



UNIVERSIDAD DE MACHALA
“Calidad, Pertinencia y Calidez”

UNIDAD ACADEMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TEMA

INCIDENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS QUE
ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD MARCABELI DURANTE EL
PERIODO NOVIEMBRE 2012 FEBRERO 2013.

AUTORA

AMADA BERTHA CAJAMARCA JIMENEZ

TUTORA

LCDA. JOVANNY SANTOS LUNA

2015

MACHALA - EL ORO - ECUADOR

CERTIFICACIÓN

LCDA. JOVANNY SANTOS LUNA

CERTIFICA:

Haber revisado la tesis titulada: **INCIDENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD MARCABELI DURANTE EL PERIODO NOVIEMBRE 2012 FEBRERO 2013**. Cuya autora es la Egresada en Enfermería **AMADA BERTHA CAJAMARCA JIMENEZ**, la que se encuentra con los requisitos técnicos estipulados por la carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud por lo que autorizo su presentación.



LCDA. JOVANNY SANTOS LUNA

TUTORA

CESION DE DERECHOS DE AUTORIA

Yo, **AMADA BERTHA CAJAMARCA JIMENEZ**, con número de cedula 0705875557, egresada de la carrera de Enfermería de la Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud de la Universidad Técnica de Machala, responsable del presente trabajo de titulación: **“INCIDENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 12 A 17 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD MARCABELI DURANTE EL PERIODO NOVIEMBRE 2012 FEBRERO 2013.”** certifico que la responsabilidad de la investigación, resultados y conclusiones del presente trabajo pertenecen exclusivamente a mi autoría, una vez que ha sido aprobado por mi tutora de tesis autorizando su presentación.

Deslindo a la Universidad Técnica de Machala de cualquier delito de plagio y cedo mis derechos de autoría a la Universidad Técnica de Machala para que ella proceda a darle el uso que sea conveniente.


AMADA BERTHA CAJAMARCA JIMENEZ
C.I.: 0705875557
AUTORA

DEDICATORIA

Dedico a Dios, por darme la vida y permitir seguir por el camino del bien, además de todo corazón les dedico a mis padres, que son lo más importante en mi vida, con su ejemplo y esfuerzo han inculcado en mi valores que han guiado mi camino, a mi querido esposo por la paciencia y el apoyo, a mi hijo querido quien es mi mayor fortaleza para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Es importante agradecer a las autoridades de la Universidad Técnica de Machala y de la Facultad De Ciencias Químicas y de la Salud por darme un espacio en sus aulas y formar parte de su estudiantado y ahora profesionales. A la Lcda. Jovanny Santos Luna por tanta paciencia y colaboración en este largo proceso. Y a todas aquellas profesionales que una u otra manera hicieron posible todo esto. A todos ustedes mis más sinceros agradecimientos.

LA AUTORA

RESUMEN

El embarazo en adolescentes es considerado como un problema de salud pública debido a las complicaciones y riesgo que conlleva al binomio madre – hijo, además es un problema social ya que ocasiona deserción escolar en los adolescentes el aumento de madres solteras o parejas inestables llevando consigo problemas económicos dando como resultado enfermedades en la infancia. ,motivo por el cual se decidió realizar la siguiente investigación que tuvo como objetivo; Determinar la incidencia de embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al subcentro de salud Marcabeli durante el periodo noviembre 2012 febrero 2013, donde se establecieron las siguientes variables como, número de adolescentes embarazadas, las características de estas mujeres, y los antecedentes ginecológicas que tienen, así comprobamos la hipótesis que nos refiere que la incidencia del embarazo en adolescentes está relacionada con los antecedentes ginecológicos y características individuales, es decir los resultados fueron la línea diagnóstica para centrar las intervenciones en los grupos de mayor riesgo, se trabajó con 61 adolescentes ya que fueron las que presentaron embarazos en el tiempo de la investigación, la cual se dividió en tres fases la primera de investigación dónde se realizó el levantamiento de datos por medio de la revisión de historias clínicas y encuestas a las adolescentes, en la segunda etapa se intervino con un plan educativo el mismo que tuvo como objetivo; prevenir las complicaciones en el embarazo, en la tercera etapa se evaluó el plan educativo a través de los indicadores de proceso, producto e impacto, se concluyó que el embarazo en adolescentes esta dado en mujeres entre 15-16 años, de las cuales el 44% tenían instrucción primaria, 48% un compañero sexual, el 51% con bajo peso, el 51% presentaban antes problemas de IVU, el 50% tenían ya 2 hijos, en relación al aborto el 46% 1 aborto, los controles prenatales asistieron a 1-3 el 49%, así mismo el 39% no planificaban y dentro de las complicaciones durante la gestación el 46% presentado IVU.

SUMMARY

Teenage pregnancy is considered a public health problem because of the complications and risk associated with the mother - son, is also a social problem because it causes dropouts in adolescents increased single mothers or unstable couples carrying problems economic resulting diseases in childhood. , Why it was decided to conduct the following research aimed; To determine the incidence of pregnancy in adolescents aged 12 to 17 who come to the health sub center Marcabeli during the period November 2012 in February 2013, where the following variables as number of teenage pregnancies, the characteristics of these women, and gynecological history were established which have, so check the hypothesis tells us that the incidence of teenage pregnancy is related to gynecological history and individual characteristics, ie the results were line diagnosed to focus interventions on the groups most at risk, he worked with 61 teenagers as they were those that showed pregnancies time of the investigation, which the first investigation where the data survey was conducted through review of medical records and surveys of adolescents was divided into three phases, the second stage intervened with the same educational plan aimed; prevent complications in pregnancy, in the third stage the educational plan was assessed through indicators of process, product and impact, it was concluded that teen pregnancy is given in women aged 15-16 years old, of which 44 % had primary education, 48% for a sexual partner, 51% underweight, 51% had prior problems IVU, 50% had already two children, in relation to abortion 46% 1 abortion, prenatal care they attended 03.01 49% 39% likewise not planned and in complications during pregnancy 46% presented IVU.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo de vida que se da entre los 10 y 19 años de edad, se caracteriza por una serie de cambios orgánicos así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, acompañados de profundos ajustes psicosociales a un ambiente sociocultural cambiante y en ocasiones hostil, muchos adolescentes, sobre todo en países en vías de desarrollo como el nuestro, encuentran múltiples dificultades para ajustarse a esta etapa de su vida, en particular en lo relativo a su sexualidad. Mientras que el embarazo en adolescentes es aquel que ocurre entre los 10 y 17 años de edad, presentando mayor peligrosidad en aquellas adolescentes menores de 16 años. (OMS, 2012)

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, sin embargo EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los 90 en el año 2000; el número total de embarazos adolescentes en los Estados Unidos fue de 821.810 (84 embarazos por cada 1.000 personas). Si se lo compara con las estadísticas de Canadá, las tasas de embarazos adolescentes en el año 2000 fue de 38.600 (38 embarazos por cada 1.000 personas). En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995, al 30,81 en 1996 y al 29,45 en el año 2000. (ORTIZ, 2012)

Mientras que en Ecuador el total de adolescentes forman la tercera parte de la población total, estos de hogares pobres, es así que para el año 2008, la población de adolescentes en el Ecuador fue de 2'783.108, que representan el 20,8% de la población total, distribuidos 1'423.941 (51.2%) en 9 adolescentes tempranos (10-14 años) y 1'359.167 (48.8%) en el grupo de adolescentes tardíos (15-19 años). En cuanto a los datos obtenidos de la Dirección Provincial de Salud para el año 2012 la provincia de El Oro

tiene la tasa más alta de partos de adolescentes en la región sur del país es decir que para este año 45 de cada 1.000 adolescentes terminan en parto, mientras que para el año 2013 la tasa fue de 49 de cada 1000 adolescentes. (MSP, 2012)

Nuestro país tiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina. De acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas. El embarazo entre adolescentes es mayor entre estratos socioeconómicos bajos, grupos de menor nivel educativo, y quienes viven en áreas rurales.

En el S.C.S Marcabeli según datos de concentrados mensuales durante el año 2010 se realizaron 149 controles prenatales , mientras que en el año 2011 se registraron 167 de los cuales 102 cumplió con los controles prenatales subsecuentes, tiempo en el cual se ha observado la frecuencia constante de consultas gineco-obstetricas por embarazo en mujeres jóvenes, incluso las mismas ya presentan partos anteriores, esta es una situación que quizás para la población es normal ya que existen antecedentes de las mujeres que ha muy temprana edad forman su hogar, sin embargo desde el punto de vista de la salud esta problemática lleva consigo múltiples consecuencias, riesgos y complicaciones tanto para madre e hijo, por tal motivo se realizó la presente investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el subcentro de salud Marcabeli se ha observado que con frecuencia llegan niñas de 15 y 16 años gestantes, en mayor parte estas vienen de hogares disfuncionales, con ingresos económicos muy bajos, además algunas no estudian o a desertado el colegio, además en un poco número de adolescentes se observa que habitan con familiares porque sus padres han migrado. Además de esto cabe mencionar que la gran mayoría no manifiesta interés por informarse sobre la complejidad que conlleva el embarazo. Tomando en cuenta que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, y se da por diferentes factores de riesgo, tales como social, ambiental, biológico, económicos, educacional.

Denotando así el aumento de la problemática a pesar de los programas que se han implementado con el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y con los Objetivos del Milenio donde se especifica básicamente la reducción de la fecundidad en niñas y adolescentes, en esta brecha se ven inmersos múltiples factores como la religión, la familia, la escuela, el colegio, los amigos los tabúes y mitos sobre la sexualidad, lo que conlleva a consecuencias de gran magnitud social, económica y de salud como la deserción escolar los matrimonios con desempleo y subempleo las tasas de mortalidad materna aumentan en adolescentes las tasas de morbi - mortalidad neonatal infantil son también alarmantes en el caso de madres adolescentes, además al no protegerse pueden llegar a infectarse con alguna de las muchas infecciones de transmisión sexual, el abandono de menores aumenta también por la inmadurez de la madre el índice de abortos por los embarazos no deseados.

Motivo por el cual se ha decidido realizar la siguiente investigación siendo la presentación de complicaciones del embarazo en adolescentes en el ámbito de la salud en los sitios de distancia en este caso en el cantón Marcabeli quedando aproximadamente a una distancia de 89,9 Km a Machala, ya que con esta investigación se obtendrán resultados que ayuden al personal de salud a dirigir sus actividades a los grupos de mayor riesgo para la prevención.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la incidencia de embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al subcentro de salud Marcabeli durante el periodo noviembre 2012 febrero 2013?
- ¿Qué características individuales presentan las adolescentes embarazadas que acuden al subcentro de salud Marcabeli durante el periodo noviembre 2012 febrero 2013?
- ¿Qué antecedentes ginecológicos presentan las adolescentes gestantes que acuden al subcentro de salud Marcabeli durante el periodo noviembre 2012 febrero 2013?

OBJETIVOS

General:

- Determinar la incidencia de embarazo en adolescentes de 12 a 17 años que acuden al subcentro de salud Marcabeli durante el periodo noviembre 2012 febrero 2013.

Específicos

- Establecer la incidencia de embarazo en adolescentes.
- Identificar las características individuales en las adolescentes embarazadas
- Definir los antecedentes ginecológicos presentan las adolescentes gestantes
- Aplicar un plan educativo sobre la prevención de embarazo en adolescentes en el subcentro de salud Marcabeli.

VARIABLES

Variables independientes:

- **Características individuales**
- **Antecedentes ginecológicos**

Variable dependiente:

- **Incidencia de embarazo**

HIPÓTESIS

Será que la incidencia del embarazo en adolescentes en el subcentro de salud de Marcabeli está relacionado con los antecedentes ginecológicos y las características individuales.

JUSTIFICACIÓN

La problemática del embarazo en adolescentes es importante abordarla porque es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. El embarazo reduce las posibilidades de que los adolescentes puedan seguir sus estudios y superarse en la vida. La mayoría de parejas por decisión propia o exigencias de sus familias optan por contraer matrimonio lo que conlleva a que el adolescente tenga que trabajar sin terminar sus estudios para mantener su familia. Las mujeres de igual forma son discriminadas por las instituciones educativas y la sociedad por lo que los sueños de una futura educación se ven frustrados.

Con estos antecedentes se fundamenta el estudio de dicha problemática la misma que se la realiza para darle mayor prioridad y realizar continuamente actividades de prevención, motivo por el cual se decidió realizar esta investigación ya que se aportara con datos reales sobre la problemática para que sirvan de base en otras investigaciones y el personal de salud enmarque sus actividades en los grupos de mayor riesgo, de tal manera estaré contribuyendo con la aplicación de los objetivos del plan del buen vivir donde específicamente en el tercer objetivo dice mejorar la calidad de vida de la población mediante la promoción de salud y la prevención de enfermedades.

CAPITULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES

Al ser el embarazo en adolescentes un problema social, económico de salud pública existen muchos estudios sobre la problemática aquí mostrare los más relevantes encontrados en revistas científicas.

En un estudio realizado por Méndez en la Habana el mismo que tuvo como Objetivo: disminuir la incidencia del embarazo y sus riesgos en adolescentes. Según la metodología se realizó un estudio de intervención educativa para modificar los criterios sobre el embarazo y sus riesgos en adolescentes embarazadas atendidas en el Policlínico "Arturo Puig Ruiz de Villa", municipio Minas, Camagüey, durante el período de enero de 2009 a enero de 2010. El universo estuvo constituido por 72 embarazadas, se realizó un muestreo probabilístico al azar simple, la muestra quedó conformada por 32 embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión, se aplicó un cuestionario creado al efecto, según literatura revisada, este se convirtió en el registro primario de la información e incluyó variables como: concepto de adolescencia, edad de las primeras relaciones sexuales, conocimiento de métodos anticonceptivos, motivos por los que continuaron con el embarazo y complicaciones fundamentales en la adolescente embarazada. Los resultado muestran que el 56,2 % desconocía conceptualmente el embarazo en la adolescencia, esto mejoró notablemente después de aplicado el programa, persistió solo el 12,5 % con este criterio, el 31,2 % manifestó que la primera relación sexual debe ser al cumplir los 14 años o tener la primera menstruación. El 59,3% conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal. Una vez finalizado el programa el 87,5 % expresó respuestas correctas. (MENDEZ, 2012).

En otro estudio donde de casos y controles para analizar la incidencia, los riesgos, así como las complicaciones del embarazo y el parto en la adolescencia en el hospital

municipal de Santa Cruz del sur, desde el 1ro. De enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de ese año. Se tomó como grupo estudio a las 132 adolescentes que parieron en esta etapa y se comparó con un grupo control de 132 gestantes de 20 años o más que parieron en igual fecha. Esta información fue recogida de los expedientes clínicos de las pacientes y del libro de parto y llevada a encuestas. El bajo peso materno estuvo presente en el 59,8 % de las adolescentes, el 87,1 % de estas eran amas de casa, el 78 % de estas gestantes presentó alguna enfermedad durante el embarazo y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones, además de asociarse con mayor frecuencia las complicaciones posparto para la madre. Este estudio muestra todos los riesgos que implica un embarazo en estas edades, por lo que insistimos en lo importante de disminuirlos al mínimo. (VALDES, 2012)

En Chile, la prevalencia de embarazos en adolescentes es del 17%. Objetivo: Evaluar la relación entre el embarazo adolescente y la deserción escolar. Pacientes y métodos: En Departamento de Obstetricia y Ginecología, en Concepción, Chile, 2001, el Hospital Guillermo Grant Benavente se llevó a cabo un estudio transversal y correlacional comparativo, transversal. El grupo de estudio eran adolescentes embarazadas que desertaron del sistema escolar, dividido en dos subgrupos: 86 adolescentes que desertaron antes del embarazo y 130 que desertaron durante el embarazo. Resultados: El veinte por ciento de los adolescentes que desertaron de la escuela antes del embarazo pertenecía a un subnivel de la pobreza, en comparación con el 5% de los que desertaron durante el embarazo. Flunk era frecuente en ambos, pero mayor en niñas que desertaron antes del embarazo (46,5 y 36,9%, respectivamente ($p < 0,001$)). Los problemas económicos fueron la principal causa de la deserción antes del embarazo (27,6%). La vergüenza (41,6%) y complicaciones obstétricas (31,7%) fueron las principales razones para desertar durante el embarazo. El setenta por ciento de los adolescentes que desertaron antes del embarazo no tuvo actividades educativas, laborales o recreativas. El nivel educativo de los padres de ambos grupos fue baja. Conclusiones:... Hay una relación entre el embarazo adolescente y la escuela. Los adolescentes de deserción que desertaron de la escuela antes del embarazo son más vulnerables (Rev Méd Chile 2004; 132: 65-70). (MOLINA, 2012)

En el siguiente estudio del grupo de adolescentes estudiadas, se encontró que la gran mayoría de ellas tenían entre 16 y 19 años de edad, con un promedio de 18,6 años, constituyendo las embarazadas menores de 16 años un 9,49% del total del grupo de estudio. Cabe destacar, que la menor edad encontrada fue de 13 años. La presencia de anemia en las embarazadas adolescentes fue de un 49,36%, porcentaje muy similar al obtenido en el grupo control, el cual fue de un 43,67% ($p= 0,31$). Las infecciones del tracto urinario estuvieron presentes en el 13,29% de las embarazadas adolescentes, porcentaje que fue cercano al doble de lo presentado en el grupo control, donde la infección urinaria alcanzó un 6,96%. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p 0,062$). No se encontraron diferencias entre el grupo de estudio y el grupo control tanto para el síndrome hipertensivo del embarazo (10,75% en ambos grupos), como para la diabetes gestacional, presentándose esta última en el 1,26% de las adolescentes, lo que representa la mitad de lo encontrado en el grupo de 20 a 29 años (2,53%). El porcentaje de embarazadas adolescentes que cursaron con una rotura prematura de membranas fue de 14,55%, de las cuales un 8,7% estuvo asociado a parto prematuro. En cambio, la presencia de rotura prematura de membranas en el grupo control fue de 20,25% de las cuales un 9,4% se asoció a parto prematuro ($p= 1,78$). Se encontraron en este estudio 4 casos de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta; dos correspondiente a las embarazadas adolescentes y dos en las embarazadas de 20 a 29 años, constituyendo un 1,26% para cada uno de los grupos. El retardo del crecimiento intrauterino se presentó durante el embarazo en 19 adolescentes (12,02%), y en 9 (5,69%) de las embarazadas de 20 a 29 años. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p= 0,047$). Sin embargo, sólo en un 36,84% de las adolescentes con diagnóstico de RCIU (7 pacientes), y en el 33,33% de las adultas con diagnóstico de RCIU (3 pacientes) éste se confirmó al examen neonatal. Un 9,49% de las embarazadas adolescentes cursó con un trabajo de parto prolongado, porcentaje mayor al encontrado en el grupo control, el cual fue de 5,69% ($p= 0,2$). El trabajo de parto prolongado se asoció principalmente a distocias de posición, desproporción cefalopélvica y dilatación estacionaria. Respecto de la vía de resolución del parto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,0006$) al comparar el grupo de estudio con los controles, siendo mayor el número de partos operatorios en las embarazadas de 20 a 29 años. El porcentaje de partos

normales fue de 81,64% para las adolescentes y de 63,92% para el grupo control; las cesáreas un 10,12% del grupo de estudio y un 25,94% en los controles; y finalmente, el parto por fórceps se presentó en un 8,22% en las adolescentes y en un 10,12% en las pacientes adultas. Un 10,75% de las embarazadas adolescentes presentaron complicaciones durante el parto, las cuales fueron mayoritariamente laceraciones del tracto genital y perineal, y en menor medida extracción dificultosa de hombros y alumbramiento incompleto. En el grupo control, en cambio, la cifra fue menor (5,69%), sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p= 0,1$). Un 8,86% de las embarazadas adolescentes estudiadas tuvo un parto prematuro, cifra que fue casi el doble de la reportada en el grupo control con un 4,43% ($p= 0,11$).

El porcentaje de recién nacidos pequeños para la edad gestacional fue mayor en el grupo de estudio que en el grupo control, obteniéndose cifras de 12,02% y 6,96%, respectivamente. Los niños adecuados para la edad gestacional fueron similares en ambos grupos; con un 82,91% para los del grupo de estudio y un 86,70% para los controles. En cuanto a los recién nacidos grandes para la edad gestacional, el porcentaje en las embarazadas adolescentes fue de 5,06% y en las embarazadas de 20 a 29 años, de 6,32%. Ninguno de estas diferencias fue estadísticamente significativa.

La frecuencia de recién nacidos de bajo peso en las adolescentes embarazadas fue el doble a las encontradas en el grupo control, con porcentajes de 6,32% y 3,16%, respectivamente ($p= 0,18$).

En cuanto al Apgar al nacimiento, igual número de recién nacidos en ambos grupos tuvo un puntaje menor de 7 al minuto de vida (6,32%). (DIAZ, 2012)

En el siguiente estudio cuantitativo retrospectivo descriptivo, en el servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues, los datos del año 2008 fueron obtenidos del Departamento de Estadística. Objetivo: Determinar la frecuencia de complicaciones obstétricas en adolescentes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo en el año 2008. Materiales y Métodos: se revisó todas las historias clínicas del servicio de Obstetricia del Hospital Homero Castanier Crespo, que registraron a gestantes adolescentes en el año 2008. La muestra fue tomada de estas historias clínicas, y se excluyeron a aquellas que no

presentaron complicaciones. Para la recolección de los datos de las historias clínicas, se utilizó un formulario que fue llenado por la investigadora; luego la información recolectada fue ingresada en el programa Excel y analizada en el programa SPSS. Resultados: el 69.09% de adolescentes embarazadas tuvo entre 17 a 19 años de edad (adolescencia tardía). El 65.5% perteneció a la zona rural. El 43.64% ha estudiado la secundaria incompleta. El 40% son casadas. Dentro de las complicaciones obstétricas, la cesárea se presentó en 92 casos (41.82%), la infección de vías urinarias en el 30.91%, la amenaza de parto pretérmino representó el 10%; mientras que el parto pretérmino se presentó en el 2.73%; la ruptura prematura de membranas y la desproporción cefalo pélvica constituyeron el 8.64%, la preclamsia representa el 4.55%, el desgarro perineal grado II se presentó en el 1.82%. El aborto diferido con el 3.64%, seguido del aborto incompleto 2.73%, aborto completo 2.27%, la amenaza de aborto representó el 1.82%, el aborto en curso en el 0.91%. No se presentaron casos de aborto inevitable ni aborto séptico. Conclusiones: El embarazo en adolescentes es muy frecuente en nuestro medio, sobre todo en la población de las zonas rurales, casadas y con una instrucción de secundaria incompleta. La complicación que más se presenta es la cesárea (LOPEZ, 2009)

Se realizó un estudio donde se consideró como objetivo general identificar el uso de alcohol y los factores asociados en adolescentes embarazadas en el municipio de Teresina, estado de Piauí, Brasil. Se trata de un estudio transversal con 256 adolescentes embarazadas cuyos datos fueron obtenidos por medio de formularios con preguntas referentes a variables socioeconómicas, de embarazo y características del consumo de alcohol y aplicación del Alcohol Use Disorders Identification Test, instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para rastreo del uso excesivo de alcohol. Se realizó un análisis estadístico descriptivo: prueba chi-cuadrado y odds ratio. El estudio apunta una prevalencia de 32,4% para el uso de alcohol en el embarazo de adolescentes. De estas 36,1% poseen puntaje compatible con el uso de riesgo. Los factores asociados a mayor riesgo de uso de alcohol en el embarazo son: no poseer compañero, renta inferior a 1 salario mínimo, no tener religión, realizar hasta 3 consultas de prenatal, haber sufrido violencia y uso de alcohol en embarazos anteriores se identificó una alta prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes embarazadas y diversos factores de riesgo que participan de este proceso. Estos datos

reflejan la necesidad de que el enfermero utilice tecnologías de rastreo del consumo de alcohol en el período de embarazo y utilice estrategias de promoción de la salud en grupos de adolescentes. (VELOSOS, 2013)

El siguiente estudio que tuvo como objetivo general investigar la asociación del embarazo en la mujer adolescente con un resultado adverso en la morbilidad materna y del recién nacido. En este estudio poblacional de cohorte. Se tomó la base de datos de la Red Perinatal de la Secretaría de Salud de Bogotá, en la cual están registrados los datos de atención del embarazo y parto de los hospitales públicos adscritos. Se incluyeron mujeres nulíparas entre 10 y 29 años atendidas entre el 1 de septiembre de 1998 al 31 de diciembre de 1999 en la red de hospitales adscritos a la Secretaría de Salud de Bogotá (n = 8.045). En el análisis de cohorte se estableció si había asociación de la edad con cada una de las variables analizadas, mediante el cálculo de riesgo relativo (RR). Se reportan los RR con sus respectivos intervalos de confianza (IC). Los desenlaces evaluados fueron la vía de terminación del parto, ruptura prematura de membranas, pre-eclampsia, peso del recién nacido, prematurez, peso para la edad gestacional, enfermedad de la membrana hialina y puntaje de Apgar a los 5 minutos. El ser adolescente es un factor protector que disminuye el riesgo de terminación del parto por cesárea (RR 0,85 IC95% 0,78-0,93) y de presentar preclamsia (RR 0,65; IC95% 0,46-0,91). No se observó ninguna asociación respecto a la ruptura prematura de membranas. Se observó un incremento significativo de la morbilidad neonatal en las madres menores de 15 años. Variables que demostraron relación con la edad materna fueron prematurez (RR 1,88 IC95% 1,14 – 3,11), pequeño para la edad gestacional (RR 2,09; IC95% 1,24 – 3,52) y bajo peso (RR 1,61 IC95% 1,12 – 2,32). En el análisis por grupos de edad las adolescentes de 10 a 19 años tienen una menor probabilidad de requerir cesárea y de presentar hipertensión inducida por el embarazo, que las mujeres entre 20 a 29 años. Los recién nacidos de adolescentes menores de 15 años tienen riesgos significativamente mayores de presentar prematurez, bajo peso y de ser pequeños para la edad gestacional, en comparación con los neonatos de madres de 15 a 29 años. (AMAYA, 2012)

El embarazo en la adolescente desde su inicio significa riesgo para su salud y la de su hijo, la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, no acuden

tempranamente a recibir atención prenatal. Objetivo: Demostrar la eficacia de la intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia. Método: Se realizó un estudio de intervención educativa en la Aldea Santa Isabel de Guatemala del área de salud Petén-Sur occidental con previa caracterización de la misma, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2006. El universo de estudio fue de 146 adolescentes de ambos sexos, con edades entre 10 y 19 años, previo consentimiento informado. Se exploraron los conocimientos antes y después de la intervención y se evaluaron los resultados obtenidos. Resultados: El grupo de edades que predominó fue el de 16 a 17 años con un 43,8 %, con pareja sexual sin estabilidad para un 47,9 %, prevaleció el conocimiento inadecuado sobre los métodos anticonceptivos y de los factores de riesgos psicosociales. Conclusiones: La intervención educativa aplicada demostró ser eficaz. (LLANES, 2013)

1.2 FUNDAMENTACIÓN TEORICA

1.2.2 DEFINICIÓN DE ADOLESCENTES

1.2.2.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como “el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica y fija sus límites entre los 10 y 20 años”⁴. Considerada también como un período 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. (OMS, 2012)

1.2.2.2 Etapas del adolescente

Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el período peri-puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. 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 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.

Adolescencia tardía (17a 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. 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"

1.2.2.3 Cambios en la adolescencia

Cambios generales experimentados durante la adolescencia.

Cambios físicos:

Durante los años de primaria, las niñas son tan grandes o hasta más grandes que los niños de su grupo. Entre los 11 y los 14 años, en promedio las niñas son más altas y tiene mayor que los niños de su edad. La diferencia en el tamaño puede darle a las niñas ventaja en las actividades físicas, aunque algunas pueden presentar algún conflicto y, como resultado, menospreciar sus capacidades físicas. Sin embargo, la diferencia en el ritmo de crecimiento es más pronunciada al principio de la pubertad.

La pubertad no es un acto aislado, sino una serie de cambios que abarcan casi todo el organismo. El resultado final de todos estos cambios es la capacidad de reproducción.

Generalmente, las niñas comienzan la pubertad dos años antes que los niños y alcanzan su estatura máxima a los 16 años, la mayoría de los niños siguen creciendo hasta los 18 años. Para una joven normal, la adolescencia comienza con el desarrollo de los senos entre los 10 y 11 años y dura aproximadamente 3 años. En tanto que ésta es la edad promedio, el rango de edad en que se presenta es de 9 a 16 años. El 80% de las niñas tienen su primera menstruación entre los 11 y medio y los 14 años y medio. Para el joven normal, su desarrollo comienza entre los 11 y 12 años. En general, los muchachos son más variables que las muchachas en lo que se refiere al momento en que se presentan estos cambios físicos de la adolescencia. El tiempo que se necesita para que se presenten todos los cambios de la pubertad varía más en los hombres y el rango de las diferencias en la estatura y el peso, al final de la pubertad, es mayor para los hombres que para las mujeres.

Los cambios físicos que se presentan en la adolescencia tienen efectos importantes sobre la identidad del individuo.

Los psicólogos se han interesado, en particular, en las diferencias sociales, académicas y emocionales descubiertas entre los adolescentes que maduran prematuramente y quienes tardan más en ello.

Primero, parece que la maduración temprana trae ventajas académicas. Por lo general, los estudiantes que son físicamente maduros tienden a obtener calificaciones más altas en los exámenes de capacidad mental que otros estudiantes de la misma edad pero menos maduros. Segundo, la maduración temprana parece tener ciertas ventajas especiales para los jóvenes. Es más probable que estos disfruten de un nivel socioeconómico más alto, suelen ser los líderes y más populares. Por otro lado, los jóvenes de maduración tardía pasan malos ratos. Además, debido a que las mujeres maduran antes que los hombres, hasta los jóvenes que maduran tardíamente se han desarrollado por completo para cuando los jóvenes de maduración tardía terminan su desarrollo. El último en salir de la infancia podría pasar muchos años rodeado de compañeros maduros. Éstos jóvenes suelen ser menos populares, y más ansioso de atención.

Esta situación parece ser injusta, en especial debido a que es muy poco lo que puede hacer el individuo para cambiar su reloj genético. Sin embargo, posteriormente estos jóvenes tienen ciertas compensaciones.

Algunos estudios muestran que, en la edad adulta, los hombres que maduraron antes tienen un pensamiento menos creativo y menos flexible, en tanto que los que maduraron tardíamente son más creativos, perceptivos y tolerantes. Quizás las tentativas y las ansiedades originales por la madurez tardía ayuden a algunos jóvenes a resolver mejor los problemas.

Para los jóvenes, la maduración física temprana parece ser menos importante para determinar el nivel social. Sin embargo, el que maduren más rápido que sus compañeros puede ser una desventaja.

Ser más grande que todos los compañeros del grupo no es una característica que se valore en nuestra cultura. Quizá la niña que comienza a madurar antes, será la primera en pasar por los cambios de la pubertad. Esto no puede ser muy preocupante para algunos, en especial si no están preparadas para estos cambios o si los amigos la molestan. Parece que las niñas que maduran después tienen menos problemas, sin embargo, tienen miedo que algo malo les pase. Todos los estudiantes pueden beneficiarse al saber que la variabilidad del ritmo de maduración es muy grande.

Cambios fisiológicos.

La pubertad es el período de las grandes transformaciones físicas, sexuales y psicológicas. Puede comenzar a los 10 años y terminar a los 17. La pubertad se sitúa, para la mayoría de los muchachos y muchachas, entre los 12 y 15 años. A partir de ese momento, están preparados fisiológicamente para la reproducción.

No hay que olvidar que al estar completamente sometidos a la influencia de las hormonas que funcionan a toda velocidad, el comportamiento de los chicos y chicas es del más extraño y variado.

Pubertad en las mujeres.

El indicio más importante de la llegada de la pubertad en las chicas es la aparición de la primera regla. Sin embargo, numerosas manifestaciones anteriores nos indican que algo está cambiando en su cuerpo; son las pruebas de que el sistema hormonal se ha puesto en función.

En la parte baja del cerebro se encuentran dos órganos estrechamente relacionados: el hipotálamo, que es el centro de regulación y de control, y la hipófisis, que es el director de todo el sistema hormonal. Hacia los 7 u 8 años, la hipófisis, estimulada por el hipotálamo, se pone en funcionamiento y secreta dos hormonas, la hormona folículo-estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Pero todavía no puede verse el trabajo. Más tarde, con el aumento progresivo de esas dos hormonas, los órganos

sexuales (los ovarios), se ponen en funcionamiento. Estos, que a la vez están estimulados por la FSH y la LH, secretarán dos hormonas femeninas: los estrógenos y la progesterona. Todo este trabajo se hace lentamente, de manera que poco a poco los órganos genitales femeninos van madurando para poder llevar a cabo la instalación de la función reproductora.

El primer papel de los estrógenos (que son las hormonas secretadas por los ovarios) es el de hacer aparecer el vello y ordenar el crecimiento de los pechos. Todo este proceso se lleva a cabo con el siguiente orden:

Aparece el vello púbico alrededor de los labios mayores y se observa también cómo sobresale ligeramente la papila de la mama. Mientras el vello que recubre el pubis se va espesando, despuntan ya los botones de los pechos. Los senos crecen progresivamente pero todavía no se desarrolla el pezón ni laaréola. El pecho se forma con laaréola (es la zona de piel que es algo irregular que rodea el pezón), que se extiende y se oscurece, y el pezón, que aumenta de tamaño y sobresale; el vello del pubis se hace más espeso y se extiende. Suele ser en ese momento cuando llega la primera menstruación. Los pechos se desarrollan completamente, se marcan con precisión los contornos y aparece vello en las axilas. Estas transformaciones tardan como dos años.

La pubertad en los hombres.

Cuando el muchacho tiene la primera eyaculación (que es la primera expulsión de semen fuera del pene), puede considerarse que ha entrado en la pubertad. Corresponde a la primera regla de las mujeres, pero hasta que el cuerpo de los chicos puede llegar a ese estado de cosas ha de pasar un tiempo más largo, unos 3 años, aproximadamente.

La edad puede ser de igual manera una cuestión bien variable, la pubertad puede comenzar a los 14 o 15 años y continuar hasta los 18 o 20 años; también influye la herencia, pero es más difícil que los padres se acuerden de su primera eyaculación, ya que no es tan evidente como la primera regla.

La hipófisis, es una pequeña glándula situada en la base del cerebro, al ser estimulada por el hipotálamo segrega una hormonas, la hormona foliculoestimulante (FHS) y la hormona luteinizante (LH). La acción de estas dos hormonas hipofisarias se realiza, en los hombres, en los testículos, produciendo el mismo resultado que hemos observado en el desarrollo de las mujeres: la maduración de los órganos genitales que hace posible la reproducción.

La FSH multiplica y hace madurar las células germinales que se encuentran en los testículos. Éstas se convertirán en espermatozoides. Las glándulas anexas, como por ejemplo la próstata, se encargan de que los espermatozoides sean aptos para la fecundación.

Por otro lado la LH hace que los testículos secreten una hormona masculina, la testosterona, que da los caracteres masculinos. En los hombres, y a diferencia de las mujeres, la formación de las células germinales no se produce de forma cíclica (que ocurre en ciclos), sino es permanente a lo largo de la vida.

La secreción de hormonas masculinas se mantiene en constante equilibrio, así, cuando la tasa de testosterona sube en la sangre, la secreción de LH es frenada por la hipófisis y viceversa.

Las transformaciones de las marcas sexuales en el muchacho ocurren de acuerdo a las siguientes etapas:

- A los 11 años, según el promedio (9 a 13 años), el pene y los testículos tienen la misma medida que los de un niño de 4 o 5 años; quizás puede verse un leve vello en el pubis.
- A los 12 años (promedio entre 10 y 14), los testículos comienzan a aumentar de volumen, los pelos del pubis se hacen más visibles aunque aparezcan de una manera dispersa o clara, el pene no varía de tamaño.

- Hacia los 13 años (promedio entre 11 y 16 años) el vello púbico se hace más denso, rizado y espeso, ocupa más superficie; el pene comienza a alargarse, los testículos continúan aumentando su volumen, que se multiplicará por 8 en 3 años aproximadamente.

La zona del vello forma un triángulo, es casi como la del adulto pero ocupa menor extensión. El pene se alarga, el glande aumenta de tamaño y se hace cada vez más estimulante (pueden producirse algunas erecciones involuntarias, no seguidas de eyaculaciones, desde muy temprano), la piel toma otro color y se forman algunos pliegues o bolsas que poco a poco se hacen más oscuras y gruesas.

- Aparecen las primeras eyaculaciones, pero la pubertad no se completa hasta que no se alcancen los 17 o 18 años (media 15 y 21 años), cuando los órganos genitales en su forma y enmarcación sean como los de adulto.

Caracteres sexuales secundarios:

La muda: El cambio de voz, pues, se debe a la acción de la testosterona. La forma de la laringe se altera avanzándose un poco.

La barba: cuando el mentón se oscurece y el bigote se marca un poco, quiere decir que la pubertad ya está terminando.

Los vellos: Abajo de las axilas crecen bastante tarde, primero se extiende por el estómago hasta el ombligo, más tarde en la parte inferior de las piernas y por encima de los testículos y el pene; ya pasada la pubertad crecen vellos en el pecho, en las manos y en la espalda.

Cambios emocionales.

Los adolescentes se encuentran ante un dilema, atormentados entre las ganas de volar con sus propias alas y el miedo a soltarse de la mano de sus papás. Que se oponen, que tienen que aguantar el mal humor, pero eso es normal. La adolescencia es un período de malestar, en el que se plantean grandes dudas, contradicciones, excesos de todo

tipo, que son necesarios en esta etapa que sirve para afirmarse. Ser indulgente (fácil de perdonar), no llevarles la contraria, ayudarles a describir su personalidad, sus valores de adulto, esta es la única manera de vivir esta etapa, entre padres e hijos, de una manera enriquecedora. El camino puede ser más o menos doloroso, rápido, o frenado por tentativas inciertas. Hay que saber escuchar para poder evitar a tiempo depresiones u otros extremos como son fugas, afiliaciones secretas o hasta llegar al peor de los casos: tentativas de suicidio.

Al mismo tiempo que hay que asumir, aunque sea bueno o malo, las transformaciones de su cuerpo, el adolescente descubre que tiene que hacer una cosa más y que es muy importante: hacerse cargo de su vida personal.

El adolescente se da cuenta de que ya no puede seguir así, siendo el niño o la niña que obedece a sus papás. Pero ya no es un niño, pero tampoco un adulto, y entonces entra en la crisis de identidad, porque no sabe quién es; le hace falta descubrir a cualquier precio cuáles son sus puntos de referencia y para ello pasará por varias etapas como la duda, el rechazo, la provocación, las experiencias, la ansiedad, etc.

Los cambio de humor.

Los adolescentes suelen ser malhumorados y regañones, por una cosita se hunden de tristeza, se vuelven coléricos, furiosos y no hay quien los entienda. Los adultos no saben que decirles y, de repente, ya están risueños, simpáticos, cariñosos, etc.

Los cambios frecuentes de humor pueden tener raíz fisiológica debida a las descargas de hormonas que se vierten en el organismo (como cuando las mujeres tienen su menstruación), o también causas psicológicas. Les sacan de quicio todas esas razones tan convencionales sobre las que se apoyan tantos padres. Los adolescentes son seres insatisfechos y se pueden comprender por qué: están descontentos con ellos mismos, cuando no logran saber qué hacer, ni que pensar o decir, cuando no logran organizar sus propios impulsos o deseos. Son bastante egocéntricos (que creen que ellos son el centro de atracción) y no les gusta que se les moleste en su manera de vivir.

Los cambios de humor son también un reflejo de lo que viven en su interior; sus problemas de amor, sus decepciones, sus malas calificaciones, la certeza del fracaso les hace volverse gruñones, inquietos, protestones. Hasta la pubertad, las chicas no se preguntaban muchas cosas, porque se veían igual que los chicos. Con la llegada de las primeras reglas, las chavas se dan cuenta de que están obligadas a convertirse en una joven mujer. Se ha definido todo lo que ha podido acercándose a los chicos y tratando de imitarlos. No están muy a gusto, se están volviendo tímidas, sensibles, sueñan con fantasías; deben encontrar un estilo que se pegue a su personalidad. Además, hace falta, que sea capaz de hacer frente al mundo masculino que comienza a mirarla bajo otros aspectos.

Encuentran todo difícil; con todos los modelos que colecciona no puede escoger. De alguna manera, se siente engañada. En efecto, la joven mujer de hoy en día debe ser desenvuelta e inteligente, pero a su vez, dulce y subordinada, deportista pero feminista. Sobre todo no debe ser frígida, pero tampoco de una sexualidad exuberante; debe ser madre y ama de casa, y también estudiar y ganarse la vida. Piensan que es una locura lo que la sociedad moderna pide de ella. Ellas se preguntan todo el tiempo: ¿soy normal?, ¿cómo conciliarlo todo? Desde su infancia, los chicos se ven muy influidos por su estatus de chico; parecerse a una chica sería la peor desgracia. En la adolescencia, los hombres deben descubrir sus dones físicos e intelectuales; debe darse a conocer en el campo del deporte, preocuparse por su cuerpo, compararse con sus compañeros (¿soy guapo?, ¿bastante musculoso?). En la clase, ha de saber rápidamente lo que vale: o es un alumno brillante y tiene un porvenir asegurado, o es un alumno medio y ya no se presenta tan bien su futuro.

Además, es la edad de las experiencias, pone en marcha cierta máquina: su visión del mundo, sobre sus padres (no son tan perfectos como parecían), las chicas (son más complicadas de lo que se creía); en suma, es el gran momento de las hazañas, de las desilusiones, de la formación de la personalidad. Por último lo que hará en su futuro; ha de construirse un proyecto de vida que se base en determinados valores abstractos (amistad, generosidad, cultura, situación social, etc) o concretos (la cuenta bancaria,

la casa, los viajes con los compañeros, la economía familiar, etc). Este proyecto debe realizarse con los medios que están a su alcance, los inconvenientes que se le imponen, lo que trae muchos dolores de cabeza.

Desarrollo Sexual

Es probable que el aspecto más importante del desarrollo durante estos años sea la madurez sexual. Los adolescentes sexualmente maduros tienen el equipo necesario para las relaciones sexuales, sin embargo, en las culturas modernas, pasan por un largo período de educación o de entretenimiento antes de que la sociedad los considere preparados para el matrimonio. El efecto emocional de las experiencias sexuales durante este período puede tener repercusiones en la escuela, tanto en los estudiantes que intervienen, como en los compañeros que se enteran de sus experiencias. En décadas pasadas, era más probable que los hombres tuvieran relaciones sexuales antes del matrimonio. Actualmente, cerca del 60% de los adolescentes solteros, sean hombres o mujeres, han tenido relaciones sexuales antes de los 19 años.

Conforme sus cuerpos maduran sexualmente, los adolescentes deben realizar algunos ajustes emocionales y psicológicos. Su posición respecto a lo que significa ser hombre o mujer se ha desarrollado durante años, quizás desde su infancia. Ahora, deben empezar a consolidar su identidad sexual y sentirse a gusto con ella.

Es posible que los maestros tengan estudiantes de muy diversos tamaños, madurez, y conocimientos sexuales. Como hemos visto, ser muy distinto a los demás parece ser una ventaja sólo para los muchachos que maduran antes que sus compañeros. Para los demás, ser diferente les puede causar problemas en su desarrollo emocional y social.

Muchos jóvenes se extrañan de que los adultos den tanta importancia a la relación sexual: "Para mí, el ligue" ya me va bien; besarse, acariciarse, andar tomados de las manos durante horas y horas, mirarse a los ojos; nos basta con apoyarnos en un árbol y cubrirnos con la sudadera de miradas indiscretas. El resto, para más tarde. El sexo

no les interesa tanto si no salen con alguien, a menudo rechazan la relación sexual hasta que no están seguros de su pareja, a veces, la posponen hasta el noviazgo, hasta el matrimonio hasta acabar los estudios, etc. Al mismo tiempo que dicen que para entregarse a alguien "hay que amar hasta la locura". Y tienen razón. Hacer el amor no es un acto cualquiera, es uno de los más notables, de los más ricos en sensaciones y, para que sea satisfactorio debe estar acompañado de una gran dosis de amor, de sensibilidad, de emoción.

Pero quien dice adolescente dice "frágil", fácil de influir, pronto a todo por habladurías, fanfarronadas o falta de cariño, sobre todo en familias donde reina el desacuerdo, la rigidez o la dejadez. Los adolescentes de estas familias tendrán antes que los otros una vida sexual activa, pero no por eso plena.

En nuestra sociedad en la que el amor es fácil, el placer inmediato triunfan en todos los cines, en todos los rincones de las calles, y en las revistas, no hay que ser inocente y creer que los adolescentes se están protegidos ante los males por siempre y para siempre.

Sabemos que la relación sexual sobreentiende la plena asunción de nuestro cuerpo y sus responsabilidades. Se encuentra justificada en la armonía de dos seres que se consiguen en el tiempo. A menudo, los adolescentes no son los suficientemente maduros para emprender esta experiencia, conocen de una forma imperfecta el funcionamiento de su cuerpo y todavía no han adquirido el sentido de sus responsabilidades ni quieren conocer las consecuencias de sus actos. Muchas veces el "paso a la acción" da lugar a actos fallidos, desencantadores, a veces dramáticos por ser prematuros.

Pero encontramos algunos jóvenes que tienen tendencia a creer que hace falta haber tendido la experiencia de una relación sexual para "ser normales" y situarse en relación a los demás, para darse importancia a los ojos de los demás y para ser aceptado por los demás. La gran pregunta ¿soy normal? Todavía los asusta. La búsqueda de la

uniformidad que se encuentra en la adolescencia y que, una vez más, hemos de lamentar.

Si bien no hay edad para tener la primera relación sexual, los jóvenes no sacarán nada satisfactorio, nada realmente positivo de una relación sexual que se vive precipitadamente "para ser como los demás" o "para saber cómo es", etc. Hay encuestas que revelan que la mitad de los chicos entrevistados declaraban que se habían acostado con chicas a quienes no amaban, y solamente 25% de las chicas lo reconocían.

1.2.2.4 Riesgos del adolescente

- Cada año mueren más de 2,6 millones de jóvenes de 10 a 24 años por causas prevenibles.
- Cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.
- Los jóvenes de 15 a 24 años representaron el 40% de todos los casos nuevos de infección por VIH registrados entre los adultos en 2009.
- En el periodo de un año, aproximadamente el 20% de los adolescentes sufren un problema de salud mental, como depresión o ansiedad.
- Se estima que unos 150 millones de jóvenes consumen tabaco.
- Cada día mueren aproximadamente 430 jóvenes de 10 a 24 años a causa de la violencia interpersonal.
- Se estima que los traumatismos causados por el tránsito provocan la muerte de unos 700 jóvenes cada día.

La mayoría de los jóvenes están sanos. Sin embargo, cada año se registran más de 2,6 millones de defunciones en la población de 15 a 24 años. Un número mucho mayor de jóvenes sufren enfermedades que reducen su capacidad para crecer y desarrollarse plenamente. Y un número aún mayor adoptan comportamientos que ponen en peligro su salud presente y futura. Casi dos tercios de las muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en adultos se asocian a enfermedades o comportamientos que comenzaron en su juventud, entre ellas el consumo de tabaco, la falta de actividad física, las relaciones sexuales sin protección y la exposición a la violencia.

La promoción de las prácticas saludables en la adolescencia y la adopción de medidas para proteger mejor a los jóvenes frente a los riesgos para su salud son fundamentales para el futuro de la infraestructura sanitaria y social de los países y para prevenir la aparición de problemas de salud en la edad adulta.

En 2002, en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas en favor de la infancia, se reconoció la necesidad de "Elaborar y ejecutar políticas y programas nacionales de salud para los adolescentes, así como los objetivos e indicadores correspondientes, para promover su salud mental y física".

Un marco importante para la salud de los jóvenes son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Dos de los ODM son especialmente pertinentes en relación con la salud de los jóvenes.

- El ODM 5 aspira a implantar el acceso universal a la salud reproductiva, uno de cuyos indicadores es la tasa de embarazos entre las muchachas de 15 a 19 años.
- El ODM 6, que apunta a detener la propagación del VIH/sida, incluye indicadores como una reducción del 25% entre los jóvenes, y mide también la proporción de jóvenes de 15 a 24 años con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/sida.

El derecho de todos los jóvenes a la salud está consagrado también en instrumentos jurídicos internacionales. En 2003, el Comité de la Convención sobre los Derechos del Niño adoptó una Observación General en la que se reconocían los derechos y

necesidades especiales de los adolescentes y los jóvenes en materia de salud y desarrollo. Esos derechos y necesidades cuentan además con el respaldo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y del Derecho a la Salud.

- La influencia de los compañeros a veces no genera unas relaciones amistosas y se pueden dar rivalidades e incluso malos tratos, cuyas consecuencias pueden ser difíciles de atajar.
- Su egocentrismo, en ocasiones, le lleva a no reconocer lo positivo de otras propuestas y quedarse anclad@ en sus posiciones.
- Los comportamientos de adolescentes inadaptados y en exclusión social, con poco sentido de la responsabilidad, de pertenencia al grupo y baja empatía (capacidad de ponerse en el lugar del otro).
- Existen otros más peligrosos como los embarazos no deseados, los suicidios, el consumo de drogas y los accidentes de tráfico.

Se trata de cuidar los entornos que rodean al adolescente para ayudarle a un desarrollo íntegro:

- *El contexto escolar* debe dar oportunidades de participación al alumnado, con la elaboración y asunción de normas y valores que inflencie positivamente en sus componentes. Con el impulso de redes de amistad y compañerismo.
- *El contexto familiar* debe propiciar la comunicación y el diálogo, el establecimiento de normas y pautas familiares consensuadas, el afecto y la comprensión.

1.2.2.5 Perfil patológico del adolescente

Problemas sanitarios que afectan a los jóvenes

Se describen a continuación algunos de los principales problemas de salud que afectan a los jóvenes.

Embarazos y partos precoces

Cada año dan a luz unos 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años, lo que supone aproximadamente un 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo. La gran mayoría de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es mucho mayor en las adolescentes que en las mujeres mayores. Cuanto más joven la adolescente, mayor es el riesgo. La formulación y aplicación de leyes que fijan una edad mínima para contraer matrimonio, la movilización de la comunidad en apoyo de esas leyes y un mejor acceso a la información sobre anticonceptivos y a los servicios correspondientes pueden reducir la cifra de embarazos precoces. A las adolescentes que quedan embarazadas se les debe proporcionar una atención prenatal de calidad y atención calificada en el parto. Si la ley lo permite, las adolescentes que deciden interrumpir su embarazo deben tener acceso a servicios de aborto seguros.

VIH

En 2009 la población de 15 a 24 años sufrió aproximadamente el 40% de los casos de infecciones nuevas por VIH registrados entre los adultos en todo el mundo. Cada día se contagian 2400 jóvenes, y a nivel mundial hay más de 5 millones de jóvenes afectados por el VIH/sida. La juventud ha de saber cómo protegerse y debe tener los medios necesarios para ello. Eso incluye preservativos para prevenir la transmisión sexual del virus y agujas y jeringuillas limpias para quienes se inyectan drogas. En la actualidad, entre los jóvenes, solo el 36% de los hombres y el 24% de las mujeres tienen conocimientos amplios y correctos para protegerse contra el virus. Un mejor acceso al asesoramiento y las pruebas del VIH permitirá informar a los jóvenes sobre su serología, les ayudará a obtener la atención que necesitan, y evitará una mayor propagación del virus. Cuando las condiciones sociales, culturales y económicas aumentan la vulnerabilidad de los jóvenes a la infección por VIH, la estrategia de prevención de la transmisión del virus debe abordar también esos factores para ser eficaz.

Malnutrición

Muchos niños y niñas de los países en desarrollo llegan a la adolescencia desnutridos, lo que los hace más vulnerables a las enfermedades y a una muerte prematura. En el otro extremo, el sobrepeso y la obesidad (otra forma de malnutrición, con consecuencias graves para la salud e importantes repercusiones financieras a largo plazo para los sistemas de salud) están aumentando entre los jóvenes, tanto en los países de ingresos bajos como en los de ingresos altos. Una nutrición adecuada y unos hábitos saludables de alimentación y ejercicio físico a esas edades sientan los cimientos de una buena salud en la edad adulta. Además, es importante prevenir los problemas nutricionales proporcionando asesoramiento, suplementos de alimentos y micronutrientes (por ejemplo a las adolescentes embarazadas), y detectando y tratando los problemas (como la anemia) con rapidez y eficacia en cuanto se producen.

Salud mental

En un año cualquiera, aproximadamente el 20% de los adolescentes padecen un problema de salud mental, como depresión o ansiedad. El riesgo se incrementa cuando concurren experiencias de violencia, humillación, disminución de la estima y pobreza, y el suicidio es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes. Propiciar el desarrollo de aptitudes para la vida en los niños y adolescentes y ofrecerles apoyo psicosocial en la escuela y otros entornos de la comunidad son medidas que pueden ayudar a promover su salud mental. Si surgen problemas, deben ser detectados y manejados por trabajadores sanitarios competentes y con empatía.

Consumo de tabaco

La gran mayoría de los consumidores de tabaco que hay en el mundo adquirieron el hábito en su adolescencia. Se estima en unos 150 millones los jóvenes que consumen tabaco actualmente, y esa cifra está aumentando a nivel mundial, especialmente entre las mujeres jóvenes. La mitad de esos consumidores morirán prematuramente como consecuencia de ello. La prohibición de la publicidad del tabaco, el aumento de los precios de los productos de tabaco y la adopción de leyes que prohíben fumar en lugares públicos reducen el número de personas que empiezan a consumir productos

de tabaco. Además reducen la cantidad de tabaco consumida por los fumadores y aumentan el número de jóvenes que dejan de fumar.

Uso nocivo del alcohol

Motivo de creciente preocupación en numerosos países, el uso nocivo del alcohol entre los jóvenes reduce el autocontrol y aumenta las conductas de riesgo. Es una causa fundamental de traumatismos (en particular de los causados por el tránsito), violencia (especialmente violencia doméstica) y muertes prematuras. La prohibición de la publicidad del alcohol y la regulación del acceso al mismo son estrategias que reducen eficazmente su consumo entre los jóvenes. Las intervenciones breves de asesoramiento y apoyo ante los casos de consumo de alcohol pueden ayudar a reducir el uso nocivo del mismo.

Violencia

La violencia es una de las principales causas de defunción entre los jóvenes, sobre todo entre los varones: se estima que cada día mueren 430 jóvenes de 10 a 24 años a causa de la violencia interpersonal. Por cada muerte, se calcula que entre 20 y 40 jóvenes necesitan tratamiento hospitalario por una lesión relacionada con la violencia.

El fomento de una crianza satisfactoria en los primeros años de vida, la enseñanza de aptitudes para la vida y la disminución del acceso al alcohol y a medios letales como las armas de fuego pueden ayudar a prevenir la violencia. La dispensación de una atención efectiva y empática a los adolescentes que son víctimas de la violencia y el apoyo permanente pueden ayudar a paliar las consecuencias tanto físicas como psicológicas de la violencia.

Traumatismos

Los traumatismos involuntarios son la principal causa de muerte y discapacidad entre los jóvenes. Los traumatismos causados por el tránsito se cobran la vida nada menos que de unos 700 jóvenes cada día. El asesoramiento a los jóvenes sobre la conducción prudente, la aplicación estricta de las leyes que prohíben conducir bajo la influencia del alcohol y los medicamentos y un más amplio acceso a medios de transporte público

fiables y seguros son todas ellas medidas que pueden reducir el número de accidentes de tránsito entre los jóvenes. En caso accidente, por otra parte, el pronto acceso a una atención traumatológica eficaz puede salvarles la vida.

Respuesta de la OMS

La OMS desempeña diversas funciones para mejorar la salud de los jóvenes:

- contabilizar el número de jóvenes que mueren y que sufren enfermedades y traumatismos, así como el número de los que adoptan comportamientos que pueden dar origen a enfermedades o lesiones en el futuro. Ello abarca también la evaluación de los factores presentes en la comunidad que entorpecen o favorecen la salud y el desarrollo de los adolescentes;
- determinar las alternativas más eficaces para promover la buena salud entre los jóvenes, prevenir los problemas de salud y responder a ellos cuando se manifiestan;
- desarrollar los métodos e instrumentos que permiten aplicar la evidencia en los países;
- velar por que todas las personas e instituciones puedan aplicar esos instrumentos en los países;
- sensibilizar sobre estos temas al público en general y a los colectivos pertinentes;
- crear una perspectiva común entre los asociados y un sentido de la finalidad también común respecto a lo que debe hacerse;
- apoyar a los países en lo que atañe a la formulación de políticas y programas y a su aplicación, vigilancia y evaluación.

1.2.1 EMBARAZO

1.2.1.1 Definición

La gestación o embarazo, es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. El embarazo se inicia en el momento, de la anidación y termina con

el parto. La definición legal del embarazo sigue a la definición médica. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación, es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito, penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso, se completa cuando la protuberancia y el defecto en la superficie del epitelio se cierran. Esto ocurre entre el día 13-14 después de la fertilización. En 1998, el Comité de Aspectos Éticos de la reproducción Humana y la salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del concepto en la mujer. (SANABRIA, 2008)

Una vez iniciado el embarazo en la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura 40 semanas a partir del fin de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación. Por lo común se asocia a 9 meses. Dentro del útero, el producto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el producto están envueltos en la bolsa amniótica, que está pegada al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido. Y como barrera al ingreso de cuerpos extraños; lo que facilita mucho las relaciones sexuales durante el embarazo, que siguen erotizando a la pareja.

Mientras permanece dentro, el producto de la fecundación, cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está pegada al útero y está unida al producto por el cordón umbilical, por donde recibe alimento.

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto.

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in-vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores. Durante, el segundo

trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado. El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un nacimiento temprano natural o inducido.

1.2.1.2 Cambios en el embarazo

Cambios en el útero

Durante la gestación el útero experimenta una serie de cambios para cumplir dos funciones principales: (ANDALUZ, 2012)

- Albergar al feto, la placenta y la bolsa de líquido amniótico.
- Convertirse en un potente órgano que se contrae y que es capaz de generar la fuerza necesaria para lograr la expulsión del producto en el momento del parto.

El crecimiento del útero se debe a la estimulación hormonal (estrógenos y progesterona), y a la distensión mecánica al adaptarse al crecimiento progresivo del feto, la placenta y bolsa de líquido amniótico.

1. El útero es el lugar donde se va a desarrollar su hijo/a, pesa en condiciones normales aproximadamente 100 gramos y tiene una capacidad de 10 ml, a los 9 meses puede llegar a pesar 1.000 gramos y tiene una capacidad de 5.000 ml.
2. El útero está formado por músculo compuesto por fibras que se contraen y aumentan de tamaño con el crecimiento progresivo de su hijo/a. A partir de las 20 semanas de gestación puede sentir contracciones irregulares no dolorosas, llamadas contracciones de Brandon Hicks que son normales, salvo que lleguen a ser dolorosas lo cual sería motivo de consulta con el especialista ya que podría tratarse de un falso trabajo de parto.

Vagina

Su vagina cambia a un color rojo vinoso, hay un aumento de flujo sobre todo al final del embarazo.

Vulva

- La vulva también adquiere un color violáceo pudiendo aparecer edemas y varices conforme avanza el embarazo.
- Cambios en las mamas o pechos
- Desde la fase más precoz de la gestación y como consecuencia de los cambios hormonales puede notar un aumento de sensibilidad, molestias, tensión y hormigueos en los pechos. Además la región de la areola y el pezón se volverán más oscuros.
- A partir del segundo mes de embarazo las mamas aumentan de tamaño y al final del primer trimestre (4° ó 5° mes) puede salirle una secreción clara si aprieta con los dedos, se trata de un líquido amarillento y espeso llamado calostro.

Peso

Su peso aumentará de forma gradual a lo largo de estos meses en total de 8 a 12 kg, en el primer trimestre debe de ganar un kilo, en el segundo 4 kg y en el tercer trimestre alrededor de 4 kg.

Cambios sanguíneos

En la sangre también se producen cambios, va a existir una anemia fisiológica del embarazo por lo que aumentan las necesidades de hierro.

Piel

En la piel los cambios son debidos a las hormonas. Pueden aparecer manchas en la cara por aumento de la pigmentación, también en areolas, genitales y línea alba.

Estrías

Las estrías pueden aparecer en abdomen, caderas, mamas, debido al aumento de tamaño, son de color rojizas y se producen por la destrucción de las fibras de colágeno.

Corazón

El corazón aumenta su frecuencia cardíaca (latidos por minuto), disminuye la tensión arterial, la circulación sanguínea es más lenta sobre todo en las piernas debido al peso del útero que dificulta el retorno venoso de ahí la aparición de varices en piernas y vulva y el edema en los pies al estar mucho tiempo en pie.

Todo esto contribuye también a la posible aparición de trombosis venosa profunda en la embarazada.

Aparato respiratorio

Va a aumentar el número de respiraciones por minuto, incluso puede percibir una dificultad respiratoria.

Aparato urinario

Va a orinar con más frecuencia debido al aumento del útero que comprime la vejiga y a un aumento de la producción de orina.

Aparato digestivo

En las primeras semanas se van a producir cambios en el apetito, puede aumentar o disminuir, además de cambios en las apetencias de los alimentos. Van a aparecer náuseas y vómitos matutinos debido a la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG).

- En las últimas semanas aparece la pirosis conocida como ardores, consecuencia directa del cambio de posición del estómago por el crecimiento del útero.
- Las encías pueden sangrar con facilidad y provocar gingivitis.

Es muy frecuente el estreñimiento por la disminución de la motilidad del intestino por la acción de la hormona progesterona, la compresión del intestino sobre el útero y la falta de ejercicio.

En el año pueden aparecer hemorroides sobre todo a final del embarazo como consecuencia del estreñimiento, dificultad del retorno venoso y la compresión uterina. Sistema musculoesquelético. Lo más característico es la lordosis progresiva, se trata de un mecanismo compensador del aumento de peso en la parte anterior del cuerpo, es decir, se arquea la columna, estos cambios pueden producir dolores de espalda sobre todo al final del embarazo y una forma de andar característica llamada “marcha de pato”.

Cambios psicológicos

A principio del embarazo es normal que experimente cambios frecuentes en sus sentimientos y en su estado de ánimo, es una reacción frecuente debida a las transformaciones que van a producirse en su vida con el nacimiento de su nuevo hijo/a. Puede sentirse irritada y sufrir cambios frecuentes de humor, además pueden aparecer temores respecto al nuevo hijo/a. No todas las mujeres se sienten de la misma forma, depende de su carácter, de las circunstancias que le rodean y del apoyo que disponga en cada momento. Se producen sentimientos de ambivalencia, alegría, tristeza, ilusión, rechazo, inquietud, preocupación, etc. Puede que se sienta más necesitada de compañía y muestras de cariño de su pareja, familia y amistades. En el segundo trimestre es normal que se sienta más tranquila. La experiencia de sentir a su hijo/a le ayudará a olvidar sus temores. En el tercer trimestre al acercarse el momento del parto pueden aparecer las inquietudes, estará impaciente y a la vez preocupada por cómo será el parto, si su hijo/a nacerá sano y si será capaz de cuidarlo adecuadamente y sobre todo deseando conocer y tocar a su bebé.

El embarazo también va a provocar cambios en su entorno familiar y social. La relación con su pareja puede verse alterada ya que él también puede experimentar sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y al futuro hijo/a, desde temores y preocupaciones hasta alegrías, satisfacción y orgullo. Es posible que en algunos momentos se sienta en un segundo plano, incluso puede tener sentimientos de celos al pensar que no le presta la misma atención. Por todo esto es fundamental que mantengan una buena comunicación, que preparen juntos la llegada de su hijo; compartir las

emociones y decisiones será beneficioso ya que ser padres es cosa de dos. Conviene buscar ayuda en otras personas de su ámbito familiar y en sus amigos, los abuelos pueden constituir una importante ayuda durante su embarazo y sobre todo después del parto.

En caso de que no sea su primer hijo, los hermanos/as pueden vivir con cierta dificultad la llegada del nuevo bebé, ya que van a recibir menos atención por su parte. Para ayudarlos a adaptarse a la nueva situación, es importante que se sientan partícipes del embarazo y cuidados del nuevo miembro de la familia, procuren contestar a sus preguntas y dudas, consúltenles las decisiones y sobre todo no haga coincidir el nacimiento con cambios bruscos para ellos (guarderías, sacarlos de su habitación, etc.). Deben tener paciencia y ser comprensivos con las reacciones y comportamientos inadecuados, pues lo único que pretenden es recuperar la atención perdida y recuerden que todo proceso de adaptación lleva su tiempo.

1.2.1.3 Molestias durante el embarazo

La primera señal de estar embarazada, normalmente es la ausencia de regla, pero no es un síntoma definitivo ya que puede sufrir desajustes en su periodo menstrual producidos por otras causas (estrés, enfermedades, etc.).

Náuseas y vómitos

Como ya hemos visto anteriormente son los síntomas más frecuentes durante el primer trimestre. Las náuseas afectan al 70-85 % de las embarazadas y los vómitos al 50 %. Suelen aparecer con más frecuencia por la mañana.

Las náuseas y vómitos suelen desaparecer a partir de las 20 semanas y se asocian a un menor riesgo de abortos.

Para aliviar estos síntomas existen medidas dietéticas:

- Hacer comidas más frecuentes con menos cantidad.
- Tomar un alimento rico en hidratos de carbono (pan, patata, cereales, etc.) al inicio de las comidas, por ejemplo una rebanada de pan.

- Tomar los alimentos a temperatura ambiente, porque así desprende menos aroma.
- Evitar alimentos no apetecibles.
- Aumentar la ingesta de líquidos.
- Pirosis y acidez

Aparecen en el 70 % de las embarazadas y se producen por la disminución del tono del esfínter esofágico y por el aumento de presión debido al crecimiento del útero.

Puede aliviar estos síntomas con las siguientes recomendaciones:

- Haga pequeñas comidas cada 2-3 horas.
- Evite acostarse después de las comidas.
- Evite comidas y bebidas muy calientes.
- Evite las frutas en ayunas.

Estreñimiento

Es muy frecuente sobre todo al final de la gestación, debido a la disminución de la motilidad gastrointestinal y al retraso del vaciado intestinal que produce la presión del útero.

Formas de aliviarlo:

- Tome al menos 1,5 litros de agua al día.
- Debe incluir en la dieta diaria frutas con su piel y verduras.
- Tome legumbres, frutos secos, pan y cereales integrales.
- Realice ejercicio adecuado a su situación.

Hemorroides

Son debidas al aumento de la presión venosa por la compresión del útero.

Medidas para aliviarlas;

- Evite el estreñimiento.

- Evite periodos prolongados de pie o sentada.
- Debe mantener limpia la zona perineal (entre la uretra y el ano).
- Para aliviar el dolor puede hacer baños de asiento en agua tibia 2 ó 3 veces al día.

Edemas

Se producen por la presión que ejerce el útero sobre la vena cava, dificultando el retorno venoso y también por la retención de líquido que se produce durante el embarazo.

Aparece principalmente al final del día y desaparece con el reposo (piernas elevadas).

Varices

Son venas dilatadas que aparecen sobre todo en las piernas. Se producen por la compresión del útero sobre la vena cava y por las alteraciones de las paredes de las venas producidas por la acción de las hormonas y el aumento del volumen de sangre. Pueden producir síntomas como dolor, pesadez, calambres nocturnos, hormigueo, etc.

Consejos para prevenirlas:

- Camine diariamente.
- Evite estar demasiado tiempo de pie o sentada.
- Evite las prendas ajustadas tipo calcetín, media, fajas.
- Eleve las piernas cuando esté en reposo.
- Puede utilizar medias elásticas, consultando antes con su médico.

Dolor lumbar

Muchas mujeres van a padecer dolores de espalda sobre todo al final del embarazo. Son debidos al aumento de la curvatura de la columna vertebral por el aumento de peso del abdomen, estos dolores se pueden aliviar manteniendo una buena higiene postural, por ejemplo:

- Coloque espalda y nuca en línea recta.
- El punto de apoyo del abdomen debe ser las nalgas.
- El peso debe llevarse repartido por todo el pie y no sólo en los talones.

- Descanse cuando pueda.
- Cuide la postura en todas las actividades que realice.
- Calambres en las piernas
- Son sobre todo nocturnos, se producen por contracciones involuntarias y dolorosas de los músculos de la pantorrilla, debido a la compresión de los nervios de las piernas por el útero aumentado de tamaño.

Se pueden aliviar:

- Con masajes suaves.
- Estirando la pierna y flexionando el pie hacia arriba.
- Aplicando bolsa de agua caliente o paños calientes.
- Manchas en la piel.

Se debe a una hiperpigmentación muy común en las embarazadas. Aparece sobre todo en las zonas expuestas al sol (cara, cuello), suele desaparecer después del embarazo.

Para prevenirlas:

- Evite la exposición al sol.
- Utilice protección solar.

Mareos

Puede notar mareos cuando esté mucho tiempo de pie, cuando haga un cambio brusco de posición Este tipo de mareo es debido a que la tensión arterial está más baja de lo habitual durante el embarazo y estos tipos de movimiento hacen que baje algo más la tensión.

Algunos consejos:

- Realice ejercicio moderado.
- Evite cambios bruscos de posición.
- Evite lugares excesivamente concurridos y calurosos.

Dolor abdominal

A partir de la segunda mitad del embarazo puede notar como su abdomen se pone duro, esto es porque su útero se contrae y se prepara para el momento del parto. Estas contracciones no son dolorosas y suelen ceder con el reposo. En caso de ser dolorosas, continuas y no ceder con el reposo, será motivo para acudir al médico.

Dolor pélvico

En las últimas semanas de embarazo puede sentir un pinchazo o tirón encima del pubis cuando camine o cambie de posición, es debido al estiramiento de los ligamentos como consecuencia del aumento de tamaño del útero. Suelen ceder:

- Con el descanso
- Evitando los movimientos bruscos.

Micciones más frecuentes

Son debidas a la presión del útero sobre la vejiga. Esto va a provocar que tenga que ir con más frecuencia a orinar e incluso despertándole durante la noche. No existe ninguna medida para prevenirlo. Si se acompaña de molestias al orinar y/o dolor por encima del pubis, consulte a su médico ya que podría tratarse de una infección de orina frecuente en las embarazadas y necesita tratamiento médico, para evitar complicaciones más graves.

1.2.1.4 Cuidados durante la gestación

Alimentación

Durante el embarazo las necesidades nutricionales serán ligeramente mayores, pero esto no significa que tenga que comer por dos. La alimentación debe ser completa y variada, nunca abundante. A lo largo del embarazo su peso debe aumentar de 9-13 kilos. Debe aumentar en su dieta:

- Los alimentos ricos en hierro (hígado, carnes rojas, frutos secos, huevos, lentejas, espinacas, soja).

- Los alimentos ricos en ácido fólico (espárragos, espinacas, aguacates, tomates, fresas, plátanos), ricos en yodo (sobre todo pescados) y ricos en calcio (lácteos), todos necesarios para el buen desarrollo de su hijo/a.
- Los alimentos proteínicos como carne y pescado. Tómelos a la plancha, al horno, hervidos o al vapor, sobre todo en caso de sobrepeso.
- El consumo de frutas, verduras, pan integral, arroz, pastas y legumbres.
- El pescado azul, aceite de oliva, girasol o maíz aportan ácidos grasos esenciales, por eso debe tomarlos regularmente.
- El consumo de leche. Debe tomar de ½ a 1 litro de leche al día a ser posible desnatada (1 vaso de leche equivale a 1 yogur y medio).
- Beba de 1 a 1 ½ litros de agua al día, ya que además de muchos otros beneficios, va a favorecer el tránsito intestinal, evitando el estreñimiento.

Debe reducir en su dieta:

- El consumo de los alimentos con excesivas grasas de origen animal, como tocino, mantequilla, embutidos, etc.
- El consumo de comidas con mucho azúcar, como pasteles, dulces y sobre todo la bollería industrial.
- Evite comer carne cruda o curada como el jamón.

Su dieta debe ser:

- Variada.
- Equilibrada.
- Fraccionada (al menos 5 comidas al día).
- Horarios regulares.
- Desayunos abundantes.
- Pobre en grasas saturadas y rica en ácidos grasos esenciales.
- Preferiblemente consuma alimentos frescos y de elaboración sencilla, limitando los precocinados y enlatados.
- Modere el consumo de rebozados y frituras.
- Aumente la ingesta de fibra.

- Asegure una adecuada ingesta de lácteos pobre en grasas (desnatados y semidesnatados).

Higiene y belleza

Durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal, por eso debe cuidar su higiene personal, es recomendable la ducha diaria con jabones suaves y neutros y posteriormente el uso de una crema hidratante para el cuerpo sobre todo en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento (abdomen, pecho y muslos). En las piernas para prevenir las varices puede alternar agua fría con caliente, termine siempre con agua fría. Es muy importante que se cepille los dientes y la lengua después de cada comida con un cepillo suave para evitar el sangrado de las encías. Evite la depilación con cera caliente que favorece la aparición de varices, utilice cera fría, pinzas o aparatos eléctricos.

La higiene íntima; lo mejor es que se lave los genitales externos durante la ducha, si necesita hacerlo más de una vez, hágalo sólo con agua, además los lavados vaginales no son recomendables ya que pueden alterar el Ph y favorecer las infecciones. Utilice ropa interior de algodón cambiándose siempre que lo necesite, no es recomendable el uso de salva-slip ya que no deja transpirar la piel con normalidad.

El sol se debe tomar con moderación y siempre usando cremas con factor de protección. En caso de tener manchas no se aconseja la exposición al sol ni cremas despigmentantes.

Ropa y calzado

- Hasta después de los tres meses apenas va a notar cambios externos, salvo el aumento del tamaño del pecho; después si va a necesitar cambiar su ropa habitual.
- Utilice vestidos cómodos y holgados de tejidos naturales.
- Evite todo lo que le oprima la cintura y las piernas (ligas, cinturones) que pueden favorecer la aparición de varices.

- Puede usar un sujetador apropiado para proteger las mamas y que proporcione una buena sujeción, con tirantes anchos y refuerzo en la parte inferior. Se sentirá más cómoda y evitará la aparición de estrías.
- Utilice un calzado cómodo con poco tacón y base ancha para facilitar la estabilidad y el equilibrio

Cuidados posturales

A medida que avanza el embarazo aumenta el peso de su abdomen, lo que hace que se desplace su centro de gravedad y provoque una alteración del equilibrio de su cuerpo. Para compensarla se suelen adoptar posturas incorrectas, como el arqueado excesivo de la zona lumbar que provoca dolor en la zona, cansancio y molestias. Es importante una postura adecuada en todas las actividades diarias y entre otras cosas:

- No permanezca de pie y quieta durante mucho tiempo.
- Cuando camine y esté erguida mantenga recta la espalda.
- Cuando se siente apóyese en el respaldo, utilice cojines si fuera necesario.
- Al agacharse hágalo doblando las rodillas, nunca inclinando la espalda.

Sueño y descanso

- El descanso y el sueño son fundamentales durante la gestación.
- Es recomendable que duerma de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas, preferiblemente sobre el lado izquierdo.
- Evite la posición boca arriba cuando el útero esté muy grande, ya que puede provocarle mareos incluso disminuir la oxigenación de su hijo/a debido a la compresión que ejerce su útero sobre los grandes vasos.

Conforme avanza el embarazo resulta difícil encontrar una postura cómoda, utilice cojines para estar más incorporada, quizás se encuentre más cómoda y resulte beneficioso para su hijo/a.

Ejercicio

Durante el embarazo va a tener menor tolerancia al ejercicio físico, por eso es conveniente que realice ejercicio moderado de forma regular que le va a proporcionar bienestar físico, mejora en el sueño, en la circulación, en el tono muscular y además evita el excesivo aumento de peso.

Nunca deportes violentos de saltos, competición o que causen fatiga; en las clases de educación maternal que se imparten en su Centro de Salud le enseñarán ejercicios específicos que le ayudarán a la hora del parto.

Es recomendable realizar los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del suelo pélvico que se debilitan por el embarazo y el parto, pudiendo causar pérdidas de orina. Estos ejercicios se deben practicar antes, durante y después del embarazo varias veces al día ya que no necesita ninguna preparación ni lugar especial, pudiendo realizarlo en cualquier momento del día. Consiste en contraer los músculos del periné durante unos segundos y relajarlos (es algo parecido a lo que hacemos cuando interrumpimos la eliminación de orina).

Relaciones sexuales

El deseo sexual puede cambiar durante el embarazo dependiendo de la etapa y el trimestre de gestación, no obstante no existe una regla fija ya que en algunas mujeres aumenta y en otras disminuye.

Primer trimestre: durante este período puede influir en el deseo sexual el miedo al aborto tanto en Ud. como en su pareja. La excesiva sensibilidad de las mamas (ya que pueden resultar molestas ciertas caricias), el cansancio, el sueño y la labilidad emocional, pueden hacer disminuir su deseo sexual. Segundo trimestre: ya se siente más tranquila, su embarazo evoluciona favorablemente y esto hace que sea la etapa de mayor deseo sexual. Tercer trimestre: el aumento del tamaño del útero puede hacer más dificultosas las relaciones que junto con el miedo a lastimar al bebé suelen disminuir el deseo sexual. Ante cualquier duda o temor al respecto debe consultar a su médico.

Si su embarazo cursa con normalidad no existe contraindicación para no mantener relaciones sexuales con penetración durante todo el embarazo.

Cuando el útero, avanzado el embarazo, comienza a crecer tendrá que ir adaptándose junto a su pareja a la nueva situación modificando algunas posturas que les resulten más cómodas a los dos. Lo importante es disfrutar de su sexualidad plenamente. Se debe evitar el coito cuando existe hemorragia genital, amenaza de aborto, parto prematuro, sangrado tras el coito o rotura de la bolsa y cuando así se lo indique el médico.

Trabajo

El embarazo es compatible con la vida laboral siempre que el puesto de trabajo esté libre de riesgos para Ud. y su hijo/a. Necesita pequeños períodos de descanso a lo largo de su jornada para poder cambiar de postura.

En situaciones especiales si su trabajo exige un esfuerzo excesivo o está expuesta a riesgos ambientales, debe consultar con su médico. Le informará de si existe o no un verdadero riesgo para su salud o la de su hijo/a y le informará sobre sus derechos laborales, ya que la mujer embarazada y lactante tiene derecho a evitar la exposición a riesgos (radiaciones, tóxicos, agentes infecciosos, nocturnidad, etc.) debiendo adaptar las condiciones del trabajo a su situación.

Alcohol, tabaco, drogas y medicamentos

- No debe tomar bebidas alcohólicas ya que pasan directamente a la sangre del feto a través de la placenta. Mejor tomar agua, zumos de frutas, etc.
- No debe fumar durante el embarazo ni lactancia ya que resulta perjudicial tanto para Ud. como para su hijo/a.

- Los hijos de madres fumadoras suelen pesar menos al nacer, además existe mayor incidencia de complicaciones durante el embarazo (prematuridad, aborto, etc.).
- Resulta perjudicial respirar el humo producido por fumadores, por lo que debe evitar lugares cargados de humo aunque Ud. no fume.
- El consumo de drogas es muy perjudicial para su hijo/a, puede producir alteraciones en su desarrollo y malformaciones.
- En caso de tomar cualquier tipo de drogas deberá comunicárselo al médico y él le indicará los pasos a seguir.
- No debe tomar ningún medicamento sin consultar antes a su médico, ya que muchos de ellos pueden causar malformaciones a su bebé. En caso de visitar a otro médico o especialista debe informarles que está embarazada, para que lo tengan en cuenta a la hora de prescribirle un tratamiento o mandarle pruebas diagnósticas.

Otros cuidados importantes

Radiaciones

Debe evitar exponerse a RX o cualquier otro tipo de radiaciones.

Toxoplasmosis

La toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa que si se contrae durante el embarazo puede afectar gravemente a su hijo/a.

Al inicio del embarazo, su médico, mediante una analítica de sangre, verá si ha pasado o no la enfermedad, a veces puede cursar sin síntomas o como un cuadro gripal, de esta forma va a saber si está o no inmunizada y protegida. En caso de que no la haya pasado deberá tomar algunas medidas preventivas para evitar contraerla, como evitar comer carne cruda o poco cocinada, jamón serrano, embutidos, etc., y en caso de comer

este tipo de alimentos debe congelarlos previamente. Además debe lavarse bien las manos después de manipular carne cruda, lavar bien la fruta y verduras que vaya a comer crudas y evitar el contacto con gatos, sobre todo con sus excrementos.

1.3 EMBARAZO EN ADOLESCENTES

1.3.1 Definición según la OMS

El embarazo en adolescentes, está definido según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo que ocurre durante la adolescencia de la madre, el mismo que transcurre entre los diez y diecinueve años de edad, también lo suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

Para Carlos Redondo Figuro, autor del libro *Atención al adolescente*, define el embarazo precoz: “es aquel embarazo que se produce en niñas y adolescentes, que a partir de la pubertad, éstas comienzan el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto capaz de la reproducción sexual, sin significar, que la niña esté preparada para ser madre.” Mientras que en el *Manual de Lactancia Materna*, escrito por Varios autores, considera al embarazo precoz como “un problema de prioridad para la salud pública por el alto riesgo de mortalidad que suele presentar. Los bebés de madres adolescentes, por lo general, presentan bajo peso al nacer y suelen ser prematuros.”

Tomando como referencia los conceptos de los mencionados autores, se puede establecer como conclusión que el embarazo precoz, es en primer término el que ocurre entre los 11 a 17 años de edad, cuando las mujeres tan sólo son niñas o adolescentes, pero desarrolladas sexualmente, implicándoles trastornos psicológicos, problemas para el bebé durante el parto, además, del cuidado muchas veces irresponsable por parte de los padres respecto del nuevo hijo.

En ese sentido y dentro de este contexto la sociedad tiene gran influencia en la aparición de este tipo de embarazo, existen muchas causas que originan los mismos, entre los cuales se menciona la falta de educación adecuada respecto de la sexualidad

y la prevención (métodos anticonceptivos). En otros casos, el embarazo precoz puede ser producto de una violación, es decir, cuando el acto sexual ocurre cuando una menor es obligada a participar del acto sexual en contra de su propia voluntad. El conocimiento sobre la sexualidad es importante, no sólo porque puede ocasionar embarazos precoces, sino por las enfermedades de transmisión sexual, entre las que se estiman las de origen viral, infección por HPV o papiloma virus humano es la más frecuente, y otros no menos importantes.

Los embarazos precoces se han constituido como un problema social que va en crecimiento, donde las adolescentes no están preparadas para afrontar el rol de madre generalmente, y a veces, terminan delegando este papel a las abuelas del niño. Tener un hijo es algo muy bello, pero también exige mucho esfuerzo, responsabilidad sacrificio, lo cual puede perjudicar a la madre si tiene corta edad, en la búsqueda de empleo, el estudio universitario y su vida social.

1.3.2 Factores de riesgo

El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema de salud pública, no solo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo. Como la adolescencia “es una etapa en la cual ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; si la adolescente tiene menos de 15 años se ha observado mayor riesgo de aborto, parto pretérmino o parto por cesárea por inmadurez fisiológica; si es mayor de 15 años, la embarazada tiene el mismo riesgo que una paciente adulta, excepto si está mal alimentada , o si se encuentra en situación de abandono por parte de su pareja o familia”, por otro lado, es posible que la adolescente no esté preparada para asumir emocionalmente el compromiso de un bebé o necesite mayor apoyo.

Diversos autores han estudiado los factores que propician el embarazo en la adolescente, implementando a partir de allí algunas intervenciones preventivas de embarazo no planificado. Sin embargo, la mayoría de estos estudios sólo consideran la información que los adolescentes tienen con respecto a la sexualidad, no

contemplando la perspectiva de las propias involucradas. Lo más frecuente es que el embarazo en las adolescentes sea un embarazo no planificado o no deseado, con consecuencias desfavorables, tanto para la madre como para el niño, aumentando la probabilidad de deserción escolar por parte de la embarazada, el número de niños en el hogar, el desempleo; también se observa una alta proporción de fracaso en la relación de pareja, y la obtención de ingresos inferiores de por vida.

Entre los factores que son relevantes evidentes que propician el embarazo precoz, se mencionan los siguientes:

Pobreza: “Las condiciones de pobreza agudizan este problema, dado que a la escasez de recursos de toda índole, las adolescentes que se embarazan disminuyen las expectativas de prolongar su educación” y por lo tanto la probabilidad de mejorar las condiciones económicas, de esta manera se contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza y la feminización de la miseria.

Falta de conocimiento sobre sexualidad: Se refiere a que existe información, pero escasa, frente a sus necesidades y respecto de cómo prevenir un embarazo. Carencia afectiva: “La familia poco acogedora, corresponde a la que establece una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas y provoca en las adolescentes un sentimiento de soledad, manifestado como solas en su casa”. De igual modo, aquellas familias en que existen conflictos de pareja o entre los padres, se produce situaciones que provoca en las adolescentes sentimientos de incomodidad y culpabilidad, el hecho de discutir frente a los hijos hacen que ellas se sienten mal. Así la adolescente busca evadir esta situación de incomodidad, que la lleva a cubrir estas carencias afectivas fuera de la familia, estableciendo relaciones de pareja con mayor dependencia emocional, lo que hace más probable el contacto sexual sin protección.

Negligencia paterna: Corresponde a aquella dinámica establecida por los padres en la que existe ausencia de límites hacia los hijos, en este caso las adolescentes lo perciben como desinterés, falta de apoyo y una insatisfacción de la necesidad de orientación en temas relevantes para la joven tales como la sexualidad, el consumo de

drogas, entre otros. Existiría una falta de advertencia por parte de los padres frente a los riesgos a los que se expone, esta ausencia de límites se manifiesta en el discurso de los jóvenes, haz lo que quieras, o llega a la hora que quieras.

“Los padres ausentes del hogar constituyen un factor familiar situacional, otorgando a los jóvenes la oportunidad de permanecer solos. Esta situación se produce en aquellas familias en que ambos padres trabajan, también sucede en el período estival, en la playa o el campo, cuando los padres relajan sus límites y permiten que los adolescentes permanezcan sin vigilancia.”

Amor romántico: Se refiere al hecho que las adolescentes justifican la actividad sexual e incluso la aparición de un embarazo, con la existencia de un sentimiento de un amor idealizado.

No uso de anticonceptivos: Se explica por olvido de ingesta, vanidad, dificultades en el acceso, sentimiento de vergüenza para solicitarlos y por falta de responsabilidad masculina.

Irresponsabilidad masculina: Aparece en el discurso que se constituye una atribución externa de las adolescentes, señalando que los varones no asumen responsabilidad en sexualidad, es decir, éstos se lavan las manos.

Límite estrecho familiar: “Corresponde a aquel límite impuesto por la familia que es percibido por las adolescentes con gran restricción para los permisos.” Manifiestan una percepción de falta de autonomía y libertad para la toma de decisiones, especialmente en el ámbito de la vida emocional y social. Además, limita la comunicación de la hija con los padres favoreciendo las relaciones de tipo emocional ocultas. De igual manera, este límite estrecho favorecería la conducta impulsiva del adolescente que la lleva a tomar decisiones inmediatas en cuanto tiene la oportunidad de liberarse. Por otro lado, el límite estrecho familiar se asocia en algunas adolescentes con desconocimiento e ingenuidad respecto del entorno social y los riesgos existentes en éste, lo que las hace más vulnerables.

Ignorancia: Es decir total desinformación.

Violencia: La violencia intrafamiliar se podría convertir en una de las principales causas de embarazo precoz en adolescentes, ya que las jóvenes al ver que en sus hogares hay violencia, tratan de escapar y se topan con varones que las hacen sentirse protegidas y luego se embarazan.

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.

Baja autoestima: Sentimiento de soledad y baja autoestima, el deseo de satisfacer necesidad de reconocimiento y adaptación grupal puede llevar a los adolescentes a iniciarse sexualmente, demostrando poco afecto hacia sí mismo (baja Autoestima) y poca capacidad de tomar decisiones.

Violencia sexual: “Ésta se observa contra las jóvenes de estratos populares, confluyen una serie de aspectos que van desde la supervivencia de valores patriarcales, la repetición de roles observados y vividos en el seno del hogar, hasta la falta de autoridad paterna, la discriminación, y el hacinamiento familiar”, Hay un dato que no aparece en las estadísticas, la cantidad de hogares pobres donde sólo hay una cama, en la que duermen todos los miembros de la familia, a veces hasta siete personas, si a eso se suma que muchas veces el padre biológico ha sido reemplazado por una nueva pareja de la madre, existe un riesgo altísimo de abuso sexual. En muchos casos, a todo ello se suma una historia de abusos y hasta violación sexual perpetrado contra hombres y mujeres cuando eran pequeños. Por su parte, la madre tiende a descargar toda su frustración sobre la niña o el niño que, aprende así, que la violencia es una parte consustancial de su vida.

Relación con los padres: Inadecuada comunicación entre los adolescentes y adultos significantes (padres, maestros, etc.): esto propicia relaciones conflictivas y sentimientos de soledad que pueden impulsar al adolescente a refugiarse en la pareja o amigos.

Migración: Se trata de la migración de los padres, principalmente, suele suceder cuando las jóvenes se trasladan a otras ciudades en busca de trabajo o por mejorar sus estudios, lo que genera en muchos casos los embarazos precoces. Uso de drogas y alcohol: El consumo de alcohol y/o otras drogas, como tabaco, propicia salidas con sus parejas (enamoradas) y cuyo resultado: embarazos a muy temprana edad.

Todos estos factores ejercen una influencia en las manifestaciones de la sexualidad de los adolescentes, cuyo resultado puede ser favorable o desfavorable para la prevención del embarazo. Factores individuales que constituyen un mayor riesgo de inicio temprano de la actividad sexual; donde la familia y su dinámica son relevantes en las conductas del adolescente y fundamentalmente en las manifestaciones de su sexualidad.

1.3.3 Cambios que generan el embarazo precoz

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia. En esta etapa ocurren un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales. En la adolescencia la sexualidad es activada ya que está en el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas afectivas que caracterizan cada sexo, también es el conjunto de fenómenos emocionales y de conductas relacionadas con el sexo que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo, razón por la cual los adolescentes deben entender que esta es una etapa muy difícil donde predomina la rebeldía y todo lo que los padres le dicen está mal, no escuchan consejos y quieren vivir la vida sin que nadie los detenga, pero es necesario comprender que cuando no hace caso a lo que los mayores dicen se llega a cometer errores que marcan nuestras vidas, y cuando se dan cuenta ya es

demasiado tarde, como lo es la drogadicción, la promiscuidad la cual lleva a contraer enfermedades de transmisión sexual o un embarazo por no utilizar los métodos anticonceptivos, el embarazo se puede definir como el período de tiempo de gestación que dura el desarrollo de un nuevo ser dentro de útero de la madre, este cuando es dado en la edad de los adolescentes se le conoce como embarazo precoz ya que se produce en niñas adolescentes a partir de la pubertad, y se ha convertido en un problema de prioridad para la salud pública por el alto riesgo de mortalidad que suele presentar.

“Los adolescentes no son niños ni adultos”, sentencian viejos refranes que sintetizan el saber popular de una realidad común: el tránsito de la niñez a la adultez. Hoy se considera como una etapa de la vida del ser humano en la que ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y conductuales, que requieren de una cuidadosa atención por las importantes transformaciones fisiológicas, emocionales y sociales que finalmente imprimen en la persona el sello de la madurez, con los rasgos característicos del adulto; lo que implica crecer y crecer es cambiar.

Se trata de un proceso vitalicio que se inicia en los brazos protectores de los padres y continúa con la adquisición de matices diversos de autonomía, es decir, que se considera como constante recorrido que demanda comprensión, orientación, apoyo, confianza y diálogo fraterno para evitar equivocaciones que pueden provocar angustias e insatisfacciones y convertirse en un problema de salud, capaz de hacer peligrar la vida de la joven madre y de un nuevo ser de forma irreversible como en el embarazo precoz, cuya morbilidad se mantiene elevada en el mundo; razones que justifican habernos propuesto valorar la repercusión biológica, psicológica y social de la gestación a destiempo.

Es un hecho ampliamente reconocido en el campo de la salud, que la fecundidad presenta mayores riesgos asociados para la madre y su hijo, cuando el embarazo se concibe antes de los 20 años, tanto desde el punto de vista biológico, como psicológico y social, pues el individuo nace y se desarrolla en sociedad.

Cambios psicosociales: Frecuentemente es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento.

1.3.4 Complicaciones de la madre adolescente

Ser madre a temprana edad no es solo un problema social, económica y familiar, sino también médico. Una púber y adolescente que no ha llegado al tope de su desarrollo físico tiene mayores probabilidades de presentar complicaciones durante la gestación y el parto. El embarazo en la adolescencia es casi sinónimo de morbilidad y mortalidad debido a problemas tales como anemia grave, toxemia (hipertensión inducida por el embarazo), placenta previa (la placenta crece más abajo del útero y cubre parte o todo el cuello uterino) o un embarazo prematuro.

En cuanto al bebé, éste tiene de 2 a 6 posibilidades más a nacer con un peso más bajo que el de una madre mayor de 20 años debido a la prematurez y al retraso del cuello intrauterino, que hace que el feto no se pueda desarrollar de manera normal. Otro factor de riesgo durante la concepción en la adolescencia es la propensión de las jovencitas a conductas no saludables, lo que puede incrementar las posibilidades del bebé a morir durante el primer año de vida. Por ello, el cuidado y el control prenatal son vitales en las madres adolescentes.

1.3.5 Consecuencias del Embarazo Adolescente

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

1) Complicaciones somáticas

Para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preclamsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro

Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

2) Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la

pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9%. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos

familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.

1.3.6 Antecedentes Ginecológicos

Conducta sexual:

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. En 8 países participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones antes de los 20 años. En Chile distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales (47% de los hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%), y menor en el alto (17%).

La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción.

La edad media en que se contrae matrimonio es un indicador de las opciones al alcance de las mujeres: cuando pueden elegir, muchas mujeres retrasan el matrimonio para estudiar y/o buscar empleo. Esta orientación al cumplimiento de metas es un factor que favorece un inicio más tardío de la actividad sexual.

Anticoncepción y embarazo adolescente

La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos adolescentes, no más de un 30% usó algún método anticonceptivo en ese período, aduciendo que estaban convencidos que "eso no iba a pasarles", lo no planificado del

momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción, temor a ser criticados si usaban un método anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual.

El uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad, aún en las casadas, con tasas de 9% en Guatemala, 30% en Colombia y hasta 50% en Brasil. Las cifras son más bajas en áreas rurales. Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método de calendario, (no siempre bien utilizados) seguido de la píldora.

La literatura señala que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año. Como factores de riesgo para la recidiva se han identificado: primer embarazo antes de los 16 años, pareja mayor de 20 años, deserción escolar, estar en un nivel escolar menor al que le correspondería, haber requerido asistencia social en el primer embarazo, haber tenido complicaciones durante el primer embarazo, y haber salido del hospital sin conocer métodos de planificación familiar.

Aborto y Mortalidad Materna:

La mortalidad materna de las adolescentes está relacionada con la mortalidad materna general, siendo más alta en los países en que la mortalidad materna total es mayor; contribuyen a ésta, la baja condición social de la mujer, la ausencia de servicios de atención materna, y la falta de aplicación de tecnologías apropiadas.

La mortalidad materna es 50 veces más alta en las adolescentes de América Latina comparadas con las de los Estados Unidos de América y Canadá (cifras entre 15 y 20 en Perú y Ecuador versus 0,4 y 0,1 muertes por complicaciones de embarazo parto y puerperio por 100.000 mujeres de 15 a 24 años). 25 a 30% de la mortalidad materna está determinada por el aborto, siendo la tasa más alta la de Perú, con 4,8.

Establecer la frecuencia real de abortos provocados en la Región de las Américas es difícil. En algunos países, como Cuba y los Estados Unidos, la legislación permite la interrupción del embarazo, mientras en otros la legislación la prohíbe y está penada

por la ley. En Estados Unidos, la razón de abortos para el grupo de menores de 15 años es de 133 por 100 nacidos vivos, cifra que se reduce a la mitad en el grupo de 15 a 19 años (la razón para todas las edades es de 34 por 100 nacidos vivos). En Cuba, 1 de cada 4 abortos se realiza en una menor de 20. Estudios a pequeña escala en Brasil, Colombia y Perú indican que 1 de cada 10 mujeres hospitalizadas por aborto tiene menos de 20 años. En general, un 30% de la mortalidad por aborto en América Latina se produce en mujeres de 24 años o menos.

En cuanto a los aspectos psicosociales, destaca el riesgo de deserción escolar y baja escolaridad definitiva; ello se acompaña, a futuro, de desempleo más frecuente, e ingreso económico reducido de por vida. Asimismo, hay mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. A ello se agrega un mayor número de hijos. Así, el embarazo de la adolescente afecta su proyecto de vida en todos sus aspectos.

Cuidado prenatal

El control prenatal debe ser integral e interdisciplinario. Existen estudios que demuestran que programas que proveen adecuado cuidado nutricional, psicosocial y educacional disminuyen el riesgo asociado a este tipo de embarazos, especialmente en menores de 15 años.

Durante el período prenatal la madre está especialmente sensible y receptiva a la comunicación verbal y no verbal, lo que facilita la pesquisa de problemas de la esfera psicosocial y la entrega de contenidos educativos a la madre adolescente, al padre y a los miembros de las familias de origen, cuando ellos acompañan el proceso.

Información básica con respecto al embarazo, como la edad gestacional en que se palpa el útero aumentado de tamaño (sexta semana desde la fecha de la última menstruación), se escuchan los latidos cardíacos fetales (semana 10-12) y la primigesta percibe por primera vez los movimientos fetales (alrededor de la semana 20), son altamente valorados. (ROMERO, 2012)

1.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.4.1 Valoración

- Se valora el tipo de familia nuclear o tradicional integrada
- Qué posición ocupa en sus hermanos
- Relación con su familia
- Apoyo del esposo o novio
- Apoyo de la familia del esposo
- Los ingresos de la familia
- Trabajo del esposo o de ella
- Lugar donde vive
- Peligros en el ambiente que habita
- Hacinamiento
- Servicios básicos
- Escolaridad de la adolescente
- Actitud en cuanto a la escolaridad
- Situación de salud

1.4.2 Diagnósticos

A partir de la información presentada, se identificaron los siguientes problemas o diagnósticos de enfermería:

- Ansiedad relacionada con proceso de hospitalización e incertidumbre acerca de su condición de salud y la de sus bebés.
- Potencial riesgo de presentar lesión corporal relacionada con la posibilidad de presentar eclampsia.
- Déficit de actividad física relacionada con falta de conocimiento acerca de ejercicios para la etapa posparto.

- Déficit de conocimiento acerca del virus del papiloma humano.
- Déficit de conocimiento de la salud sexual y la salud reproductiva en general.
- Carencia de un proyecto de vida relacionado con la presencia de metas a mediano y largo plazo.

1.4.3 Planificación

Establecer la incidencia de embarazo en adolescentes

Identificar las características individuales en las adolescentes embarazadas que acuden al subcentro de salud Marcabeli durante el periodo Noviembre 2012 Febrero 2013

Definir los antecedentes ginecológicos que presentan las adolescentes gestantes que acuden al subcentro de salud Marcabeli durante el periodo Noviembre 2012 Febrero 2013

Aplicar un plan educativo sobre la prevención de embarazo en adolescentes en el subcentro de salud Marcabeli

1.4.4 Ejecución

- Indagar acerca de los conocimientos que tiene acerca de su condición de salud.
- Informar acerca de su condición de salud y la de su bebé, además, de los procedimientos y tratamientos que se realizan.
- Despejar las dudas surja en el momento.
- Permitir la expresión de sentimientos.
- Fomentar la posición en decúbito lateral izquierdo para favorecer la perfusión placentaria.

- Mejor el bienestar psicofísico

1.4.5 Evaluación

Las adolescentes pueden expresar sus sentimientos y despejar sus dudas lo cual disminuyó su nivel de ansiedad, lo cual se evidencio al observarlas más tranquilas, con conocimientos para cuidado del recién nacido.

1.4.6 Propuesta de Enfermería

- Desarrollar y aplicar los programas de educación sexual para la abstinencia con el fin de estimular a las adolescentes jóvenes a retardar el inicio de la actividad sexual, hasta el matrimonio o hasta que estén lo suficientemente maduras para manejar la actividad sexual y evitar un embarazo indeseable.
- Centrar un programa basado en enseñar a las adolescentes a conocer su cuerpo en cuanto a morfo fisiología, al igual que suministrar educación detallada sobre los métodos anticonceptivos.
- Ofrecer un programa con enfoque preventivo de fácil acceso a la información, a través de folletos, trípticos y asesoría por parte de profesionales de enfermería y visitas domiciliarias a aquellas adolescentes ubicadas en la zona de influencia y que no acudan de manera espontánea, y ampliar los servicios de anticoncepción, ofreciendo variedad de métodos y educación sobre su uso correcto.
- Fomentar un programa de asesoría que involucre a adolescentes mayores responsables que inviten a otras adolescentes a resistirse a las presiones sociales y de los compañeros para llegar a involucrarse sexualmente, que ayude a tomar un enfoque más personal, ayudando a las adolescentes a entender sus propios riesgos.
- Para aquellas adolescentes que ya están involucradas en actividades sexuales, el programa de asesoría por parte de sus compañeros, debidamente preparados por la enfermera, que incluya todos los aspectos sobre sexualidad: biológico, fisiológico, psicológico, social y afectivo, le brindan las habilidades para la

negociación en las relaciones sentimentales y la educación que necesitan para obtener y utilizar los anticonceptivos en forma efectiva.

- Formar un grupo de autoayuda para aquellas adolescentes que queden embarazadas a pesar del apoyo y educación que otorga la enfermera, con el fin de procurar que tengan un embarazo libre de riesgos.
- Evaluar el programa por lo menos una vez al año para hacer las adecuaciones pertinentes, con la inclusión de las adolescentes. (ARMENDÁRIZ, 2015)

1.4.7 Prevención del embarazo en adolescentes

Para prevenir el embarazo en adolescentes, las intervenciones por parte del profesional de enfermería deben estar orientadas a:

- Permitir a las adolescentes ser partícipes de la elaboración de las políticas de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de lograr articular la política y la realidad sentida por la adolescente, lo cual permite empoderamiento alrededor de su sexualidad para la toma de decisiones responsables, autónomas y saludables. › Adelantar acciones para que las mujeres adolescentes conozcan y se apropien de sus deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.
- Brindar educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de una formación que tenga bases en los aspectos afectivos y morales, lo cual permite dar sentido y responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.
- Identificar redes de apoyo para estas madres con el fin de contribuir en el desempeño del nuevo rol al que se van a ver enfrentadas, además de incorporar a los padres, familia o cuidadores como agentes primarios de formación, reforzando la información que ellos manejan.
- Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como de educación; dicha educación debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud, grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes; debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que

permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad y a la toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo.

- Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, de tal forma que estos no se conviertan en una limitante al momento de ejercer los derechos en salud sexual y reproductiva.
- A través de la consejería en anticoncepción, sensibilizar, informar y motivar a las adolescentes sobre la importancia de los métodos de anticoncepción y el ejercicio de la sexualidad de manera libre, segura y responsable, con el fin de evitar embarazos no deseados y un segundo embarazo en las adolescentes que ya son madres.
- Contar con profesionales especializados en el tema, lo cual permite cualificar el cuidado que se brinda a la población adolescente y por ende impactar positivamente en la prevención del embarazo en este grupo poblacional.
- Capacitar permanentemente a todo el personal de salud que brinda orientación a la población adolescente, buscando lograr personal altamente calificado y capacitado para brindar atención integral a este grupo poblacional.
- Brindar educación oportuna, veraz y clara a la adolescente, a fin de ayudar a incrementar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas y contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos.
- Divulgar información confiable sobre las características, ventajas y efectos secundarios de los distintos métodos de anticoncepción, así como verificar el entendimiento de la misma, partiendo de lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos.

1.4.8 Intervenciones para la minimización de las complicaciones del embarazo en adolescentes

En la adolescente embarazada, el cuidado de enfermería debe estar orientado a:

- Brindar un abordaje interdisciplinario a la adolescente embarazada, en donde se brinde atención integral biopsicosocial y se involucre la pareja, la familia o cuidador.
- Identificar oportunamente en el control prenatal, factores de riesgo, para de esta manera direccionar y orientar a la madre y a su pareja o cuidador a los servicios y programas pertinentes, con la finalidad de prevenir complicaciones en la madre adolescente y en el hijo por nacer.
- Brindar cuidado de enfermería humanizado eliminando prejuicios y conjeturas hacia la adolescente embarazada. › Informar a la madre adolescente, a la pareja y al cuidador, los signos y síntomas de alarma en la gestación, con el objeto de intervenir oportunamente las posibles complicaciones derivadas del embarazo.
- Identificar las necesidades de cuidado de las gestantes adolescentes, con el propósito de brindar cuidado de enfermería congruente con este grupo poblacional.
- Fortalecer el autocuidado en la adolescente embarazada, con el fin de que lleve a cabo los cuidados necesarios para preservar su bienestar, y al mismo tiempo lograr que curse con un embarazo, parto y puerperio sin complicaciones.
- Estimular a la gestante a que no interrumpa su vida cotidiana, siempre y cuando no interfiera con el bienestar del embarazo.
- Involucrar a la pareja y a la familia de la madre adolescente, con el objetivo de apoyar los sentimientos de las gestantes y promover conductas y actitudes positivas hacia el hijo por nacer y hacia sí mismas.
- Fortalecer la educación para la salud en gestantes adolescentes, pareja y familia durante el control prenatal, y el Curso de Preparación de la Maternidad y la Paternidad, ofreciendo capacitación sobre el conocimiento de los factores de riesgo durante el embarazo, conservación en lactancia materna, cuidado durante el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, así como también promover o fortalecer el proceso de vinculación afectiva madre - hijo.
- Brindar apoyo educativo a la adolescente embarazada, ya que de esta manera se contribuye a preservar la salud de la mujer y su hijo, evitando complicaciones y muerte; ésta es una intervención trascendental y prioritaria que fortalece las acciones del programa de salud reproductiva.

- Estimular, promover y facilitar la participación de la pareja durante toda la gestación parto y post parto.
- Brindar consejería en anticoncepción, con el propósito de prevenir nuevos embarazos en adolescentes y las complicaciones que esto conlleva.
- Brindar especial cuidado al niño y a la madre sin olvidar que la nueva madre sigue siendo según la Constitución Ecuatoriana, una niña.
- Brindar educación para reforzar pautas de crianza evitando complicaciones en el recién nacido.
- Promover en lo posible, que la nueva madre no abandone sus estudios, dando a conocer la importancia para ella, su pareja y su hijo, el lograr una mejor calidad de vida. Es importante fortalecer las líneas de acción dirigidas a las adolescentes desde la política de salud sexual y reproductiva, y fomentar más acciones de promoción de la salud sexual y lograr mayor coordinación intersectorial donde se contemplan solo a la adolescente sino que se tenga en cuenta su entorno social.
- De ser necesario, se debe orientar y remitir para que la madre reciba asesoría psicológica.
- El profesional de enfermería no debe olvidar la importancia y relevancia que tiene para esta madre ser una adolescente, débil emocionalmente sobre todo en su periodo post parto donde se pueden presentar más episodios depresivos.
- Hacer promoción y prevención evitando que se aumente el número de adolescentes embarazadas y de esta manera se vea comprometida la vida tanto de la joven madre como la del niño.
- Comprometerse con el logro de los Objetivos del Milenio, especialmente en aquellos que buscan mejorar la salud materna y disminuir la mortalidad infantil. (Noguera, 2012)

CAPITULO II

2. MATERIALES Y METODOS

2.1 ÁREA DE ESTUDIO

Ubicación: El cantón Marcabelí se halla situada al extremo Sur Occidental del Cantón Piñas y en la parte meridional de la Provincia del Oro. Se encuentra igualmente ubicada dentro de la hoya del Puyango, justamente en el lugar en el que las cordilleras de la aldea y Tahuín parecen unirse con las cordilleras de Celica y Alamor. En Marcabeli la naturaleza es pródiga, dotándola de hermosos paisajes, ríos, cascadas, etc.

Etimología: La historia cuenta que estos lugares eran cubiertos de selva virgen, donde se extraviaron tres acémilas cargadas de bultos con la marca B L I y luego con el tiempo se identificó con el nombre de Marcabeli.

- Cantonización: 6 Mayo de 1986
- Superficie: 148 Km²
- Altura: 680 m.s.n.m.
- Clima: 16 a 22 grados.
- Población: 5.390 aprox.

Parroquias Urbanas: Marcabelí (cabecera cantonal) y parroquia rural El Ingenio.

Límites: Al Norte con los Cantones Piñas y Arenillas, al Sur con la Provincia de Loja, al Este con el Cantón Balsas y al Oeste con el Cantón Las Lajas.

Distancia Machala- Marcabeli: 89.4 Km

Antecedentes Históricos:

La historia cuenta que estos lugares eran cubiertos de selva virgen, en donde tres acémilas se extraviaron cargadas de bultos con herramientas de la MARCA "B-L-I". El dueño las buscó infructuosamente preguntando siempre por las herramientas "marca BLI", lo que llegó a ser muy comentado pues por primera ocasión la escuchaban mencionar. Nadie dio razón de ellas.

Con el paso del tiempo se le agregó inconscientemente la "e" a BLI y el sector fue conocido desde allí como MARCABELI.

Actividades Económicas:

Los habitantes se dedican a las faenas agrícolas y ganaderas, cultivan caña de azúcar, maíz, cultivos de ciclo corto, por iniciativa de sus habitantes industrializan la caña de azúcar granulada, panela y licor.

2.2 UNIVERSO

61 embarazos en adolescentes

2.3 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por el 100% del universo de estudio, es decir 61 casos.

2.4 METODOS

2.4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación según su complejidad se la realizó mediante la aplicación del método de investigación descriptivo ya que se describió y dio valor a cada una de las variables en estudio, en un periodo de tiempo determinado, por ser de corte transversal.

2.4.2 DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de estudio fue no experimental ya que el investigador no manipulo las variables en estadio.

2.4.3 INSTRUMENTO:

Como instrumento de apoyo se utilizara la fuente de información directa como es la observación de las historia clínicas y llenar una base de datos para luego realizar el cruce de variables.

2.4.4 PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que recolectados fueron tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel y presentados en cuadros de doble entradas y simples, analizados por medio de porcentajes, para luego realizar la explicación e interpretación de los resultados, los mismos que servirán de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA
Incidencia del embarazo en adolescentes	Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.	Número de adolescentes embarazadas	Porcentaje según edad, instrucción educacional.	-----
Características individuales	Aspectos relacionados a términos de tamaño, densidad, ubicación, edad, sexo, raza ocupación y otros datos estadísticos	Edad	Número de años cumplidos	10- 13 14-17 18-19
		Etnia	Tipo de persona según etnia	<ul style="list-style-type: none"> • Mestiza • Afro ecuatoriana • Indígena
		Ocupación	Trabajo que desempeña	<ul style="list-style-type: none"> • Quehaceres Domésticos • Empleada Publica • Privada • Otros
		Residencia	Lugar de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Zona urbana • Zona urbano marginal
		Escolaridad	Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior • Analfabeta
		Compañeros sexuales	Numero de compañeros sexuales	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • mas
		Maltrato	Tipo de maltrato	<ul style="list-style-type: none"> • Físico • Psicológico • Sexual
		Tipo de familia	Mononuclear Disfuncional Nuclear Rígida	Si No

VARIABLES	DEFINICION	DIMENCION	INDICADOR	ESCALA
			Hábitos	Tabaco Alcohol Estupefacientes farmacodependiente
		Perfil actual de salud	Estado nutricional en el embarazo	Normo nutrido Desnutrido Sobre peso Obeso
			Problemas patológicos en el embarazo	IVU ITS Anemia
Antecedentes ginecológico	Expresión de la gestación en relación al número de hijos vivos, número de abortos, control prenatal y a la planificación familiar y las complicaciones que en esta se presenten.	Antecedentes ginecológicos	Número de hijos vivos	1 2 3
			Número de abortos	0 1 2
			Número de controles prenatales	1-3 4-7 8-11
		Métodos de planificación familiar	Uso de métodos de planificación	Planificaba No planificaba
		Complicaciones durante la gestación	Enfermedad durante el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • IVU • Preclamsia • APP • Anemia • Vaginitis • RCIU • RPM

CAPITULO III

1. PROCESAMIENTO DE DATOS

1.1 RESULTADOS DE LA FASE DE INVESTIGACIÓN

1.2 Cuadro N° 1

Instrucción educativa de las adolescentes atendidas en el subcentro de salud Marcabeli. 2013.

INSTRUCCIÓN	TOTAL	
	F	%
PRIMARIA	27	44%
SECUNDARIA	21	34%
SUPERIOR	0	0%
NINGUNA	13	21%
TOTAL	61	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Análisis:

Al analizar el siguiente cuadro observamos que el 34% de adolescentes con instrucción secundaria seguidas del 44% de adolescentes de instrucción primaria lo que denota el mayor riesgo de presentación de embarazo en adolescentes esta en relación al nivel de instrucción y a la edad adolescentes.

Cuadro N° 2

Relación de la edad con el número de compañeros sexuales de las adolescentes embarazadas atendidas en el subcentro de salud Marcabeli. 2013.

EDAD	NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES								TOTAL	
	UNO		DOS		TRES		MAS		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
12-13 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14-15 AÑOS	13	21%	3	5%	2	2%	0	0%	18	30%
16-17 AÑOS	16	26%	12	19%	8	14%	7	12%	43	83%
TOTAL	29	48%	15	25%	10	16%	7	11%	61	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 21% de las adolescentes embarazadas de 14-15 años mantienen relaciones sexuales con una pareja, igualmente las adolescentes de 16-17 años con el 26%, mientras que el 19% de del mismo grupo de edad mantienen dos parejas, lo cual denota la presentación de riesgo de inestabilidad familiar a las adolescentes tardías.

Cuadro N° 3

Relación de la edad con hábitos de consumo de las adolescentes atendidas en el subcentro de salud Marcabeli. 2013.

EDAD	HABITOS DE CONSUMO								TOTAL	
	TABACO		ALCOHOL		DROGAS		NINGUNO		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
12-13 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14-15 AÑOS	4	7%	3	5%	0	0%	11	18%	18	30%
16-17 AÑOS	12	19%	12	20%	0	0%	19	31%	43	83%
TOTAL	16	26%	15	25%	0	0%	30	49%	61	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Análisis:

Al analizar el siguiente cuadro se observa que el 31% de las adolescentes de 16-17 años no presentan hábitos de consumo de igual manera el 18% de 14-15 años, no así con el 20% de 16-17 años que consumen alcohol y el 19% tabaco, lo que indica la presencia de complicaciones obstétricas relacionadas a hábitos de consumo los mismos que mantienen en riesgo de muerte al producto, dándose posiblemente por la inmadurez de las adolescentes o por no darse cuenta al inicio del embarazo.

Cuadro N° 4

Relación de la variable edad con el estado nutricional de las adolescentes embarazadas atendidas en el subcentro de salud Marcabeli. 2013.

EDAD	ESTADO NUTRICIONAL								TOTAL	
	NORMAL		BAJO PESO		SOBREPESO		DESNUTRIDO		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
12-13 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14-15 AÑOS	5	9%	12	20%	0	0%	1	2%	18	30%
16-17 AÑOS	12	19%	19	31%	12	19%	0	0%	43	83%
TOTAL	17	28%	31	51%	12	19%	1	2%	61	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Análisis:

El siguiente cuadro indica que el 31% de adolescentes embarazadas de 16-17 años presentan bajo peso, de igual manera el 20% de 14-15 años, mientras que el 2% de adolescentes embarazadas de 14-15 años presentan desnutrición, lo que denota la presencia de mayor riesgo de desnutrición materno infantil en relación a la edad de la madre, lo que posiblemente se presente por la falta de información acerca de nutrición durante la gestación y la falta de interés de las adolescentes por informarse, debido a la inmadurez de ellas.

Cuadro N° 5

Relación de la variable edad con antecedentes patológicos personales de las adolescentes embarazadas atendidas en el subcentro de salud Marcabeli. 2013.

EDAD	ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES								TOTAL	
	IVU		ITS		ANEMIA		VIH		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
12-13 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14-15 AÑOS	11	18%	0	0%	7	11%	0	0%	18	30%
16-17 AÑOS	20	33%	4	7%	19	30%	0	0%	43	83%
TOTAL	31	51%	4	7%	26	42%	0	0%	61	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Análisis:

El siguiente cuadro indica que el 33% de adolescentes embarazadas de 16-17 años y el 18% de 14-15 años presentan como antecedentes patológicos IVU, mientras que el 30% de adolescentes de 16-17 años presentan anemia, lo que denota la presentación de mayor riesgo de complicaciones obstétricas relacionado a los antecedentes patológicos de las adolescentes, lo que posiblemente se debe a que las ellas no planifican su gestación presentándose esta bajo problemas de salud.

Cuadro N° 6

Relación de la variable edad con el número de hijos vivos de las adolescentes embarazadas atendidas en el subcentro de salud Marcabeli. 2013.

EDAD	NUMERO DE HIJOS VIVOS								TOTAL	
	UNO		DOS		TRES		MAS		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
12-13 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14-15 AÑOS	11	18%	7	11%	0	0%	0	0%	18	30%
16-17 AÑOS	15	25%	24	39%	4	7%	0	0%	43	83%
TOTAL	26	43%	31	50%	4	7%	0	0%	61	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Análisis:

El siguiente cuadro indica que el 39% de las adolescentes embarazadas de 16-17 años de edad tienen dos hijos, de igual manera el 18% de adolescentes de 14-15 años, con un hijo lo cual denota la irresponsabilidad de ellas en relación a la planificación familiar, ya que la mayor parte mantienen hogares inestables.

Cuadro N° 7

Relación de la edad con el número de abortos de las adolescentes embarazadas atendidas en el subcentro de salud Marcabeli. 2013.

EDAD	NUMERO DE ABORTOS								TOTAL	
	UNO		DOS		TRES		NINGUNO		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
12-13 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14-15 AÑOS	8	13%	6	10%	0	0%	4	7%	18	30%
16-17 AÑOS	20	33%	19	31%	0	0%	4	6%	43	83%
TOTAL	28	46%	25	41%	0	0%	8	13%	61	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Análisis:

El siguiente cuadro demuestra que el 33% de adolescentes de 16-17 años presentan un aborto, con el 31% las adolescentes de la misma edad presentan dos abortos, lo que denota la presentación de abortos en los dos grupos de adolescentes lo que posiblemente se presente por la inmadurez de sus órganos para seguir con el embarazo o probablemente es un aborto provocado dado por la irresponsabilidad de las adolescentes al mantener relaciones sexuales sin planificar.

Cuadro N° 8

Relación de la variable edad con el número de controles prenatales de las adolescentes embarazadas atendidas en el subcentro de salud Marcabeli. 2013.

EDAD	NUMERO DE CONTROLES PRENATALES								TOTAL	
	1 A 3		4 A 7		MAS DE 7		NINGUNO		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
12-13 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14-15 AÑOS	11	18%	7	12%	0	0%	0	0%	18	30%
16-17 AÑOS	19	31%	17	12%	2	3%	5	8%	43	83%
TOTAL	30	49%	24	40%	2	3%	5	8%	61	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Análisis:

Al analizar el siguiente cuadro notamos que el 31% de adolescentes de 16-17 años de edad se han realizado durante su embarazo de 1 a 3 controles, igualmente el 18% de adolescentes de 14-15 años, mientras que el 8% de adolescentes no se han realizado ningún control prenatal lo que demuestra la irresponsabilidad por parte de las adolescentes al no cumplir con el número de controles prenatales estipulado por el MSP aumentando el riesgo de presentar complicaciones obstétricas graves ya que por el hecho de ser adolescentes presentan un embarazo de alto riesgo.

Cuadro N° 9

Relación de la edad con planificación familiar de las adolescentes atendidas en el subcentro de salud Marcabeli. 2013.

EDAD	PLANIFICACION FAMILIAR								TOTAL	
	DE BARRERA		HORMONAL I.M.		HORMONAL V.O.		NO PLANIFICA		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%		
12-13 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14-15 AÑOS	0	0%	0	0%	4	6%	14	23%	18	30%
16-17 AÑOS	13	22%	5	8%	15	25%	10	16%	43	83%
TOTAL	13	22%	5	8%	19	31%	24	39%	61	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Análisis:

El siguiente cuadro indica que el 23% de adolescentes embarazadas de 14 a 15 años no planifican con algún método anticonceptivo, mientras que el 25% de adolescentes embarazadas de 16 a 17 años lo hacen con mantienen tratamiento hormonal, lo que posiblemente se deba a la deficiente información de las adolescentes sobre planificación familiar.

Cuadro N° 10

Relación de la variable edad con complicaciones que presentaron durante la gestación las adolescentes embarazadas atendidas en el subcentro de salud Marcabeli. 2013.

EDAD	COMPLICACIONES DURANTE LA GESTACION										TOTAL	
	IVU		PRECLAMPSIA		ANEMIA		VAGINITIS		RPM		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
12-13 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14-15 AÑOS	7	11%	3	4%	6	10%	0	0%	2	3%	18	30%
16-17 AÑOS	21	35%	4	7%	5	8%	4	7%	9	15%	43	83%
TOTAL	28	46%	7	11%	11	18%	4	7%	11	18%	61	100%

FUENTE: ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Análisis:

El siguiente cuadro nos indica que el 35% de las adolescentes embarazadas de 16-17 años de edad presentaron como complicación en la gestación IVU, mientras que el 10% de 14-15 años de edad presentaron anemia, y el 7% de adolescentes de 16-17 años presentaron vaginitis, lo que denota la presencia de complicaciones durante la gestación con mayor riesgo en las adolescentes embarazadas posiblemente por la inmadurez de sus órganos para procrear.

1.3 FASE DE EVALUACIÓN

La intervención fue evaluada tomando en cuenta tres criterios:

PROCESO: Se evaluó la calidad de intervención a través de metodología utilizada.

PRODUCTO: Se evaluó el producto a través del cumplimiento de objetivos y de actividades programadas. Se utilizó un cuestionario de pre test y pos test para medir el conocimiento las adolescentes.

IMPACTO: Se evaluó la satisfacción del usuario con la intervención.

PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos que recolectados fueron tabulados por medio del programa de informática Microsoft Office Excel y presentados en cuadros de doble entradas y simples, analizados por medio de porcentajes, luego se realizó la explicación e interpretación de los resultados, los mismos que sirvieron de base para la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

PROCESO

CUADRO N°1

Interés de los temas expuestos por parte de las adolescentes usuarias del centro de salud Marcabeli.

INTERÉS DE LOS TEMAS	N°	%
Si	30	100%
No	-	-
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: 30 Usuaris

Análisis:

El **100%** de las adolescentes asistentes a la charla educativa sobre las complicaciones del embarazo en adolescentes manifestaron que fueron importantes los temas expuestos además que fueron comprendidos y llenaron sus expectativas.

CUADRO N°2.

Claridad de la exposición

CLARIDAD DE LA EXPOSICION	F	%
Si	30	100%
No	0	0
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: 30 Usuaris

Análisis:

El **100%** de las adolescentes asistentes a la charla educativa sobre las complicaciones del embarazo en adolescentes manifestaron que hubo claridad en la exposición de la charla educativa.

CUADRO N°3.

Calidad del material visual educativo utilizado en la charla educativa.

CALIDAD DEL MATERIAL VISUAL EDUCATIVO	F	%
Bueno	30	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: 30 Usuaris

Análisis:

El **100%** de las adolescentes presentes en la charla educativa sobre las complicaciones del embarazo en adolescentes manifestaron que la calidad audiovisual era muy buena y que les agrado el material entregado ya que la información era importante, clara y creativa.

CUADRO N°4.

Calidad del ambiente donde recibieron la charla educativa

CALIDAD DEL AMBIENTE	F	%
Adecuado	30	100%
Inadecuado		
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: 30 Usuarías

Análisis:

El **100%** de las adolescentes asistentes a la charla sobre las complicaciones del embarazo en adolescentes dada en la sala auditorio del Hospital manifestaron que el ambiente fue adecuado y les agrado.

**CUADRO N° 5
PRODUCTO**

TEMAS DE LA CHARLA EDUCATIVA	PRE- TEST						POST- TEST					
	CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL		CORRECTO		INCORRECTO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Embarazo, planificación familiar	2	4%	28	96%	30	100%	30	97%	0	-	30	100%
Factores de riesgo embarazo en adolescentes	2	4%	28	96%	30	100%	30	100%	0	-	30	100%
Consecuencias del embarazo en adolescentes	2	4%	28	96%	30	100%	30	100%	0	-	30	100%
Complicaciones materno fetales del embarazo en adolescentes	0	-	30	100%	30	100%	30	100%	0	-	30	100%

Fuente: Encuestas
Beneficiarias: 30 Usuarias

Análisis:

La presente tabla representa la relación entre el pre - test y post - test de la charla que se ejecutó acerca de salud sexual la misma que demuestra que antes de la charla educativa el **96%** de Usuarías tenían un déficit de conocimiento; pero al concluir la charla educativa se obtuvo un mayor porcentaje en el aumento de conocimientos siendo así que la intervención beneficio al grupo en estudio.

CUADRO N° 6.
Evaluación de las actividades ejecutadas

ACTIVIDADES	PROGRAMADAS	%	EJECUTADAS	%
ACTIVIDADES DE GESTION	1	100%	1	100%
ACTIVIDADES DE COORDINACION	2	100%	2	100%
ACTIVIDADES DE EDUCACION	2	100%	2	100%
TOTAL	5	100%	5	100%

Fuentes: Cronograma de actividades

ANALISIS:

Todas las actividades programadas del proyecto se cumplieron en un 100%.

IMPACTO

CUADRO N° 7.

Trato que recibieran las usuarias durante la charla educativa por parte del expositor.

TRATO QUE RECIBIÓ	F	%
Bueno	30	100%
Regular	0	0
Malo	0	0
TOTAL	30	100%

Fuente: Encuestas

Beneficiarias: 30 Usuarias

Análisis:

El **100%** de las usuarias asistentes a la charla educativa sobre complicaciones del embarazo en adolescentes, expresaron su gratitud al estar satisfechos con el trato recibido, por parte de la expositora.

CONCLUSIONES

Al finalizar la siguiente investigación puedo concluir que:

- En cuanto a la incidencia del embarazo en adolescentes atendidas en el centro de salud Marcabeli fue de: 49% en el grupo de edad de 16-17 años, el 21% de 17-19 años, y el 30% de 15-16 años.
- Según características individuales el número de compañeros sexuales en un 26% de adolescentes refirieron que tenían uno, en cuanto a la instrucción educativa el 44% tienen primaria, otro perfil más importante es el estado nutricional de estos el 31% tenían peso bajo, en tanto que el 20% de mujeres consumían tabaco.
- Según los antecedentes ginecológicos el 23% no planificaban, el 39% tenían 2 hijos vivos, el 33% presentaron abortos, en cuanto al seguimiento del embarazo el 31% acudieron a 1-3 controles, el 33% con antecedentes patológicos presentaban IVU, así como también un 30% presentan anemia, mientras que un 35% de estas adolescentes presentaron IVU durante su etapa de gestación.
- Lo que nos da a conocer que existe en su gran mayoría un grado de educación muy baja que va de la mano con la desinformación o desinterés sobre su salud sexual y reproductiva, además un límite estrecho familiar, lo que en muchas ocasiones nos conlleva a futuro a complicaciones maternos fetales y inestabilidad familiar
- En cuanto a la propuesta educativa fue acogida con éxito ya que se impartieron charlas educativas a las usuarias además que se llevó una campaña de prevención del embarazo en adolescentes.

RECOMENDACIONES

Una vez analizados los datos de la fase de investigación y de haber realizado las conclusiones puedo recomendar lo siguiente:

- El personal de salud tome conciencia y se centren sus actividades en nuevo modelo de atención de salud MAIS.
- Que aumenten las actividades extramurales.
- Que se centren en los grupos de riesgo para la prevención del embarazo.
- Que aumenten las actividades de prevención del embarazo en adolescentes
- Que se trabaje con el equipo de salud y los padres de familia en talleres de prevención y de salud sexual.
- A las adolescentes que busque consejería en planificación familiar.
- A las adolescentes embarazadas que acudan a los controles médicos.
- Que estén atentas a los primeros signos de alarma.

BIBLIOGRAFÍA

1. AMAYA, J. (12 de SEPTIEMBRE de 2012). *SCIELO*. Recuperado el 18 de NOVIEMBRE de 2014, de Estudio analítico del resultado del embarazo en adolescentes y mujeres de 20 a 29 años en Bogotá: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000300004
2. ANDALUZ, S. D. (2012). *CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y ANATÓMICOS EN LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO*. Recuperado el 20 de ABRIL de 2015, de Ampliación de tema 53 del volumen 2 de MATRONAS DEL SERVICIO DE ANDALUZ SALUD: <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>
3. DIAZ, A. (6 de JUNIO de 2012). *SCIELO*. Recuperado el 18 de NOVIEMBRE de 2014, de RIESGOS OBSTÉTRICOS EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, ESTUDIO COMPARATIVO DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES CON PACIENTES EMBARAZADAS ADULTAS: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262002000600009&script=sci_arttext
4. LLANES, R. A. (23 de ENERO de 2013). *Embarazo en la adolescencia. INTERVENCIÓN EDUCATIVA*. Recuperado el 18 de NOVIEMBRE de 2014, de REDALYC: <http://www.redalyc.org/pdf/2111/211116124009.pdf>
5. LOPEZ, Q. E. (DICIEMBRE de 2009). *MICROSOFT WORD TESIS*. Recuperado el 18 de NOVIEMBRE de 2014, de COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "HOMERO CASTANIER CRESPO" EN EL PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2008: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3739/1/MED%2037.pdf>
6. MENDEZ, G. G. (MARZO de 2012). *SCIELO*. Recuperado el 12 de NOVIEMBRE de 2014, de EL EMBARAZO Y SUS COMPLICACIONES EN LA MADRE ADOLESCENTE: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D327.pdf

7. MOLINA, S. M. (21 de ENERO de 2012). *SCIELO*. Recuperado el 14 de NOVIEMBRE de 2014, de EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SU RELACIÓN CON LA DESERCCIÓN ESCOLAR: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000100010
8. MSP, M. D. (2012). *EMBARAZO EN ADOLESCENTES*. QUITO.
9. OMS, O. M. (2012). *SECRETARIA DE SALUD ISBN 970-721-104-0*. Recuperado el 25 de ABRIL de 2015, de PREVENCIÓN DEL EMBRAZO NO PLANEADO EN ADOLESCENTES: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
10. ORTIZ, S. I. (2012). *UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA*. Recuperado el 25 de ABRIL de 2015, de DETERMINAR LOS FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN AL EMBRAZO EN ADOLESCENTES: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6590/1/Ortiz%20Serrano%20Iliana%20Verenice%20.pdf>
11. SANABRIA, Y. P. (5 de DICIEMBRE de 2008). *EL EMBARAZO*. Recuperado el 25 de ABRIL de 2015, de <http://todosobreelembarazo.blogspot.com/>
12. VALDES, D. S. (MAYO de 2012). *SCIELO*. Recuperado el 14 de NOVIEMBRE de 2014, de EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. INCIDENCIA, RIESGOS Y COMPLICACIONES: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004
13. VELOSOS, U. L. (FEBRERO de 2013). *SCIELO*. Recuperado el 18 de NOVIEMBRE de 2014, de Prevalencia y factores asociados al uso de alcohol en adolescentes embarazadas: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100020&script=sci_arttext&tlng=es

ANEXOS

ANEXO N° 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Año 2015						
Actividades	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Revisión de la Literatura							
Revisión de los datos							
Elaboración del Anteproyecto							
Presentación del Anteproyecto							
Elaboración tesis							
Revisión de la Literatura							
Aplicación de encuestas							
Tabulación de los datos							
Elaboración del Programa educativo							
Intervención del programa							
Presentación al H. Consejo Directivo el documento final							
Corrección del Informe							
Sustentación de tesis							

ANEXO N°2

PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	RECURSOS	VALOR	TOTAL
Revisión de la literatura	6 movilizaciones	3,00	18,00
	Libros		
	Folletos		
	Internet	1,00	10,00
	Copias	0,02	11,00
Elaboración del Anteproyecto	7 movilizaciones	3,00	10,50
	Impresiones	0,05	35,00
	Internet	1,00	40,00
Aplicación de Encuestas	Materiales		
	12 movilizaciones	3,00	36,00
	Copias	0,02	10,00
	Internet	1,00	5,00
	Bolígrafos	0,25	20,00
	Humanos		
Ayudante	1,00	5,00	
Tabulación de los Datos	Internet	1,00	8,00
Elaboración del Programa Educativo	Movilizaciones	2,00	24,00
	Impresión	0,25	6,50
Intervenciones del programa educativo	Materiales		
	Trípticos	0,08	10,40
	Encuestas	0,03	6,00
	Bolígrafos	0,25	3,00
	Refrigerio	60,00	60,00
	Invitaciones	2,00	2,00
	Marcadores	0,30	1,20
	Humanos		
	Investigador		
	Asesora de Tesis		
Colaborador			
Usuaris			
Correcciones del informe de tesis	Impresiones	0,25	5,00
Empastado de tesis	4 tesis empastadas	8,00	32,00
Sustentación de tesis	Dispositivas	5,00	5,00
	Infocus	25,00	25,00
	Refrigerio	1,50	45,00
		Subtotal	
	Imprevistos		30,00
TOTAL			469,60

ANEXO 3
UNIVERSIDAD DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

Tema: incidencia de embarazo en adolescentes atendidas en el centro de salud Marcabeli.

Objetivo: Obtener información útil para dar valor a las variables en estudio.

Se solicitara permiso al director del centro de salud.

Instructivo: Dígnese a contestar las siguientes preguntas, respondiendo con sinceridad, encierre la respuesta que usted considere correcta.

1. ¿Número de años cumplidos que usted tiene?

.....

2. ¿Etnia a la que pertenece?

- Mestiza
- Afro ecuatoriana
- Indígena

3. ¿Trabajo que desempeña?

- Quehaceres domésticos
- Empleada publica
- Privada
- Otros

4. ¿Dónde vive usted?

- Zona urbana
- Zona urbano marginal

5. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

- Primario
- Secundario
- Superior
- Analfabeta

6. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado
- Unión Libre
- Soltero

7. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?

- 1
- 2
- 3
- mas

8. ¿Usted ha sufrido de algún tipo de abuso?

- Físico
- Psicológico
- Sexual

9. ¿Cuál es el estado nutricional?

- Normonutrido
- Desnutrido
- Sobrepeso
- Obeso

10. ¿Qué antecedente patológico tiene?

- IVU
- ITS
- Anemia

11. ¿Usted tienen hábitos de?

- Fumar
- Alcohol
- Estupefacientes

- Drogodependiente

12. ¿Cuántos hijos vivos tiene usted?

- 1
- 2
- 3

13. ¿Cuántos abortos tiene usted?

- 1
- 2
- 3
- 0

14. ¿A cuántos controles prenatales usted asistió?

- 1-4
- 5-7
- 8-11

15. ¿Usted planificaba antes de estar embarazada?

- Si planificaba
- No planificaba

16. ¿Usted conoce de los métodos de anticoncepción?

- Si conoce
- No conoce

17. ¿Usted presentó alguna de estas patologías durante el embarazo?

- IVU
- Anemia
- Preclampsia
- Vaginitis
-

ANEXO 4

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERIA

PRETEST

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas.

1. ¿Usted conoce las consecuencias del embarazo en adolescentes?

Si ()

No ()

2. ¿Conoce usted cuales son los métodos de planificación familiar?

Si ()

No ()

3. ¿Sabe usted cuales son los factores de riesgo del embarazo en adolescentes?

Si ()

No ()

4. ¿Conoce cuáles son las complicaciones del embarazo en adolescentes?

Si ()

No ()

ANEXO 5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

**UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

POSTEST

INSTRUCTIVO: Dígnese usted a responder las siguientes preguntas.

1. ¿Cuáles son las consecuencias del embarazo en adolescentes?

.....
.....

2. ¿Cuáles son los métodos de planificación familiar?

.....
.....

3. ¿Cuáles son los factores de riesgo del embarazo en adolescentes?

.....
.....

4. ¿Cuáles son las complicaciones del embarazo en adolescentes?

.....
.....

ANEXO N°6

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA**

EVALUACIÓN DEL PROCESO:

1.- ¿Los temas expuestos fueron de interés y llenaron sus expectativas?

Si ()

No ()

2.- ¿La expositora fue clara en su intervención?

Si ()

No ()

3.- ¿Cómo le pareció la calidad del material educativo y la ayuda audiovisual utilizada en la charla educativa?

Bueno ()

Regular ()

Malo ()

4.- La calidad del ambiente físico dónde se realizó la charla fue:

Adecuado ()

Inadecuado ()

5.- ¿El trato que recibió antes, durante, y después de la charla por parte de la expositora fue?

Bueno ()

Regular ()

Malo ()

ANEXO N° 7

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

RESPONSABLE: AMADA CAJAMARCA JIMENEZ

GRUPO BENEFICIARIO: ADOLESCENTES EMBARAZADAS

JUSTIFICACIÓN:

La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un auto cuidado 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. 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. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible. Como autora de esta investigación, mi compromiso es de intervenir con un programa educativo que contribuya a mejorar el nivel de conocimiento y así concienciar a los y las adolescentes acerca de las complicaciones del embarazo en adolescentes.

OBJETIVOS

GENERAL

- Concienciar a las adolescentes sobre las complicaciones del embarazo precoz asistidas al centro de salud Mrcabeli.

ESPECÍFICOS

- Concienciar a las adolescentes asistidas al centro de salud Marcabeli sobre las complicaciones materno fetales del embarazo precoz.
- Informar a las adolescentes sobre la importancia de acudir a los controles prenatales.

CONTENIDO

1. EDUCATIVO

- 1. Embarazo**
- 2. Factores de riesgo embarazo en adolescentes**
- 3. Consecuencias del embarazo en adolescentes.**
- 4. Complicaciones materno fetales del embarazo en adolescentes**
- 5. Planificación familiar**

2. METODOLOGÍA

- Técnicas de exposición
- Procedimiento de prevención
- Charla educativa

3. DEMOSTRACIÓN

- Video de muerte fetal por complicaciones maternas
- Uso de anticonceptivos

4. ESTRATEGIAS

- Coordinar con la Licenciada de enfermería líder del departamento de enfermería; para fijar día, hora, lugar donde se Llevó a cabo la intervención.
- Colocar un aviso en la entrada del subcentro informando sobre la charla educativa a realizar.
- Entregar invitaciones a los usuarios para que asistan al programa educativo.

6. EDUCACIÓN

Exposición oral y audiovisual de los temas de interés

7. RECURSOS HUMANOS:

- Usuarías
- Personal de área
- Autora: Amada Cajamarca Jimenez

7. RECURSOS MATERIALES:

- Lápiz

- Papel periódico.
- Cinta adhesiva
- Encuestas
- Infocus
- Computadora
- Pemdrive
- Trípticos
- Cámara.
- Transporte
- Refrigerio
- Invitaciones
- Copias

8. RECURSOS ECONÓMICOS:

Charla educativa	
Movilización	10.00
Refrigerio	20.00
Copias	25.00
Imprevistos	15.00
	20.00
TOTAL	90.00

9. EVALUACIÓN:

La fase de intervención fue evaluada por medio de los siguientes criterios y utilizando los indicadores de:

- **Proceso:** Calidad de la intervención referente a la aplicación de la encuesta y la charla educativa.
- **Producto:** Cumplimiento de las actividades y de los objetivos propuestas.
- **Impacto:** - Se valoró la satisfacción de la intervención por parte de las madres, mediante un post test y el registro de asistencia.

ANEXO N° 8
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA
UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUIMICAS Y DE LA
SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

**AGENDA DE CAPACITACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO
EN ADOLECENTES**

LUGAR: SALA DE ESPERA DEL CENTRO DE SALUD MARCABELÍ

FECHA: FEBRERO 2015.

1. Saludo y Bienvenida a las asistentes, por la responsable del programa de intervención.
2. Presentación del expositor.
3. Aplicación del PRE Test de evaluación a las presentes.
4. Exposición de los temas.
5. Entrega de trípticos.
6. Aplicación del POST Test de evaluación a los presentes.
7. Levantamiento de firmas de las asistentes a la charla.
8. Refrigerio.
9. Agradecimiento a las presentes y colaboradoras del programa.
10. Evaluación de las actividades planificadas

ANEXO N° 9

CRONOGRAMA DE CHARLAS

TEMA	TÉCNICA	RECURSOS		TIEMPO	RESPONSABLE	FECHA
		HUMANOS	MATERIALES			
1. EMBARAZO EN ADOLESCENTE <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Riesgos • Consecuencias • Factores sociales • Estilos de vida • Factores ginecológicos • Sustancias tóxicas 2. prevención 3. planificación familiar	Oral, audiovisual y escrita	Autor Madres	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Papel periódico. • Cinta adhesiva • Encuestas • Infocus • Computadora • Pem drive • Trípticos • Cámara. • Transporte • Refrigerio • Invitaciones • Copias 	20 min	Amada Cajamarca	Febrero del 2015

