la actividad sexual. (32)

B. – secundaria

Dirigida a adolescentes en actividad sexual que no desean embarazos. (32)

C. – terciaria

Dirigida a adolescentes embarazadas, para buen control de la gestación en lo médico, en lo fisiológico y en lo alimenticio, en busca de disminuir las complicaciones. (32)

2.9. ATENCION INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE

A. – el enfoque de riesgo

Estrategia que tiene en cuenta: *factores protectores* y *factores de riesgo* psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño. (36)

a. *Factores protectores:* son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), una diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.

b. *Factores de riesgo:* son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.(36)

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian. (36)

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. *Anticipatorio:* permitiendo aplicar medidas preventivas.

2. *Integral:* abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbimortalidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario. (ver anexo tabla 17 y 18) (36)

B. – La consulta con adolescentes

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 deberán tenerse en cuenta algunos elementos: (32)

C. 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. (32)

b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente 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. (32)

c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas vana a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo. (32)

d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios. (32)

e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes 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. (32)

1. Dificultad para el vínculo con el hijo

a. Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo. (32)

b. Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo. (32)

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.(32)

2. Perfil deseable del médico para atender adolescentes

a. *Tener idoneidad:* no solo en perinatología, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia. (32)

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, sin reemplazar al psicólogo. (32)

c. Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos. (32)

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 que pueden

generar, en el médico, actitudes punitvas o paternalistas poco operativas. 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.(32)

3. 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. (32)

4. Objetivos del equipo de salud

a. Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo.
b. Fortalecer los vínculos familiares.
c. Conseguir actitudes compresivas en el personal de la institución.
d. Brindar atención perinatal integral.(32)

5. Estrategias del equipo de salud

a. Atención por equipo interdisciplinario (obstetra, obstétrica, 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. (32)

El tema de investigación “Factores de riesgo en embarazos precoz en adolescentes de 14-19 años que se atienden en el Centro de salud Cuba Libre 24-HD” es un estudio que se enmarca en una problemática social a nivel mundial y local. Las adolescentes hoy en día se manejan liberalmente debido a la falta de educación principalmente en el hogar y en el centro de estudio, sin considerar los riesgos que conlleva un embarazo a temprana edad.

A nivel mundial nuestro país se encuentra con un índice muy elevado ya que la población de embarazadas mas del 50% son adolescentes, cifras que preocupan a pesar que existen programas de planificación familiar no se llega a contrarrestar estas cifras altas. Esta situación trae consigo secuelas sin contar de la corta de edad para criar a un hijo y de la falta de responsabilidad de la madre, muchas de estas adolescentes no tiene la idea de lo que es el matrimonio quedando solas con su hijo y convirtiéndose en madres solteras, llegando a ser rechazadas por la misma sociedad. Presentando factores de riesgo en el embarazo como complicaciones obstétricas, anemia, desproporción cefalopelvica.

El embarazo precoz se presenta por diversos factores socioecómicos entre ellos la pobreza, falta de información, libertad a las adolescentes, abandono de los estudios, comprendiendo las edades de 15 a 19 años, quienes no miden las consecuencias de lo que provoca traer un hijo al mundo. El promedio porcentual de embarazos no deseados oscila entre el 20 al 60% siendo la falta de información del uso de anticonceptivos o por curiosidad, muchas de ellas dejando los estudios, aunque en la actualidad el gobierno permite terminar los estudios si la embarazada adolescente lo desea.

Otro factor importante de analizar son las complicaciones obstétricas como es el parto prematuro que se encuentra asociado al nivel socioeconómico, considerando que entre menor edad se tiene mayor es el riesgo; en otros casos se presenta ruptura de la membrana, trayendo al mundo recién nacidos con bajo peso. Al presentarse las complicaciones en el parto tanto para la madre como al hijo se convierte en altos índices de mortalidad, siendo las causas hemorragia, septicemia, hipertensión ocasionada por el embarazo, anemia y aborto.

3. MATERIALES Y MÉTODOS.

3.1. MATERIALES.

3.1.1. LOCALIZACIÓN.

La investigación se realizó en el Centro de Atención 24 horas Cuba Libre, pertenecientes al Distrito de Salud # 2, del cantón Manta, Provincia de Manabí.

3.1.2. CARACTERIZACION DE LA ZONA DE TRABAJO.

El Cantón Manta pertenece a la provincia de Manabí, está asentado en una espléndida bahía, que le ha dado la característica de puerto internacional en la costa del Océano Pacífico. El Clima de Manta es desértico y su precipitación anual oscila entre los 200 a 250 mm anuales. Tal como es el caso en la costa ecuatoriana, aquí hay dos estaciones: la lluviosa (de Enero a Abril) y la seca (la que cubre el resto del año). Tiene 226.477 habitantes en todo el cantón, centrándose en el área urbana de la ciudad del mismo nombre una población de 217.553 habitantes (Censo INEC 2010).

Centro de Salud Cuba Libre

En el año 1975 cuando lo que hoy es la parroquia Eloy Alfaro por gestión de moradores y maestros del lugar, fue posible que se creara y se pusiera en funcionamiento un puesto de salud que beneficiara a la población que hasta entonces se encontraba desprotegida en cuanto al cuidado y recuperación de la salud, el mismo que se inició con su médico rural, el Dr. Ramón Guerrero Ross en compañía de un colaborador voluntario.

Par el año de 1979 se eleva a la categoría de subcentro de salud mediante gestión comunitaria y el apoyo del Dr. César Acosta que para entonces se desempeñaba como prefecto provincial, y en reconocimiento a su labor la unidad lleva el nombre de su señor padre Dr. Daniel Acosta Rosales.

En 1985 por necesidad de aumentar el servicio y satisfacer la demanda se suman el recurso humano existente y la participación de la Sra. Mariana Zambrano, Auxiliar de Enfermería.

Es de anotar que durante aproximadamente 14 años estuvo a cargo del profesional de medicina rural siendo el ultimo médico rural el Dr. Cesar Jijón.

Ya para 1989 durante el gobierno del Dr. Rodrigo Borja de acuerdo a la política de salud de la OMS que propina como meta para el año 2000 Salud Para Todos, orientado a la Salud Familiar Integral y Comunitaria (Programa SAFIC), sustentada en los postulados de Atención Primaria de Salud (APS), facilitó el ingreso a la unidad de un equipo completo de profesionales: médicos, obstetrices, odontólogos y enfermeras. Para ese entonces el centro de salud ya era considerado como una unidad piloto que accionaría en coordinación con otras unidades ubicadas en diferentes barrios de la parroquia como son Santa Clara, Horacio Hidrovo, Nueva Esperanza, María Auxiliadora, 20 de Mayo y 15 de Abril, cuyo lema principal era el trabajo en equipo y desarrollo permanente.

Durante 1991 la unidad incremento sus recursos humanos ingresando al servicio medico pediatra lo que permitió mejorar y aumentar la cobertura. Es para esta época, siendo la señora economista Irene Pinargote de Salazar, presidenta de C.O.S.A cuando se empieza a trabajar con la finalidad de ampliar la infraestructura física que permitiera un mejor desempeño a las funciones, actividad que era complementada por el señor José Loor, actual presidente del C.O.S.A., con el apoyo de la junta Parroquial, Junta cívica, en coordinación con el equipo de salud, ministerio de salud pública y el proyecto FASBASE, hoy por hoy ha permitido que se haga realidad el anhelo de la comunidad.

Actualmente la comunidad cuenta con el personal médico, técnico y administrativo que brinda atención de consulta externa en horarios de una sola jornada de 8am a 4 pm, cuyo único objetivo es brindar bienestar primario de salud priorizando los grupos de riesgo social y biológico con una participación activa.

Se gestionó la posibilidad de construir el servicio de maternidad durante el 2007, llevando este proyecto a cabo, gracias a la colaboración del señor Alcalde Jorge Zambrano y al Dr. Cristóbal Zambrano, jefe del área de salud Nº 2, inaugurándose el 15 noviembre y abriendo sus puertas a la población mantense el 26 del mismo mes y año, con equipamiento acorde a las necesidades del usuario con infraestructura sanitaria básica, atendiendo partos las 24 horas del día y los 365 días del año. Actualmente dicho servicio se mantiene.

3.1.3. PERIODO DE LA INVESTIGACION.

Año 2012-2013

3.1.4. RECURSOS A EMPLEAR.

Talento Humano

- La investigadora
- La tutora

Materiales de oficina

3.1.5. UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5.1. Universo

El universo esta conformado por 1862 gestantes adolescentes atendidas en Centro de Atención 24 horas Cuba Libre.

3.1.5.2. Tamaño de la muestra

Para calcular la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

n = ?

e = 9,53 %

Z = 1.96 (tabla de distribución normal para el 95% de confiabilidad)

N = 1862

p = 0.50

q = 0.50 q = 1-p

$$n = \frac{Z^2.pq.N}{N.e^2 + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.50)(1-0.50)(1862)}{(1862)(0.0953)^2 + (1.96)^2(0.50)(1-0.50)}$$

$$n = \frac{(3.8416)(0.50)(0.50)(1862)}{(1862)(0.00908) + (3.8416)(0.50)(0.50)}$$

n = 100,06 ≈ 100

3.2. MÉTODOS

3.2.1. Tipos de investigación

- Descriptivo
- De corte longitudinal

3.2.2. Diseño de investigación

No experimental y Prospectivo**.**

3.2.3. Procedimiento de la investigación

El instrumento de medición es la encuesta que consiste en un conjunto de preguntas cerradas de fácil interpretación para las encuestadas. Los datos se asentarán en una hoja electrónica y se emplearán los estadígrafos siguientes: media, mediana, porcentajes, porcentiles, desviación estándar; y cuando sea menester regresión lineal y correlaciones, para establecer dependencias entre variables.

3.2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

3.2.4.1. Criterios de Inclusión

- Adolescentes embarazadas de 14 a 19 años
- Adolescentes embarazadas atendidas en el periodo 2012-2013
- Adolescentes embarazadas con información completa

3.2.4.2. Criterios de exclusión

- Embarazadas mayores de 19 años
- Embarazadas atendidas fuera del periodo
- Embarazadas derivadas de otra unidad de salud

3.2.5. Análisis de la información.

El estudio se realizó utilizando la información contenida en las encuestas y en las historias clínicas de las adolescentes embarazadas de 14 a 19 atendidas en el Centro de Atención 24 horas Cuba Libre, durante el periodo 2012-2013, procediendo a la tabulación y gráficos en tablas estadísticas de acuerdo a las variables en estudio.

3.2.6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El contexto legal de esta investigación está enmarcados en la Constitución de la Republica del Ecuador presentados a continuación: Todos los niños, niñas y adolescentes, tienen derecho a la protección de su vida y salud, mediante la ejecución de políticas sociales y económicas que permitan su concepción, gestación, nacimiento y desarrollo físico e intelectual en condiciones dignas de existencia y en un marco de atención prioritaria de la salud familiar. Desde el momento de la concepción el niño/ña debe ser protegido en forma integral e integra, en todos y cada uno de los períodos de su desarrollo evolutivo, incluido el prenatal (Art. 4 C.M. Art. 43,49 C. P.).

Se encuentran obligados a brindar esta protección, en primer lugar, la familia conformada ésta por vínculos jurídicos o de hecho, fundada en el libre consentimiento de los contrayentes, basada en la igualdad de derechos y oportunidades, obligaciones y capacidad legal de los cónyuges, brindando una orientación adecuada a todos sus miembros (Art. 2, 11 C.M., Art. 37, 38 C. P., Art. 81,82,95,96,101 No.3, 103, 134,136 C. C., Art. 1,2 LUHec.); debe proveer al niño de respeto, educación y crianza en un ambiente de afecto, acorde a sus derechos, constituyéndose en el principal garante de la salud física, mental y social (Art. 11 C.M.).

El Estado reconocerá y protegerá a la familia, como célula fundamental de la sociedad y garantizará las condiciones que le favorezcan íntegramente, de igual manera al matrimonio, la maternidad, el haber familiar (Art. 37C.P, Art. 103 C. C.) y sobre manera a las madres y padres jefas / es de hogar. (Art. 40 C.P.).

Fomentará y propugnará la maternidad y paternidad corresponsables, en el ejercicio de sus obligaciones, garantizando el derecho de las personas a decidir sobre la libre elección de su pareja y la conformación de una familia, el número de hijos que puedan procrear, adoptar, mantener y educar (Art. 39 C.P. Art. Inm. 11 Proyecto Ley Reformatoria al C.Sal.)

3.2.7. **Presupuesto** (ver anexo tabla 21)

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

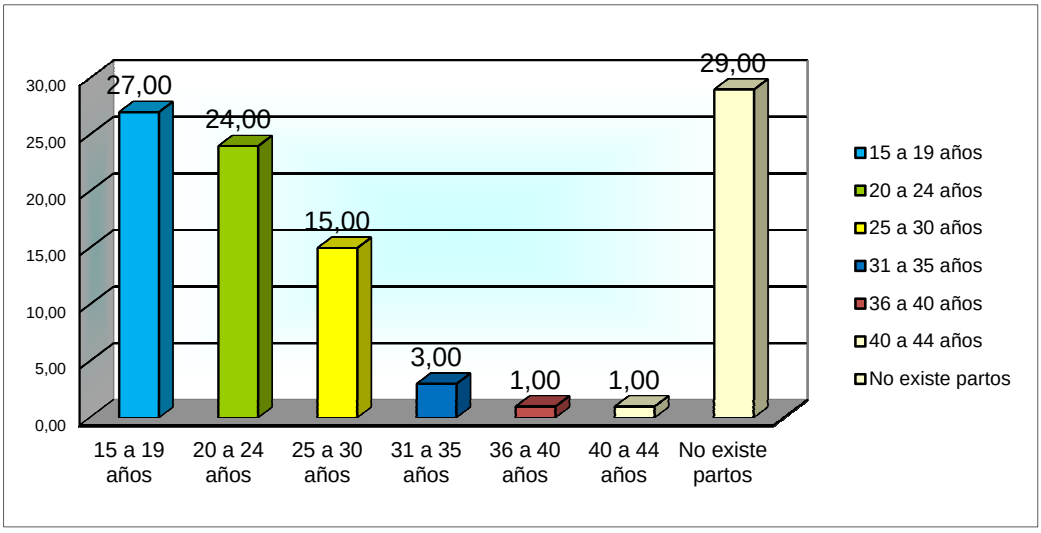
Tabla 1

Edad cronológica y partos atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013.

Edad cronológica	F	%
15 a 19 años	27,00	27,00
20 a 24 años	24,00	24,00
25 a 30 años	15,00	15,00
31 a 35 años	3,00	3,00
36 a 40 años	1,00	1,00
40 a 44 años	1,00	1,00
No existe partos	29,00	29,00
TOTAL	100,00	**71,00**

Cuadro 1

Edad cronológica y partos atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: María Elena Gómez

Análisis e Interpretación de Datos

Del total de partos atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre, 27 son de adolescentes de 15 a 19 años que representan el 27%, en esta unidad solo se atienden partos normales debido a que no cuenta con los equipos necesarios para realizar una cesárea.

Tabla 2

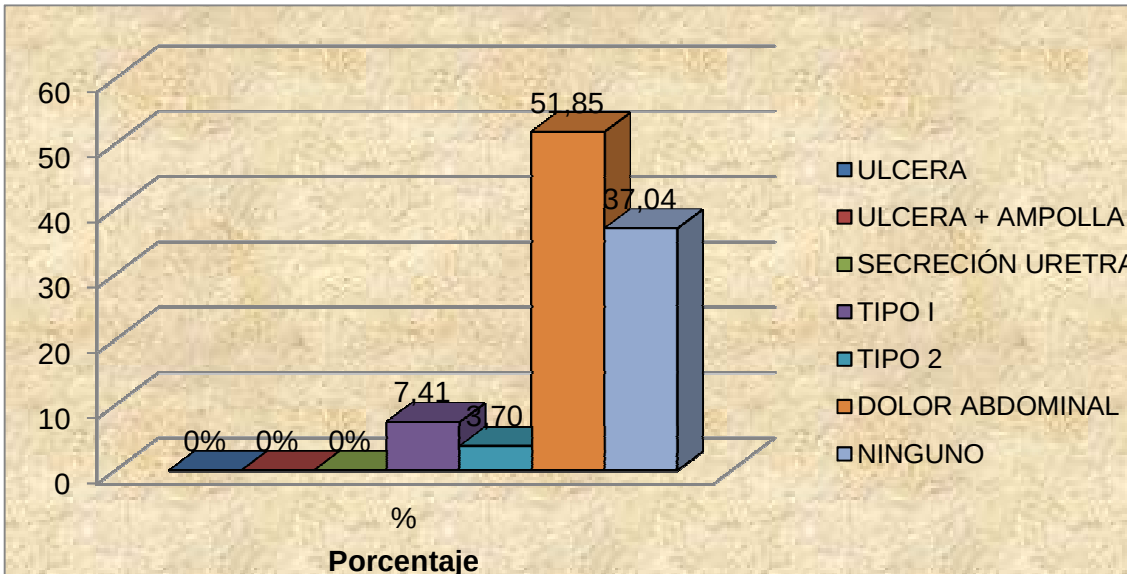
Frecuencia de hemorragias en adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

MANEJO SINDROMICO	ULCERA GENITAL		SECRECIÓN URETRAL	HEMORRAGIA		DOLOR ABDOMINAL BAJO	NINGUNO	TOTAL
	ULCERA	ULCERA + AMPOLLA		TIPO I	TIPO 2			
N DE CASOS	0	0	0	2	1	14	10	27
%	0%	0%	0%	7,41	3,70	51,85	37,04	100%

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 2

Frecuencia de hemorragias en adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

Mediante la revisión de historias clínicas se observa que la frecuencia de hemorragias es mínima, se presentan más casos de dolor abdominal bajo con el 51,85%, solo el 7,41% presentan hemorragias.

Tabla 3

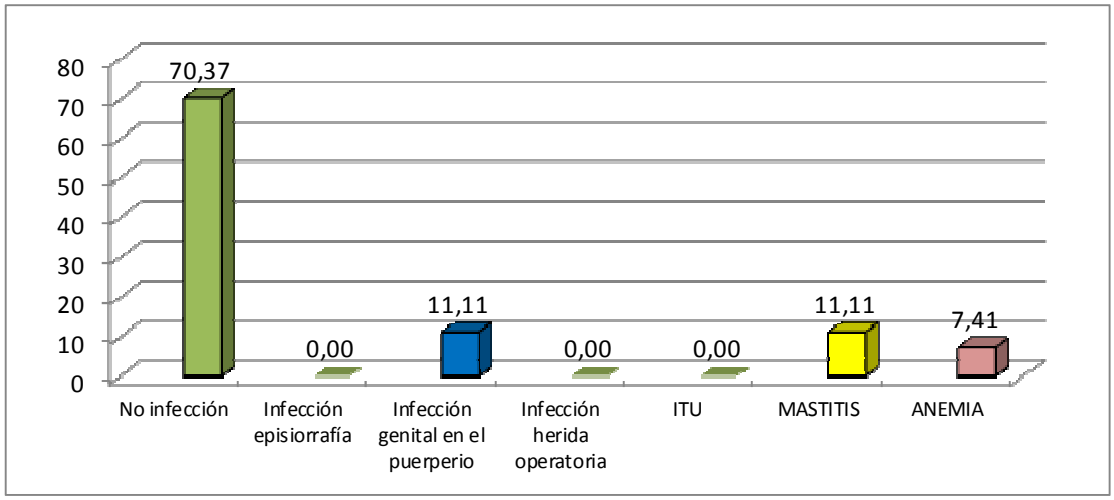
Incidencia de las infecciones pos-parto en adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

	No infección	Infección episiorrafía	Infección genital en el puerperio	Infección herida operatoria	ITU	MASTITIS	ANEMIA	TOTAL
frecuencia	19,00	0,00	3,00	0,00	0,00	3,00	2,00	27,00
PORCENTAJES	70,37	0,00	11,11	0,00	0,00	11,11	7,41	100,00

Fuente: Historias Clínicas
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 3

Incidencia de las infecciones pos-parto en adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

En relación a las infecciones posparto de los 27 partos atendidos de adolescentes, tenemos que 3 casos son de infección genital en el puerperio que representa el 11,11% igual que los casos de mastitis; con el 7,41% son los casos presentados por anemia.

ENCUESTA DIRIGIDA A GESTANTES ADOLESCENTES

Tabla 4

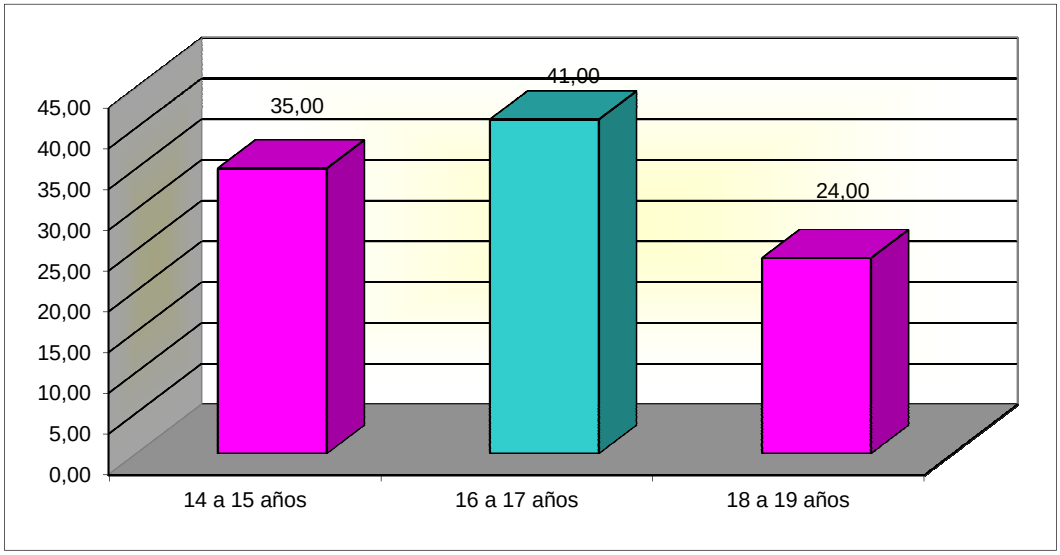
Edad de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

Edad	F	%
14 a 15 años	35,00	35,00
16 a 17 años	41,00	41,00
18 a 19 años	24,00	24,00
TOTAL	100,00	100,00

Fuente: Encuestas a embarazadas adolescentes
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 4

Edad de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

De acuerdo a las encuestas se observa que el 41% comprenden a las adolescentes embarazadas de 16 a 17 años; el 35% de 14 a 15 años y con el 24% de 18 a 19 años.

Tabla 5

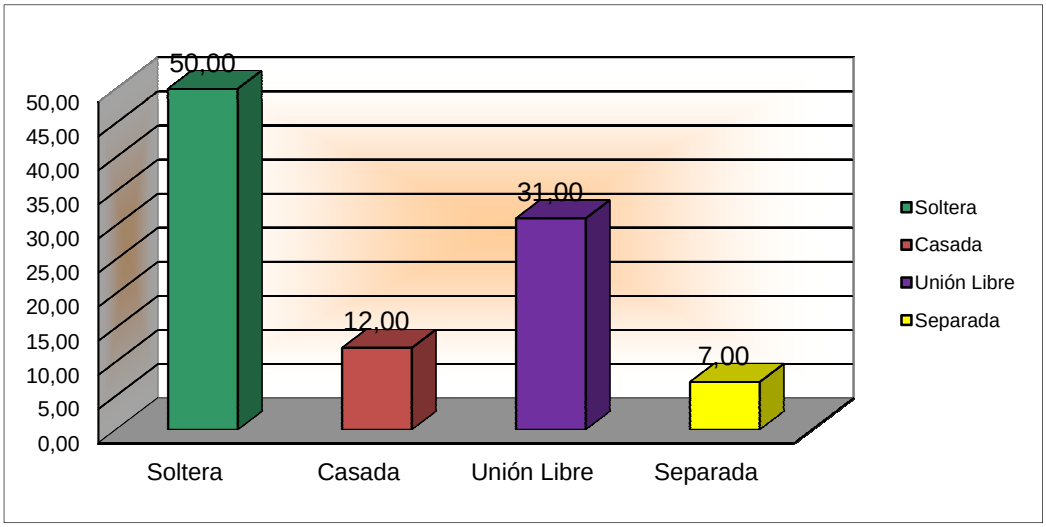
Estado civil de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

Estado civil	F	%
Soltera	50,00	50,00
Casada	12,00	12,00
Unión Libre	31,00	31,00
Separada	7,00	7,00
TOTAL	100,00	**100,00**

Fuente: Encuestas a embarazadas adolescentes
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 5

Estado civil de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

Se observa mediante resultados de la tabla que el 50% serán madres solteras debido a que son adolescentes y están aun bajo el cuidado de sus padres; el 31% se encuentran en unión libre, el 12% están casadas y el 7% separadas, demostrado que se necesita dar consejería para que este grupo vulnerable tenga conocimiento de las consecuencias y responsabilidades que es un embarazo en la adolescencia.

Tabla 6

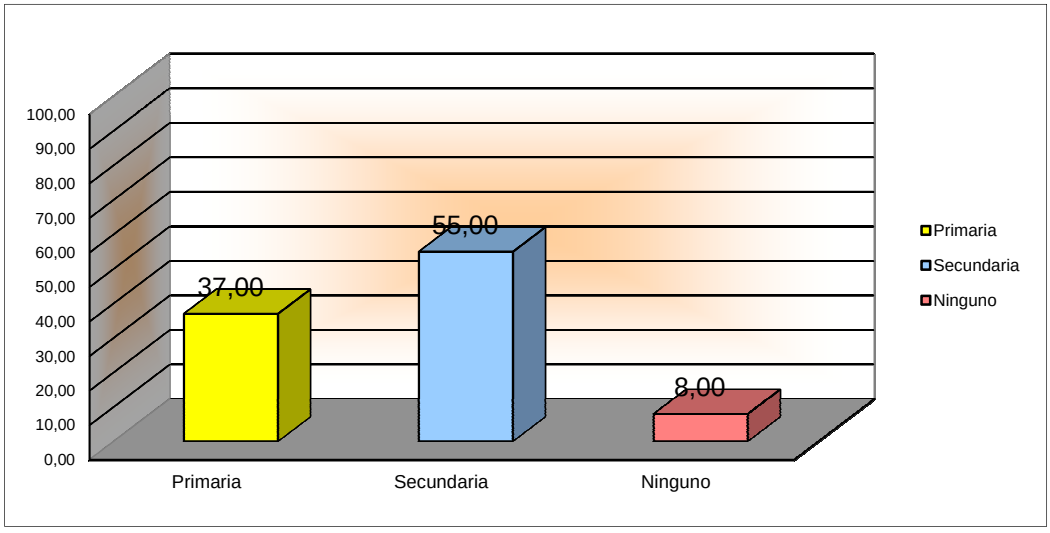
Grado de escolaridad de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

Grado de escolaridad	F	%
Primaria	37,00	37,00
Secundaria	55,00	55,00
Ninguno	8,00	8,00
TOTAL	100,00	**100,00**

Fuente: Encuestas a embarazadas adolescentes
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 6

Grado de escolaridad de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

El grado de escolaridad con mayor porcentaje es del 55% referente a la educación secundaria; con el 37% solo han culminado la primaria y con el 8% no han estudiado, observando que la falta de educación es un factor que desencadena los embarazos precoces.

Tabla 7

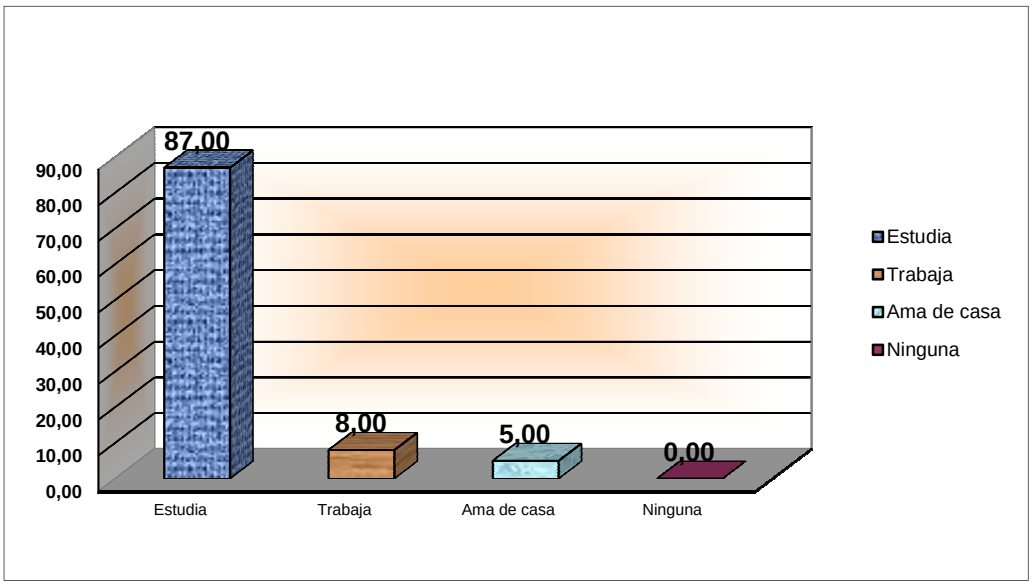
Ocupación de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

Ocupación	F	%
Estudia	87,00	87,00
Trabaja	8,00	8,00
Ama de casa	5,00	5,00
Ninguna	0,00	0,00
TOTAL	100,00	**100,00**

Fuente: Encuestas a embarazadas adolescentes
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 7

Ocupación de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

La ocupación de las adolescente embarazadas en su mayoría con el 87% estudian porque en la actualidad las leyes amparan a la niñez y adolescencia; el 5% son amas de casa, apenas el 8% laboran.

Tabla 8

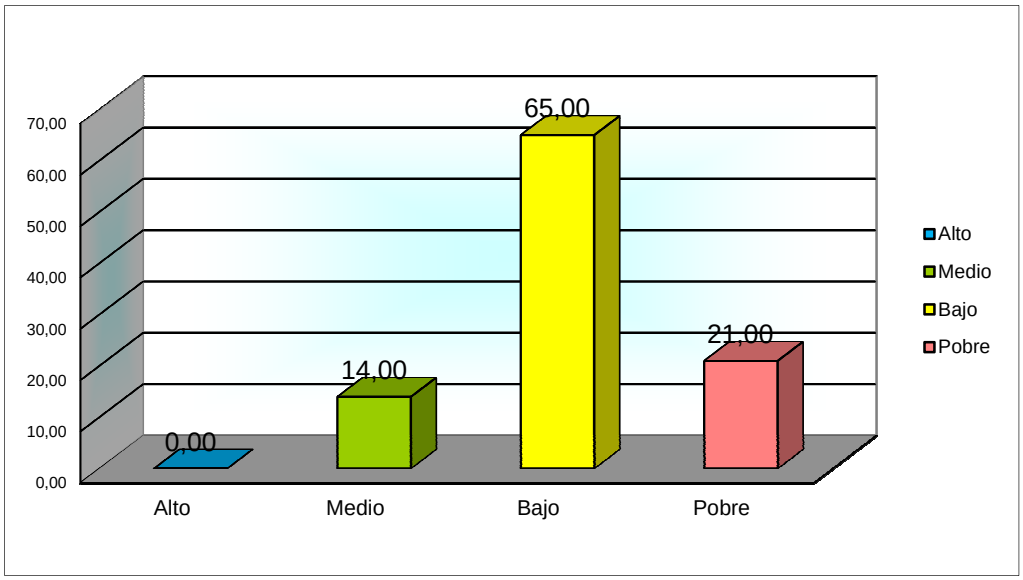
Estrato social de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

Estrato social	F	%
Alto	0,00	0,00
Medio	14,00	14,00
Bajo	65,00	65,00
Pobre	21,00	21,00
TOTAL	100,00	**100,00**

Fuente: Encuestas a embarazadas adolescentes
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 8

Estrato social de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

Se evidencia que el estrato social que predomina es el bajo con el 65%, seguido del pobre con el 21%; y de la clase media con el 14%, debido al área de influencia ya que la unidad de salud se encuentra en una zona de habitantes de clase media hacia abajo.

Tabla 9

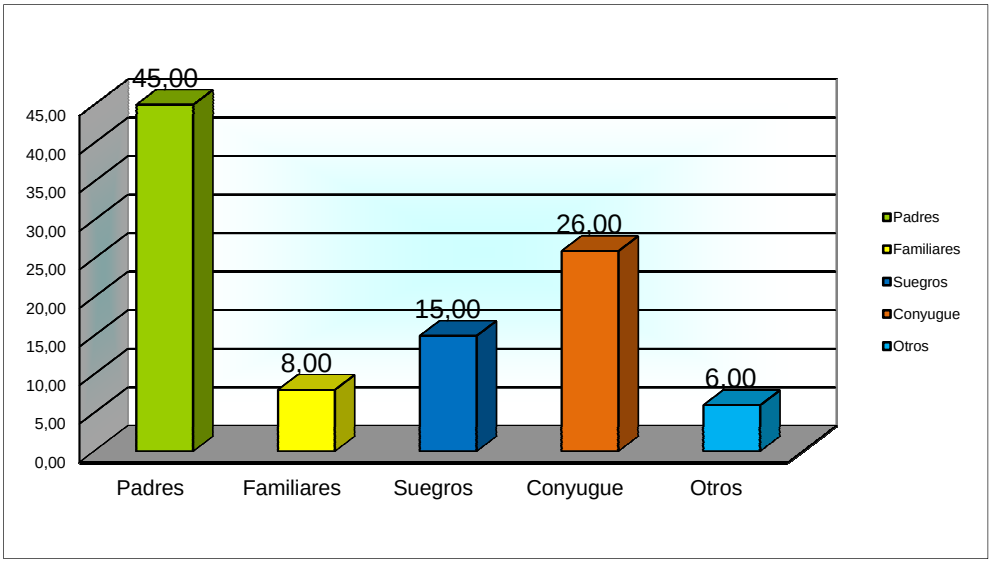
Personas con las que habitan las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

Personas con las que habitan	F	%
Padres	45,00	45,00
Familiares	8,00	8,00
Suegros	15,00	15,00
Conyugue	26,00	26,00
Otros	6,00	6,00
TOTAL	100,00	**100,00**

Fuente: Encuestas a embarazadas adolescentes
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 9

Personas con las que habitan las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

Al ser adolescentes y pasar un embarazo se observa que el 45% viven con sus padres; el 26% con sus conyugues que en los cuadros anteriores se evidencio que se encuentran en unión libre; el 15% con suegros, el 8% con familiares y el 6% con otros que es el caso de tíos o amistades.

Tabla 10

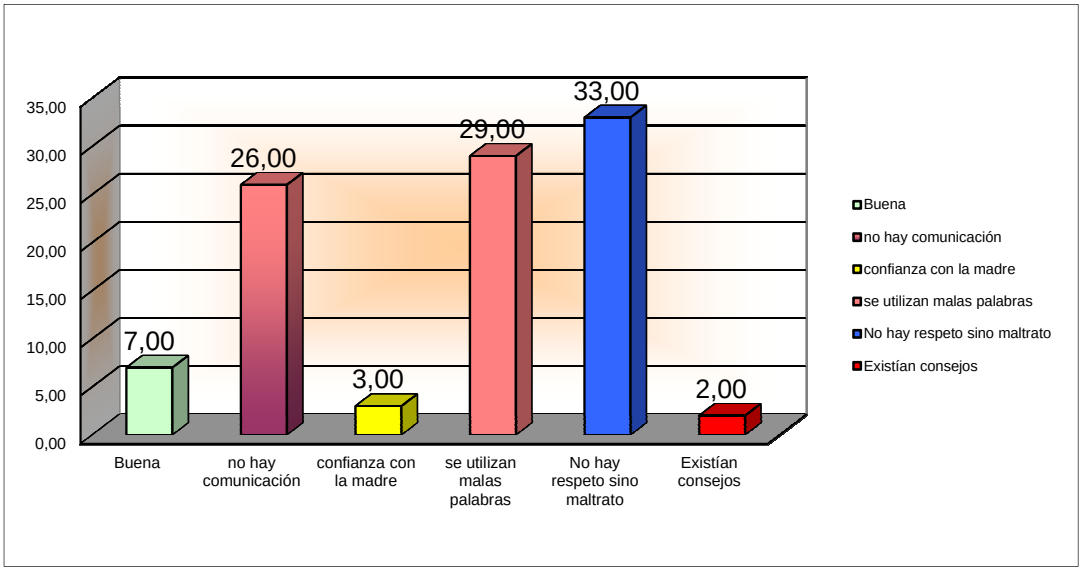
Relación de los padres con las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

Relación con los padres	F	%
Buena	7,00	7,00
no hay comunicación	26,00	26,00
confianza con la madre	3,00	3,00
se utilizan malas palabras	29,00	29,00
No hay respeto sino maltrato	33,00	33,00
Existían consejos	2,00	2,00
TOTAL	100,00	**100,00**

Fuente: Encuestas a embarazadas adolescentes
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 10

Relación de los padres con las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

La relación con los padres mencionaron las adolescentes con un 33% que no existía un respeto y más bien se optaba por el maltrato; con el 29% utilizaban malas palabras; con el 26% no existía comunicación; solo el 7% la consideraban buena, el 3% tenía confianza con la madre y el 2% existían consejos; es importante mencionar que son opiniones de adolescentes y en ocasiones justifican la falta que cometen.

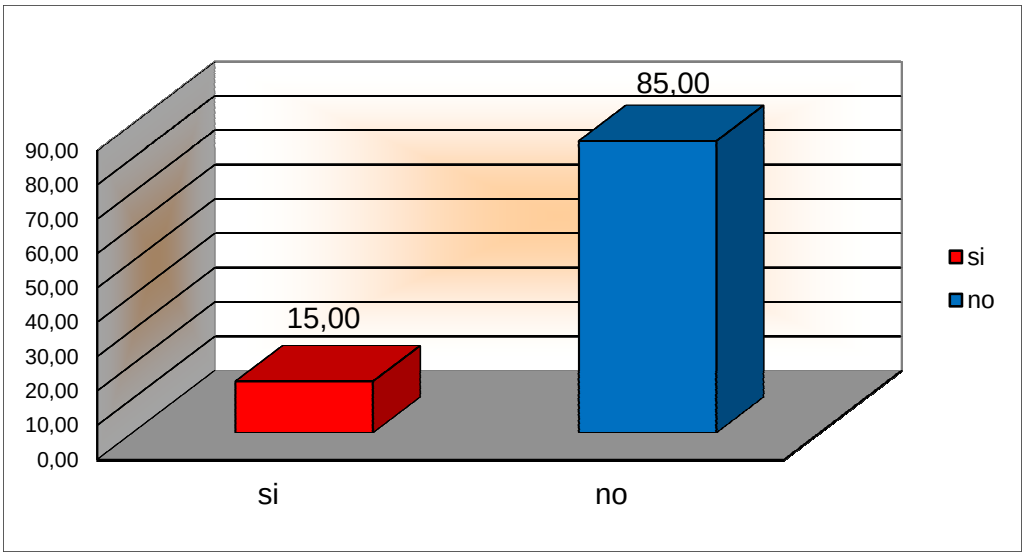
Tabla 11

Conocimiento de métodos anticonceptivos de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

Conocimiento métodos anticonceptivos	F	%
si	15,00	15,00
no	85,00	85,00
TOTAL	100,00	100,00

Fuente: Encuestas a embarazadas adolescentes
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 11
Conocimiento de métodos anticonceptivos de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

Se puede observar que en su mayoría con el 85% no tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos porque mencionaron que no pensaban que iban a quedar embarazadas, solo el 15% si pero no prestaron atención.

Tabla 12

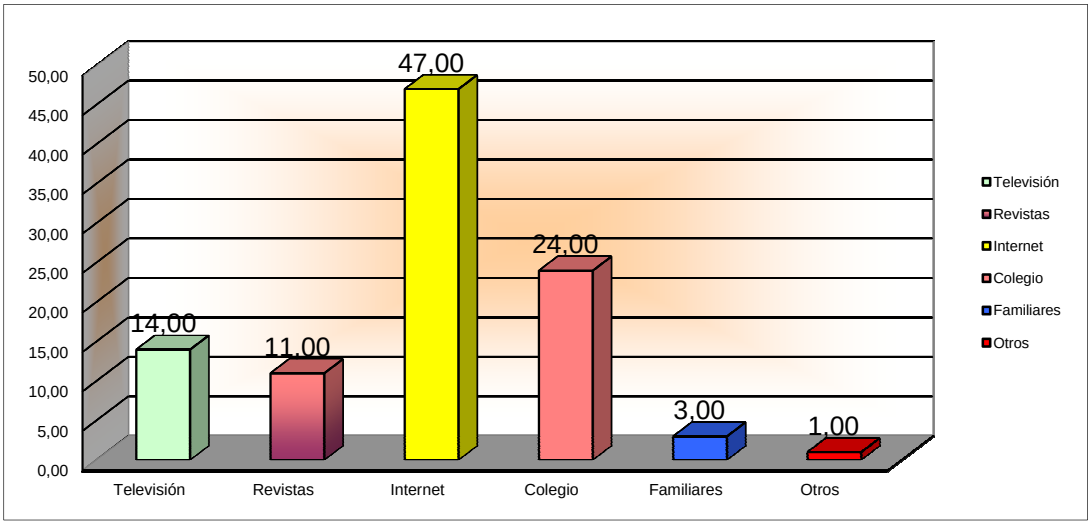
Fuente de información sobre relaciones sexuales de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

orden	Fuente de información	F	%
1	Televisión	14,00	14,00
2	Revistas	11,00	11,00
3	Internet	47,00	47,00
4	Colegio	24,00	24,00
5	Familiares	3,00	3,00
6	Otros	1,00	1,00
	TOTAL	100,00	**100,00**

Fuente: Encuestas a embarazadas adolescentes
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 12

Fuente de información sobre relaciones sexuales de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

Las adolescentes se informan sobre las relaciones sexuales en internet con el 47%, porcentaje que se refleja en el poco control de los padres hacia los medios de información de la red; con el 24% en el colegio; el 14% televisión, 11% revistas, 3% familiares y el 1% otros.

Tabla 13

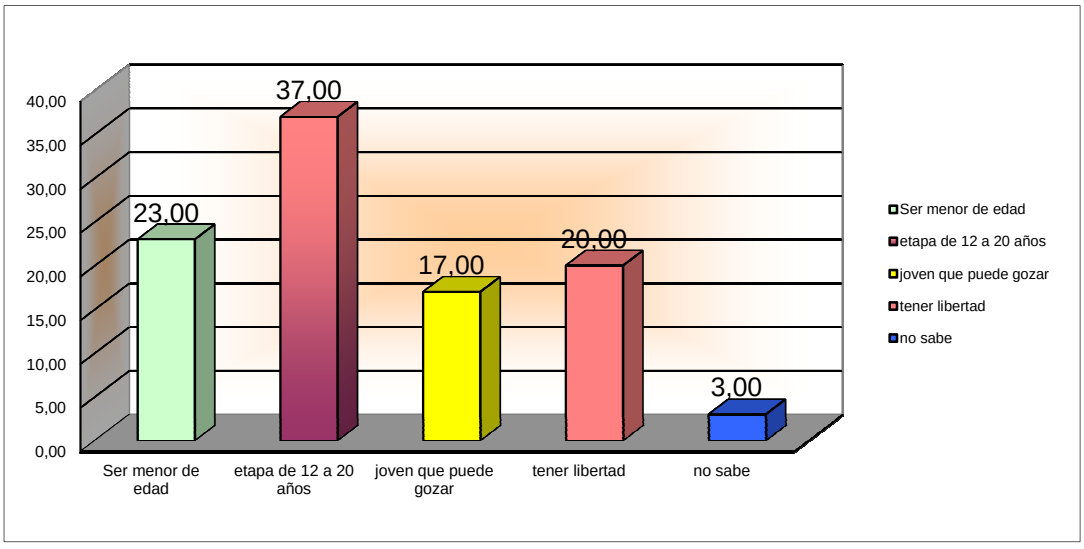
Criterio del concepto de adolescencia en las gestantes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

Adolescencia	F	%
Ser menor de edad	23,00	23,00
etapa de 12 a 20 años	37,00	37,00
joven que puede gozar	17,00	17,00
tener libertad	20,00	20,00
no sabe	3,00	3,00
TOTAL	100,00	**100,00**

Fuente: Encuestas a embarazadas adolescentes
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 13

Criterio del concepto de adolescencia en las gestantes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo 2012-2013



Análisis e Interpretación de Datos

El criterio del concepto de adolescencia mencionaron que es una etapa de 12 a 20 años en donde se encuentran al cuidado de sus padres; el 20% piensan que es tener libertad para decidir; el 23% lo consideran como ser menor de edad; el 17% se sienten jóvenes que pueden gozar y el 3% no sabe.

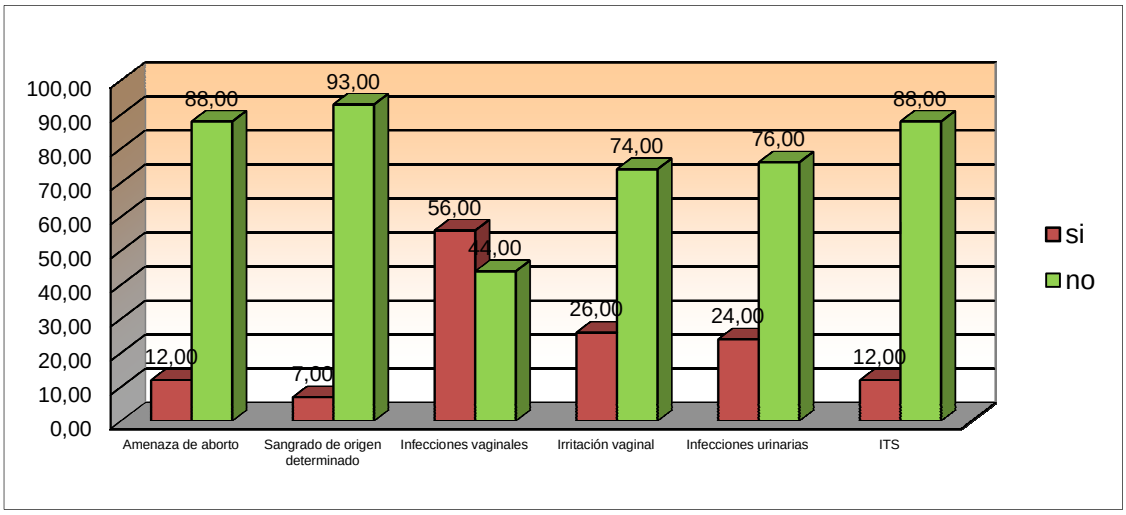
Tabla 14

Riesgos obstétricos de las adolescentes de 14-19 años atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre 24-HD. Periodo diciembre 2012 a diciembre 2013

Frecuencia / Riesgos obstétricos	si	%	no	%	TOTAL
Amenaza de aborto	12,00	12,00	88,00	88,00	100,00
Sangrado de origen determinado	7,00	7,00	93,00	93,00	100,00
Infecciones vaginales	56,00	56,00	44,00	44,00	100,00
Irritación vaginal	26,00	26,00	74,00	74,00	100,00
Infecciones urinarias	24,00	24,00	76,00	76,00	100,00
ITS	12,00	12,00	88,00	88,00	100,00

Fuente: Encuestas a embarazadas adolescentes
Elaborado por: María Elena Gómez

Cuadro 14



Análisis e Interpretación de Datos

En los riesgos obstétricos se considera con mayor porcentaje las infecciones vaginales con el 56%; con el 26% irritación vaginal; con el 24% infecciones urinarias; con el 12% ITS, el 12% presentó amenaza de aborto y el 7% sangrado de origen determinado.

DISCUSIÓN

La adolescencia es la etapa en donde se deja de ser niña/o y se convierte en adulto donde se adquiere diferentes conductas de comportamiento que definen la vida de la personas, siendo uno de los aspectos fundamentales el sexo por ser un ente biológico y natural en el ser humano.

En ocasiones la actividad sexual en la adolescencia no va de la mano con información y educación científica oportuna en temas de sexualidad, salud reproductiva en los derechos y responsabilidades correlativas. Las consecuencias de esta situación son diversas y preocupantes por el aumento de uniones consensúales y familias precoces, infecciones de transmisión sexual, riesgo de violencia y baja utilización de la concepción.

La iniciación y el descubrimiento sexual prematuro trae consigo consecuencias como embarazos no deseados sin alcanzar la madurez física y mental; y de acuerdo a estudios revisados se concuerda que el desconocimiento del uso de anticonceptivos juega un papel fundamental. Desde el comienzo de la historia se ha reconocido la necesidad de prevenir el embarazo. En nuestro país se han desarrollado los diferentes servicios de planificación familiar con el objetivo de brindarlos a la población, y que estén a su alcance los métodos anticonceptivos en cantidad y variedad necesaria, además de ofrecer conserjería médica que ayude a seleccionar junto con la pareja el método más adecuado y eficaz.

Comparando con el estudio realizado se demuestra que en realidad los factores sociales, demográficos y culturales contribuyen al desconocimiento de la adolescente en prevenir embarazos no deseados y analizando diferentes investigaciones no es infrecuente encontrar riesgos asociados a la adolescente embarazada. En concordancia con este trabajo se encuentran investigaciones realizadas por varios autores, que manifiestan el frecuente desconocimiento de los adolescentes para enfrentar aspectos relacionados con la sexualidad y el embarazo.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Del total de partos atendidos en el Centro de Salud Cuba Libre, 27 son de adolescentes de 15 a 19 años que representan el 38,03%, en esta unidad solo se atienden partos normales debido a que no cuenta con los equipos necesarios para realizar una cesárea.

- Mediante la revisión de historias clínicas se observa que la frecuencia de hemorragias es mínima, se presentan más casos de dolor abdominal bajo con el 51,85%, solo el 7,41% presentan hemorragias. En relación a las infecciones posparto de los 27 partos atendidos de adolescentes, tenemos que 3 casos son de infección genital en el puerperio que representa el 11,11% igual que los casos de mastitis; con el 7,41% son los casos presentados por anemia.

- De acuerdo a las encuestas se observa que el 41% comprenden a las adolescentes embarazadas de 16 a 17 años; el 35% de 14 a 15 años y con el 24% de 18 a 19 años.

- Se observa mediante resultados de la tabla que el 50% serán madres solteras debido a que son adolescentes y están aun bajo el cuidado de sus padres; el 31% se encuentran en unión libre, el 12% están casadas y el 7% separadas, demostrado que se necesita dar consejería para que este grupo vulnerable tenga conocimiento de las consecuencias y responsabilidades que es un embarazo en la adolescencia.

- El grado de escolaridad con mayor porcentaje es del 55% referente a la educación secundaria; con el 37% solo han culminado la primaria y con el 8% no han estudiado, observando que la falta de educación es un factor que desencadena los embarazos precoces.

- La ocupación de las adolescente embarazadas en su mayoría con el 87% estudian porque en la actualidad las leyes amparan a la niñez y adolescencia; el 5% son amas de casa, apenas el 8% laboran.

- Se evidencia que el estrato social que predomina es el bajo con el 65%, seguido del pobre con el 21%; y de la clase media con el 14%, debido al área de influencia ya que la unidad de salud se encuentra en una zona de habitantes de clase media hacia abajo. Al ser adolescentes y pasar un embarazo se observa que el 45% viven con sus padres; el 26% con sus conyugues que en los cuadros anteriores se evidencio que se encuentran en unión libre; el 15% con suegros, el 8% con familiares y el 6% con otros que es el caso de tíos o amistades.

- La relación con los padres mencionaron las adolescentes con un 33% que no existía un respeto y más bien se optaba por el maltrato; con el 29% utilizaban malas palabras; con el 26% no existía comunicación; solo el 7% la consideraban buena, el 3% tenía confianza con la madre y el 2% existían consejos; es importante mencionar que son opiniones de adolescentes y en ocasiones justifican la falta que cometen.

- Se puede observar que en su mayoría con el 85% no tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos porque mencionaron que no pensaban que iban a quedar embarazadas, solo el 15% si pero no prestaron atención. Las adolescentes se informan sobre las relaciones sexuales en internet con el 47%, porcentaje que se refleja en el poco control de los padres hacia los medios de información de la red; con el 24% en el colegio; el 14% televisión, 11% revistas, 3% familiares y el 1% otros.

- El criterio del concepto de adolescencia mencionaron que es una etapa de 12 a 20 años en donde se encuentran al cuidado de sus padres; el 20% piensan que es tener libertad para decidir; el 23% lo consideran como ser menor de edad; el 17% se sienten jóvenes que pueden gozar y el 3% no sabe.

- En los riesgos obstétricos se considera con mayor porcentaje las infecciones vaginales con el 56%; con el 26% irritación vaginal; con el 24% infecciones urinarias; con el 12% ITS, el 12% presentó amenaza de aborto y el 7% sangrado de origen determinado.

RECOMENDACIONES

- Que se coordine entre el Ministerio de Salud Pública y organizaciones para fomentar la prevención de embarazos adolescentes.

- Que se oriente a las adolescentes sobre embarazos precoces para disminuir el desconocimiento en las mismas.

- Que el equipo de salud de la Unidad Operativa brinde el apoyo para la ejecución de la prevención de embarazos en la adolescencia.

- Que se aplique el enfoque integral de la educación sexual en la embarazada de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud Pública.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. ALBERT R, y JOHN H. Obstetricia Clinica/ Clinical Obstetrics. Editorial Médica Panamericana SA de, 2010. 3 Edición.

2. Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer (2011). Seguimiento a la política social del gobierno e indicadores poblacionales, con enfoque de género salud sexual y reproductiva. Bogotá D.C.,

3. BONILLA F y PELLICER A (2007) Obstetricia Reproducción y Ginecología Básicas Editorial Medica Panamericana Buenos Aire.

4. CARICOTE E (2006) La Participación del Adolescentes en etapa media sobre la promoción de su salud sexual revista ciencias de la educación segunda etapa Vol. I 27 (Enero Junio) Universidad de Carabobo.

5. COLLIER, M (1993) Promover la Vida Editorial Interamericana MC Graw Hill España.

6. Deborah Weiss. (2011) Embarazo y maternidad entre adolescentes en Estados Unidos. Informe. Publicado por la Biblioteca Katharine Dexter McCormick Planned Parenthood Federation of America 434 West 33rd Street, New York, NY 10001

7. FANEITE, P. y GARCIA, F. (2005). Mortalidad materna. Hospital "Dr. Adolfo Prince Lara". 2001-2004. Rev Obstet Ginecol Venez.; 64:123-129.

8. Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010). Madres jóvenes: la tasa de embarazo adolescente. Buenos aires argentina. Recuperado de http://www.chequeado.com/el-explicador/1907-madres-jovenes-la-tasa-de-embarazo-adolescente.html

9. ILLIANA R. (2005). Prevalencia de patología obstétrica que condiciona el pase de embarazadas y puérperas a cuidados intensivos. XXIII Jornadas Obstetricia Ginecología, Buenos Aires. [Medline].

10. Jiménez R, Cazenave H, Perucca E, Pavez A, Loyola E: (2010) Eclampsia en Hospital Regional de Rancagua. Rev Chil Obstet Ginecol 1992; 57(2): 67-71.

11. KOMURA, L. (2008) Maternidad en la Adolescencia en una Comunidad de Bajos Ingresos: Experiencia a través de Historia Oral São Paulo Revista Latino-am enfermegem online www.eerp. usp.br/rlac.

12. Martínez E (2008) et al: Experiencia de una unidad de gestantes precoces. Rev Chil Obstet Ginecol 1985; 50(2): 127-39.

13. MUSS, R. (2012). Teorías de la Adolescencia. Paidos, Buenos Aires.
14. Olds, Sally. et al (1997) La familia en el puerperio en Enfermería Materno Infantil Interamericana Mc Graw Hill. 4a edición. México.

15. OMS (2011). Chile tiene tasa de fecundidad adolescente más baja de Sudamérica. Recuperado de diario la Tercera del martes 21 de junio del 2011.

16. Padilla de Gil: (2009) Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev Sogia; 7(1): 16-25.

17. PAPALIA, D. Y WENDKOS (2007). Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill. Novena Edición México.

18. Pelaez J: (2009) Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de Angel Maida y cols. Rev Sogia; 3(1): 13-16.

19. QUINTERO, A. Y GUERRA, A. (2007). Significado del Ejercicio de la Función Sexual de las y los Adolescentes de dos Comunidades Urbanas, a partir de sus Valores, Creencias y Prácticas. Tesis para optar al título de Magíster en Enfermería Salud Reproductiva. Universidad de Carabobo. Venezuela.

20. RACCARICH. MORA, P, POLANCO, E, GARCIA DE YEGÜEZ, M, TORREIRO M, GUEVARA, H. (2002) Vaginosis Bacteriana en mujeres son Amenazas de Parto Prematuro Revista Salus, Facultad de Ciencias de la Salud universidad de Carabobo Volumen 6 N3 (2002) I.S.S.N 1316-7138 Venezuela.

21. Recuperado de http://ecodiario.eleconomista.es/sociedad/noticias/5270178/10/13/

22. SANTROCK, J. (2008). Adolescencia Psicología del Desarrollo. Novena Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana de España.

23. Thame M, Wilks R, Matadial L, Forrester TE(2010) A comparative study of pregnancy outcome in teenage girls and mature women. West Indian Med ; 48(2): 69-72.

24. UNFA 'Estado de la población mundial (2013), del Fondo de Población de las Naciones Unidas, rueda de prensa realizada en Madrid.

25. Vera G, Gallegos MS, Varela M: (2009) Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. Rev Méd Chile; 127: 437-43

26. Villanueva LA, Pérez MM, Martínez H, García E: Características obstétricas de la embarazada adolescente. Ginecol Obstet Mex 1999; 67: 356-60.

27. WHALEY, W. (1995). Tratado de Enfermería Pediátrica. Cuarta Edición. Editorial Mosby. Madrid. España.

28. ZURITA, A (2006) Significación del Embarazo para la Adolescente y su pareja especialización de la salud y desarrollo del adolescente Universidad de Carabobo.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

29. Chumbe O, Novoa A, (2009) Aborto séptico en adolescentes, disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/ginecologia /Vol_44N2 /aborto_septico.htm

30. Coll A.: (1997) "Embarazo en la adolescencia" – Clínicas Perinatológicas Argentinas, Nº 4,– Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).
V

31. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A.: (2009) "Embarazo y adolescencia" - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca – Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva Nº 2, año 2, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).

32. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: (2009) "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay.

33. Molina R.: "Adolescencia y embarazo" – Pérez Sánchez A., Donoso Siña E.: (1992) Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile.

34. Montero, A, Matamala M, Valenzuela M. (2011) Principales características biosicososciales del embarazo y parto en adolescentes. Rev Sogia. 6(1):

35. Nuñez-Orquisa R, (2009) Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto, edición 1, , disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342003000 70001

36. Toro Merlo J., Uzcátegui Uzcátegui O.: (2008) "Embarazo en la adolescente" – Rodriguez Armas O., Santiso Gálvez R., Calventi V.: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG, Vol. 1, Cap. 32 – Edit. ATEPROCA, Caracas, Venezuela.

7. ANEXOS

MAESTRIA EN GERENCIA CLINICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TEMA DE INVESTIGACIÓN: Complicaciones del embarazo en adolescentes de 14-19 años atendidos en el CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE 24-HD. Periodo 2012-2013

UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE 24-HD

REGISTROS DE HISTORIAS CLINICAS

1. **¿Cuál es la frecuencia de parto pretermino en adolescentes del CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE 24-HD?**

2. **¿Cuál es la frecuencia de las Infecciones de Vías Urinarias en adolescentes?**

3. **¿Cuál es la frecuencia de hemorragias durante el embarazo en las adolescentes en estudio?**

4. **¿Cuál es la incidencia de las infecciones pos-parto presentadas en las adolescentes en estudio?**

MAESTRIA EN GERENCIA CLINICA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TEMA DE INVESTIGACIÓN: Complicaciones del embarazo en adolescentes de 14-19 años atendidos en el CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE 24-HD. Periodo 2012-2013

UNIDAD OPERATIVA: CENTRO DE SALUD CUBA LIBRE 24-HD

ENCUESTA DIRIGIDA A GESTANTES ADOLESCENTES

1. **Edad:**
   14 a 15____
   16 a 17____
   18 a 19____

2. **Estado civil**
   Soltera _____
   Casada _____
   Unión Libre _____
   Separada _____

3. **Grado de escolaridad**
   Primaria_____
   Secundaria____
   Ninguno ____

4. **Ocupación**
   Estudiaba _____
   Trabajaba _____
   Oficios de casa _____
   Nada _____

5. **Estrato social**
   Alto _____
   Medio _____
   Bajo _____
   Pobre _____

6. **Personas con las que vive la adolescente embarazada**
   Padres _____
   Familiares _____
   Suegros _____
   Conyugue _____
   Otros _____

7. **¿Cómo era la relación con sus padres?**

Era buena _____
No había comunicación _____

Más confianza con la madre _____
Se utilizan malas palabras _____
No existe respeto hay maltrato _____
Existían consejos _____

8. ¿Con que frecuencia mantenía relaciones sexuales con su novio?

Frecuentemente _____
Después de salir con el _____
Una sola vez _____
De vez en cuando _____

FACTORES DE RIEGOS: CARACTERÍSTICAS CULTURALES

9. ¿Qué piensa de las relaciones sexuales?

	Si
Acto sexual entre un hombre y una mujer	_____
La forma de llevar una relación	_____
Sabía porque le hablaban en el colegio	_____
Cuidarse para no quedar embarazada	_____

10. ¿Tiene conocimientos sobre los métodos anticonceptivos?

Si_____ No _____

11. ¿Cuál es su fuente de información sobre las relaciones sexuales?

Televisión _____
Revistas _____
Internet_____
Colegio_____
Familiares _____
Otros _____

MATERNIDAD PRECOZ

12. ¿Qué es ser adolescente para usted?

Ser una persona menor de edad _____
Etapa en la que se vive de 12 a 20 años _____
Joven que puede gozar de la vida _____
Es tener libertad sin obligaciones _____
No sabe _____

13. Riesgos obstetrices

Amenaza de aborto
Sangrado de origen determinado
Infecciones vaginales
Irritación vaginal
Infecciones urinarias
ITS

Propuesta de un Programa de Educación y prevención del embarazo en la adolescencia.

Autora:

GOMEZ ZAMBRANO MARÍA ELENA

Manta - Ecuador

2014

Contenido

NOMBRE DEL PROYECTO 70
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA UDAF 70
LOCALIZACION GEOGRÁFICA 70
ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL (DIAGNÓSTICO) 70
ANTECEDENTES 71
JUSTIFICACIÓN 72
BENEFICIARIOS 72
PROYECTOS RELACIONADOS Y/O COMPLEMENTARIOS 72
OBJETIVOS 73
METAS 73
ACTIVIDADES 73
INVERSIÓN TOTAL DEL PROYECTO 74
CRONOGRAMA VALORADO DE ACTIVIDADES 75
DURACION DEL PROYECTO Y VIDA UTIL 75
INDICADORES DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS 75
IMPACTO AMBIENTAL 76
AUTOGESTIÓN Y SOSTENIBILIDAD 76
BASES TEÓRICAS 76

PROPUESTA

NOMBRE DEL PROYECTO

Programa de Educación y prevención del embarazo en la adolescencia.

UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA UDAF

Miembros del equipo de salud
Responsable directa del proyecto

LOCALIZACION GEOGRÁFICA

El sub-centro de salud Cuba Libre 24 HD se encuentra localizado en la Parroquia Eloy Alfaro conocida todavía como Cuba Libre, es una zona urbano-marginal, se encuentra ubicada dentro del cantón Manta, provincia de Manabí, tiene una población de 21637 habitantes. La mayor parte de la población es procedente de los cantones Santa Ana, Chone, Jipijapa, Portoviejo, 24 de Mayo, Noboa, Paján, Pichincha y Guayaquil.

ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL (DIAGNÓSTICO)

El sub-centro de Salud Cuba Libre, brinda atención familiar, integral y comunitaria priorizando actividades de fomento y protección de salud en beneficio de los grupos de mayor riesgo: embarazadas y niños menores de 5 años, utilizando estrategias y normas de atención primaria de salud, sin descuidar lo referente a la recuperación de la salud con responsabilidad, solidaridad, optimización, honestidad equidad en coordinación con entidades de mayor nivel de complejidad y comunidad mediante el aprovechamiento y optimización de los recursos generados de la autogestión y del estado.

Al realizar el análisis situacional podemos decir que todo lo que abarca el área del Centro de Salud Dr. Daniel Acosta Rosales de acuerdo al plano de construcción es de 45 m2 de largo (frente) y 35 m2 de ancho (fondo). Cuenta con la planta baja se donde funciona la consulta externa del centro de salud y a partir del mes de Noviembre del 2007 el funciona también la Maternidad.

El área de maternidad Dr. Daniel Acosta Rosales ha sido creada para dar atención integral a las gestantes, puérperas y recién nacidos, sin distinción de raza, religión, factor económico y social, con un equipo de salud óptimo e interdisciplinario como lo son el personal que labora en el centro del mismo nombre, con principios técnicos, científicos y humanísticos.

ANTECEDENTES

En el periodo 2012-2013 se presentaron 274 casos de casos de infecciones de vías urinarias de las cuales 36 casos pertenecen a las adolescentes embarazadas.

Mediante la revisión de historias clínicas se observa que la frecuencia de hemorragias es mínima, se presentan más casos de dolor abdominal bajo con el 51,85%, solo el 7,41% presentan hemorragias.

El criterio del concepto de adolescencia mencionaron que es una etapa de 12 a 20 años en donde se encuentran al cuidado de sus padres; el 19,78% piensan que es tener libertad para decidir; el 23,08% lo consideran como ser menor de edad; el 17,58% se sienten jóvenes que pueden gozar y el 2,20% no sabe.

En los riesgos obstétricos se considera con mayor porcentaje as infecciones vaginales con el 53,85%; con el 25,27% irritación vaginal; con el 20,88% infecciones urinarias; con el 13,19% ITS, el 10,99% presentó amenaza de aborto y el 5,49% sangrado de origen determinado

JUSTIFICACIÓN

La propuesta de actividades ofrece una experiencia pedagógica grupal que se integra a las existentes actualmente y que pretende centrar el proceso en los estudiantes, en su activo trabajo de solución de tareas profesionales de manera colectiva, en este proceso se desarrollan habilidades, hábitos y capacidades fundamentales para el desempeño óptimo. La concepción de las actividades tiene lugar en el proceso de educación de la sexualidad, con un carácter participativo que potencia al sujeto para el encuentro libre, pleno y responsable con el otro sexo y con la propia sexualidad, esta concepción se propicia en estrecha interacción entre el contenido que determinamos para las actividades por una parte, como los riesgos que las diferentes infecciones de transmisión sexual ocasionan a la vida, la responsabilidad de los adolescentes, en situaciones de embarazo no deseado y el uso de los métodos anticonceptivos, como base para valorar y reflexionar sobre los riesgos de las relaciones sexuales no protegidas, haciendo especial énfasis en la relación sexo seguro-sexo protegido, en los que influye la familia como una dimensión de la sexualidad, donde se forman valores, convicciones, normas de comportamiento, concepciones y actitudes sexuales.

Por otro lado las experiencias personales posibilitan que el grupo en estudio reflexionen, realicen un análisis crítico y valoren las consecuencias de sus acciones y las de sus compañeros ante la vida.

BENEFICIARIOS

Mujeres embarazadas que acuden al control prenatal en el Sub centro de salud CubaLibre.

PROYECTOS RELACIONADOS Y/O COMPLEMENTARIOS

No existen proyectos relacionados al tema propuesto.

OBJETIVOS

A. OBJETIVO DE DESARROLLO

Crear condiciones pedagógicas y comunicativas que favorezcan un clima de confianza, receptividad y reflexión valorativa sobre la sexualidad en el embarazo.

B. OBJETIVO GENERAL

Diseñar y ejecutar una estrategia de intervención psicosocial, que incentive la formación de sujetos activos y responsables entorno a la sexualidad, y que las mismas tengan conocimiento para asumir con mayor compromiso la sexualidad durante el embarazo.

C. OBJETVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Diseñar protocolos de atención de enfermería. En embarazadas relacionado con la educación sexual
- ✓ Implementar una guía de trabajo que permita estandarizar el accionar del personal de enfermería en la aplicación de las consejerías de enfermería.
- ✓ Capacitar al personal de enfermería sobre el uso de las guías de atención que han sido elaboradas

METAS

Se espera que el 85% del personal de enfermería aplique las guías de educación sexual a fin de conseguir una mejor conducta sexualg en las embarazadas

ACTIVIDADES

ACTIVIDAD 1

1.1 Elaboración de guías para la capacitación

1.2 Coordinación con los directivos de la unidad de salud para la aprobación respectiva

1.3 Conseguir el material necesario de acuerdo a lo que se requiere

1.4 Socialización

ACTIVIDAD 2

2.1. Ejecución del plan educativo

2.2. Capacitación del personal

2.3. Evaluación

INVERSIÓN TOTAL DEL PROYECTO

COMPONETES / RUBROS	**FUENTES DE FINANCIAMIENTO (dólares)**						**TOTAL**
	EXTERNAS		**INTERNAS**				
	Crédito	Cooperación	Crédito	Fiscales	Autogestión	A. comunidad	
Componente 1							
Actividad 1.1				100,00	400,00		500,00
Actividad 1.2					100,00		100,00
Actividad 1.3				200,00	200,00		400,00
Actividad 1.4					300,00		300,00
Componente 2							
Actividad 2.1				300,00	300,00		600,00
Actividad 2.2				100,00	100,00		200,00
Actividad 2.3.					100,00		100,00
TOTAL				700,00	1500,00		2200,00

CRONOGRAMA VALORADO DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	PROGRAMACIÓN VALORADA (dólares)				
	Periodo 1	**Periodo 2**	**Periodo 3**	**Periodo n**	**TOTAL**
Actividad 1	10/10/2013 200.00	18/10/2013 150.00	20/10/2013 150.00		500,00
Actividad 2	06/11/2013 50.00	10/11/2013 25.00	21/11/2013 25.00		100,00
Actividad 3	09/12/2013 200.00	20/12/2013 100.00	29/12/2013 100.00		400,00
Actividad 4	08/01/2014 100.00	15/01/2014 100.00	22/01/2014 100.00		300,00
Actividad 5	07/02/2014 200.00	15/02/2014 200.00	22/02/2014 200.00		600,00
Actividad 6	07/03/2014 100.00	10/03/2014 50.00	15/03/2014 50.00		200,00
Actividad 7	18/03/2014 25.00	24/03/2014 25.00	27/03/2014 50.00		100,00
TOTAL	875.00	650.00	675.00		2200,00

DURACION DEL PROYECTO Y VIDA UTIL

El proyecto tiene duración de seis meses desde Octubre del 2013 hasta Marzo del 2014.

INDICADORES DE LOS RESULTADOS ALCANZADOS

- ✓ Información estadística veraz y oportuna que permita el análisis de la propuesta.
- ✓ Incremento de las Coberturas de atención a las embarazadas para su control y consejería.

- ✓ Grupo de embarazadas involucradas, comprometidas con el servicio de salud trabajando conjuntamente para el sostenimiento del nuevo modelo de atención, en su propio beneficio y de la comunidad.

IMPACTO AMBIENTAL

No se requiere de un estudio de impacto ambiental.

AUTOGESTIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Apoyo para Capacitación del personal, adecuación y equipamiento de área física, material educativo para las embarazadas y comunidad en general.

Bases Teóricas

Familia como paciente y estructura familiar

Generalizando la teoría de Duvall (2009), podemos considerar a la familia como un grupo pequeño que cambia y evoluciona en el tiempo. La vida familiar está dividida en etapas sucesivas, que comienza la unión de la pareja y termina con la muerte de uno de sus miembros, o con la separación física de la pareja.

En cada una de esas etapas existen deberes de la familia, que son fundamentales para la preservación y desarrollo armónico de la familia.

De acuerdo con Duvall (2009) todas las familias tienen estos deberes básicos mientras existan, cada familia realiza estas funciones a su manera, es decir, bajo sus propias normas únicas; la enfermera obtiene datos para ratificar la forma en que la familia está cumpliendo cada uno de estos deberes, particularmente los relacionados el mantenimiento y prevención de la salud.

Infancia, preadolescencia y Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (2010) divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, preadolescencia de 10 a 14 años y la adolescencia la define como "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 14 a los 19 años.

La adolescencia es un período que separa la infancia de la edad adulta es relativamente nuevo durante este período conocido como adolescencia el ser humano adquiere su identidad adulta, moviéndose hacia una madurez física y psíquica, así como a la independencia económica, según la organización mundial de la salud, una adolescente es una persona que tiene entre 10 a 19 años de edad mientras que el término más amplio de joven se refiere a las personas que tiene entre 15 y 24 años de edad no solo hoy en día hay mayor número de jóvenes que nunca anteriormente, sino que se está ampliando el período definido como adolescencia, la llegada a la pubertad se está produciendo antes y la edad al contraer matrimonio se está retrasando así.

Etapas de la adolescencia

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo 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.

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

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.

Embarazo

Definiremos el embarazo adolescente como la gestación en mujeres, cuyo rango de edad se considera adolescente, independiente de su edad ginecológica. (Ruoti 2008).

Al respecto Ruoti y Col (2010), plantea que el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, educacional, familiar y social.

Factores de Riesgo

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

-Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

-Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

-Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio

del "amor romántico" en las relaciones sentimentales de los adolescentes. (Hamel, 2008).

Factores determinantes

Relaciones sin Anticoncepción, Abuso Sexual y Violación.

Embarazo Precoz

Según Goñi (1997), Embarazo es precoz cuando ocurre durante la adolescencia (11 a 19 años). En esta época las jóvenes no reúnen las condiciones de madurez sexual ni social para asumir responsablemente la maternidad y paternidad. Es un producto de la patología social: negligencia paterna, carencia afectiva, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia. La adolescente embarazada es la presa de la hipocresía de una sociedad que perdona sus actividades sexuales y condena su embarazo. Consciente o inconscientemente, deliberadamente o por impotencia, se da mayor libertad sexual a los jóvenes, pero la sociedad permanece o vuelve a ser repentinamente moralizadora y represiva frente a las consecuencias de dicha libertad. Achacar la culpabilidad y la responsabilidad a la adolescente evita a los adultos el preguntarse por su propia responsabilidad y culpabilidad. El rechazo es la reacción más cómoda; se pone una simple etiqueta, a fin de no ver que se trata de un problema más general. Al condenar a la joven embarazada, se defiende a la sociedad y sus instituciones. El rechazo es a veces muy disimulado y puede adoptar el disfraz de una solución de acogida o de integración.

Riesgos del Embarazo Precoz

Los aspectos siguientes están tomados de Gerendas, M. y E. Sileo, (1992), así como de Monroy de V. A, Morales G., M. N. y Velasco. M. L. (1988).

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial sumamente importante. A menudo en las adolescentes embarazadas este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud, tanto de ella como de su hijo. Este hecho puede agravarse, si además de la corta edad, la madre no está dentro de la protección del matrimonio, por lo que la coloca dentro de una situación social de rechazo.

Las consecuencias del embarazo y la crianza durante este periodo se relacionan con aspectos no solo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos, y sus efectos pueden verse en la joven madre y su hijo, el padre adolescente, las familias de ambos y, desde luego, en la sociedad.

Entre los criterios médicos para considerar el embarazo y el parto en adolescentes como de alto riesgo, sobre todo en las menores de 14 años, se encuentran los siguientes:

La maduración del sistema reproductivo y la obtención de la talla adulta no indica que se ha completado el crecimiento del canal del parto. La pelvis ósea crece a una velocidad menor que la estatura y requiere mayor tiempo para alcanzar la madurez, o sea que sigue creciendo lenta y continuamente aún después de la menarquía, cuando hay una desaceleración del crecimiento de la talla.

El tamaño del canal del parto es menor en los 3 primeros años después de la menarquía que en la etapa adulta.

Se ha señalado que hay una incidencia mayor de toxemia, anemia, desproporción feto pélvica, parto prematuro, mortalidad materna y mortalidad perinatal, presentación podálica, ruptura prematura de membranas, hipertensión arterial.

Prevención

Por cuanto nuestro caso clínico debe centrar su atención en las medidas de apoyo a la adolescente embarazada, como en las medidas de prevención para elevar los niveles de salud de ella, como de su familia y de la comunidad; consideramos necesario establecer aquí algunas definiciones y conceptos relacionados con lo que se conoce bajo el término "prevención", que han sido establecidos para el uso de nuestra profesión, y los cuales serán utilizados en el punto correspondiente a las recomendaciones.

De López (2008), copiamos lo siguiente: "A continuación, por juzgarlo de suma importancia, se repite literalmente la declaración de Alma Ata sobre atención primaria de la salud: "La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de

autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria".

Para la misma autora, la prevención primaria engloba: promoción y protección a la salud; prevención secundaria: curación; y la prevención terciaria: rehabilitación.

Prevención primaria: es el conjunto de medidas que tienden a evitar que llegue a producirse un fenómeno no deseable. En este nivel hay que evitar el embarazo. Puede intentarse poniendo en acción medidas de orden general, educativas o sociales, dirigidas a todos los jóvenes; puede intentarse también una acción mucho más amplia, a nivel comunitario, para modificar ciertos comportamientos sociales que fomentan la actividad sexual y los embarazos de las jóvenes. También se debe dirigir la acción hacia los que tienen la responsabilidad educativa (familia, maestros). Entre las medidas generales es necesario trabajar sobre la educación de la responsabilidad sexual y el poner a disposición de los jóvenes medios de control de fertilidad. (López, 2008)

Prevención terciaria: consiste en el conjunto de medidas que cuando el fenómeno ya se ha producido, tiene por finalidad limitar sus consecuencias a largo plazo así como las secuelas y reincidencias. En este aspecto implica medidas adoptadas para asegurar el futuro del niño y de sus padres y evitar el advenimiento de nuevos embarazos no deseados (López, 2008),

En el nivel de prevención primaria son sumamente importante medidas educativas a nivel sexual, como ya se mencionó, para lo cual es necesario tener en cuenta que los profesionales encargados de esta formación cumplan con las siguientes características:

- Un profesional bien informado, orientador, que le brinde confianza.
- Un profesional que tenga resueltos y sepa manejar sus propios conflictos sexuales, éticos, religiosos o morales, para que no interfieran en la orientación del adolescente.

- Que tenga un enfoque integrativo (cuerpo-espíritu-mente-sociedad) en lo que se refiere a sexualidad.

- Que respete los principios básicos de educación dirigida a los adolescentes: con acción participativa del propio joven, con enfoque individual, familiar e institucional; que hago énfasis en cambio de actitudes y comportamiento.

- Que respete los principios de confidencialidad, consentimiento, pudor y dignidad del paciente (con las excepciones indicadas en la Ley de Ejercicio Médico y Código de Ética Médica).

- Un profesional que estimule la reflexión y promueva comportamientos más elevados en el orden moral.

Para Archer, Flesman y Jacobson (2009), entre los retos que enfrenta la salud comunitaria está el de abordar los tres niveles de prevención con el objeto de ayudar a los clientes a encaminarse hacia sus respectivos niveles funcionales óptimos.

Las autoras citadas basándose en la descripción clásica que hace Winslow de lo que es salud pública que exponen como sigue: "La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, de prolongar la vida y de promover la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad hacia el logro de un medio ambiente salubre: el control de las infecciones de la comunidad; la educación del individuo en principios de higiene personal; la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento de la enfermedad, y el desarrollo del mecanismo social que asegure a todo individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud".

Que una adolescente use o no métodos anticonceptivos depende de su grupo social o amistades, las circunstancias de su educación sexual, la cultura y las características de su compañero, del tipo de relación que lleve con él, y de las expectativas que tenga de su futuro.

Respecto a la educación sexual, en muchos grupos persiste el mito de que proporcionar a los jóvenes información sobre la sexualidad, la prevención del embarazo y las

enfermedades de transmisión sexual, provoca relaciones a edad temprana y promiscuidad. Este es uno de los muchos factores que aumenta los embarazos no planeados, ya que este tema se convierte en prohibido y origina que las jovencitas tengan ideas vagas y distorsionadas.

La adolescente tiene, en general, relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Las razones de esta carencia son una mezcla de ignorancia de la fisiología de la reproducción y una negación mágica de las consecuencias de la actividad sexual. Simplemente no cree que pueda embarazarse por la edad o por la infrecuencia de las relaciones. Otra causa es pensar que los anticonceptivos quitan romanticismo a la relación o que su uso trae el riesgo de que "otros" lo sepan y sería mal vista.

Muchas adolescentes evitan el conflicto de usar anticonceptivos y prefieren arriesgarse a una concepción y sufrir consecuencias consideradas remotas, como ser vistas con mucho interés en las relaciones sexuales, enfrentar y aceptar que es activa sexualmente, lo cual daña la imagen ideal de sí misma.

El propósito principal de los métodos anticonceptivos es el de evitar el embarazo. Cuando la célula masculina (espermatozoide) se une con la femenina (óvulo) ocurre el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

Arias, F. (2012).El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica (5ta ed.). Caracas: Episteme.

Endes. (2011).Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. Colombia.

Mora Luis (2012), foro de Prevención del Embarazo Adolescente. Venezuela.

Oficina de Planificación Familiar (2012). Informaciones de Embarazos a Tempana Edad el Municipio Cedeño. Estado-Bolívar.

OMS (2013). Adolescencia Temprana. México.

Organización de Naciones Unidas (2012). Informe de embarazos en adolescentes. El Salvador.

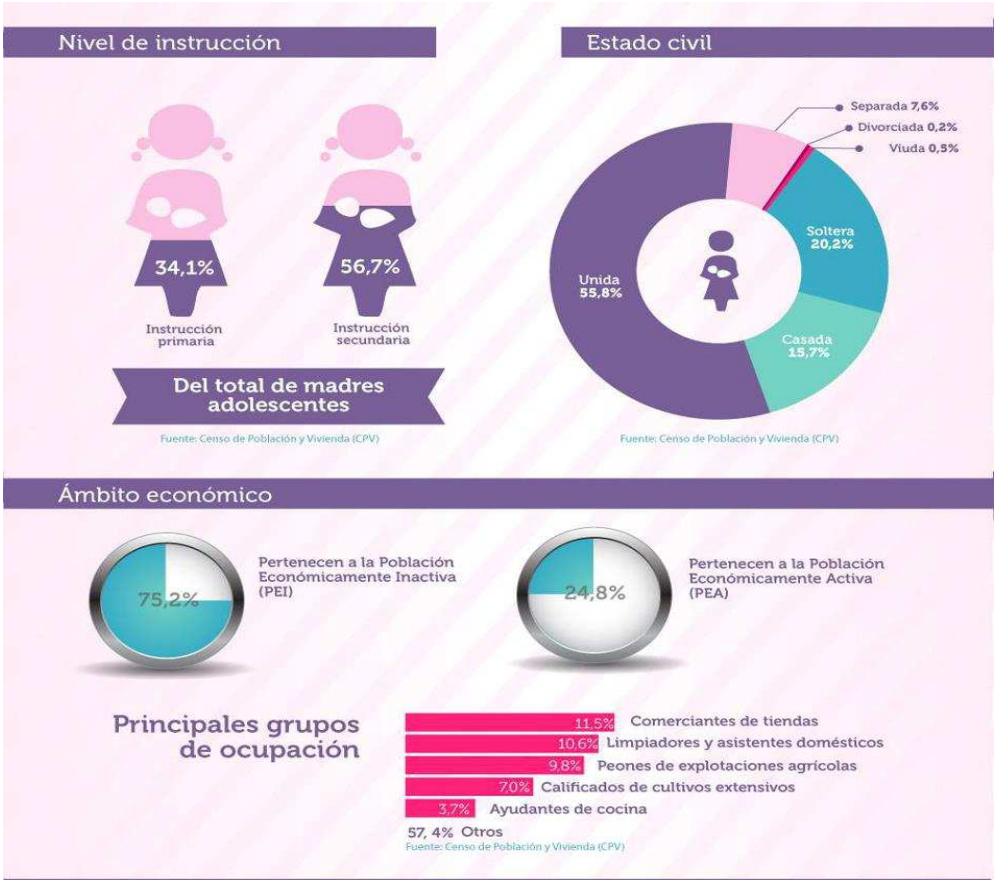
Ruoti, M. (2010).Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay.

Vilella (2010), Tasa de embarazo adolescente. El Mundo.

Yaracuna, S. (2009). Informe de salud. Incrementan casos de embarazo precoz en Venezuela.

Ysazzi Yohanna (2010). Encuesta Nacional de Población y Familia. El Nacional.

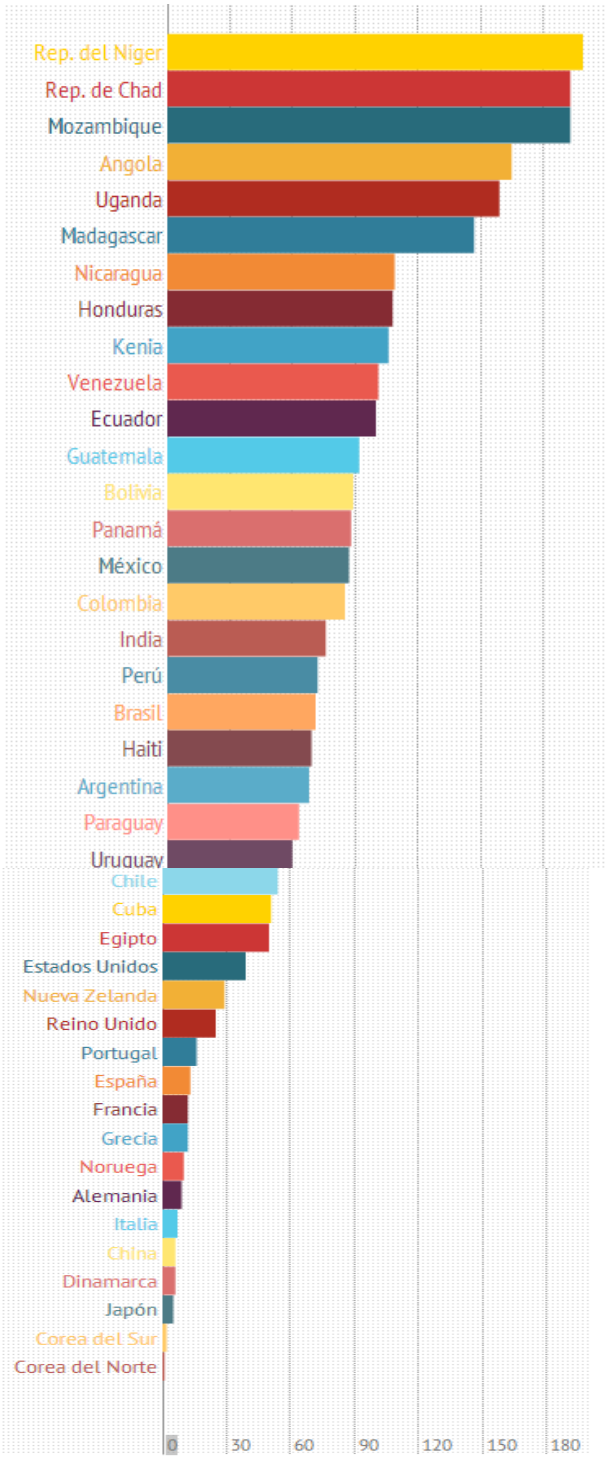
Ilustración 1



Fuente: Censo y problación y vivienda (2010)

Ilustración 2

Embarazo adolescente (tasa de natalidad de mujeres entre 15 y 19 cada mil mujeres)



Fuente: elaboración base a datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2010).

Tabla 15

RIESGO EN EMBARAZO DE ADOLESCENTES

ALTO RIESGO		MEDIANO RIESGO
CONDICIONES INDISPENSABLES		
Ingresa a 1° nivel	Atención sólo en 1° nivel con parto hospitalario por profesionales	Atención combinada entre 1er y 2° nivel senormas
Referencia inmediata a 2° nivel		Mayor concentración
Estricta coordinación entre diferentes niveles		Actividad 1° nivel

FUENTE: Departamento de Estadística del Sub-Centro Cuba Libre

ELABORADO POR: María Elena Gómez Zambrano

Tabla 16

RIESGO CORRIENTE O NO DETECTABLE

Periodo fetal e infantil
(desde inicio de vida fetal hasta comienzo pubertad)

Actividades	Prevención primaria	Prevención Secundaria
Diagn. Genético	Diagn. precoz	Control de patologías
Consej. Genética	Educación	Educación
Estudios Prenatales	Educación a padres	Diagn. precoz
Ginecol. Urológ. RN	Educación a padres	Diagn. precoz
Ginecol. Infantil	Educación a padres	Diagn. precoz

FUENTE: Departamento de Estadística del Sub-Centro Cuba Libre

ELABORADO POR: María Elena Gómez Zambrano

Tabla 17

FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Asicronía madurativa físico – emocional
Baja autoestima
Bajo nivel de instrucción
Ausencia de interés
Pérdida reciente de personas significativas
Embarazo por violación o abuso
Intento de aborto
Propósito de entregar el hijo en adopción
Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente
Trabajo no calificado
Pareja ambivalente o ausente
Condición económica desfavorable
Marginación de su grupo de pertenencia
Difícil acceso a los centros de salud

FUENTE: Toro Merlo J., Uzcátegui Uzcátegui O.: "Embarazo en la adolescente
ELABORADO POR: María Elena Gómez Zambrano

Tabla 18

FACTORES DE RIESGO BIOLÓGICO EN LA EMBARAZADA ADOLESCENTE

Edad cronológica $\leq$ 14 años y / o edad ginecológica $\leq$ 1 año
Peso < 45 Kg y / o talla < 1,45 m
Estado nutricional deficiente
Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado preconcepcional
Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad
Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)
Tatuajes
Más de 2 parejas

FUENTE: Toro Merlo J., Uzcátegui Uzcátegui O.: "Embarazo en la adolescente
ELABORADO POR: María Elena Gómez Zambrano

Tabla 19
MATRIZ FODA

ANALISIS INTERNO

FORTALEZA	DEBILIDADES
• Área física adecuada para brindar los servicios básicos de salud. • Maternidad disponible 24 horas • Servicio de emergencias 24 horas • Atención de medicina general pediatría, gineco-obstetricia, pediatría, ecografías, odontología y laboratorio • Cuenta con los biológicos auspiciado por el MSP y medicina gratuita • Análisis de coberturas de producción para fortalecer programas • Personal capacitado para brindar atención eficiente y eficaz. • Unidad de salud de fácil acceso a la población. • El equipo de salud cumple con el horario establecido.	• Déficit de talento humano: médico, enfermeria, psicólogo, nutricionista, trabajadora social. • Caja chica es insuficiente para solventar los gastos de todas las necesidades. • Material médico insuficiente: termocunas, succionador, equipo de reanimación neonatal, equipos de partos para nulípara y multípara y báscula. • Falta de atención en laboratorio las 24 horas. • Falta de medicamentos dotados por farmacia las 24 horas.

ANALISIS EXTERNO

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
• Colaboración de escuelas y colegios para participar en programas escolares • Comunidad preparada con conocimientos básicos de salud. • Proveedores de salud realizan proyectos comunitarios para priorizar problemas y necesidades • Cuenta con el comité promejoras y el de usuarios • Organizaciones gubernamentales trabajan por la salud de la comunidad • Cuenta con el apoyo de estudiantes universitarios de medicina y enfermería. • Apoyo del municipio. Estos dos puntos son en oportunidades	• Crisis económica del país • Alcoholismo y drogadicción en jóvenes que habitan el área de influencia del Centro de Atención 24 horas Cuba Libre • Delincuencia en la Parroquia Ely Alfaro y la ciudad de Manta • Contaminación ambiental por el smog de los automóviles, ruido ambiental.

Tabla 20

10 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD

CAUSAS	SEXO		MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5 - 14 AÑOS	15 - 49 AÑOS	50 Y MÁS AÑOS	TOTAL CASOS
	M	F						
I.R.A.	302	294	48	78	183	249	38	596
E.D.A.	204	243	27	57	139	193	31	447
PARASITOSIS	161	199	0	38	155	145	22	360
I.V.U	97	177	3	7	36	201	27	274
I.T.S	0	213	0	0	0	213	0	213
P. DERMATOLOGICOS	55	72	13	28	25	45	16	127
GASTRITIS	32	53	0	0	5	71	9	85
H.T.A	44	39	0	0	0	0	83	83
DIABETES	36	42	0	0	0	0	78	78
SINDROME FEBRIL	32	39	4	12	17	30	8	71
TOTAL	963	1.371	95	220	560	1.147	312	2.334

FUENTE: Toro Merlo J., Uzcátegui Uzcátegui O.: "Embarazo en la adolescente

ELABORADO POR: María Elena Gómez Zambrano

Tabla 21

PRESUPUESTO AUTOFINANCIADO

N°	Descripción	Cantidad	V/U	TOTAL
1	Material Bibliográfico	1,00	300,00	300,00
2	Resmas de papel bond	4,00	4,50	18,00
3	Copias de documentos	100,00	0,03	3,00
4	Anillado de textos	6,00	1,50	9,00
5	Empastado de tesis	4,00	8,00	32,00
6	Útiles de oficina	1,00	400,00	400,00
7	Transporte	1,00	300,00	300,00
8	Pen driver	1,00	10,00	10,00
9	Cd	2,00	0,50	1,00
10	Internet	6,00	50,00	300,00
11	Gastos varios	1,00	150,00	150,00
TOTAL				**1523,00**