



RESUMEN

Objetivo: La presente investigación pretende determinar los factores que predisponen a la ocurrencia de embarazos en adolescentes en el centro de salud de Pumapungo perteneciente a la Provincia del Azuay 2011.

Material y Métodos: Es un estudio descriptivo de corte transversal. Se trabajó con una muestra de 70 adolescentes embarazadas con edades entre 14 y 19 años del centro de salud de Pumapungo. Para recolectar la información se utilizó un formulario de entrevista constituida por 8 items previo consentimiento de sus padres o pareja. Para la tabulación de datos se aplicó el programa de Excel y SPSS los resultados son presentados en tablas simples y gráficos: barras simples con frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) que permiten visualizar de mejor manera los problemas presentados por el grupo de estudio.

Resultados: La investigación nos permitió identificar a 70 adolescentes embarazadas, que son un grupo de alto riesgo, tanto por las consecuencias psicológicas y sociales que presentan así como por el futuro que deben enfrentar; el 34% de las madres tienen edades entre 17 y 19 años; el 54% son de peso normal; bajo peso un 26%; el 100% tiene talla normal; el 80% son primigestas, el 7 % presenta aborto; el 9% hipertensión arterial; el 83% IVU; antecedentes familiares diabetes el 31% y finalmente el 51% hipertensión arterial.

Conclusión: La adolescente embarazada está expuesta a factores de riesgo que afectan directamente su salud y al del feto; viven una realidad que no escapa a la pobreza, con falta de educación, de acceso a servicios de salud y una sociedad que perdona o defiende al varón pero que es severa con la mujer, especialmente con aquella que tiene un hijo fuera del matrimonio, quien es estigmatizada y marginada implacablemente.



PALABRAS CLAVES: EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA-PSICOLOGÍA;
FACTORES DE RIESGO; CONDUCTA SEXUAL-PSICOLOGÍA;
EDUCACIÓN-ESTADÍSTICAS Y DATOS NUMÉRICOS; EDUCACIÓN
SEXUAL-ESTADÍSTICAS Y DATOS NUMÉRICOS



ABSTRACT

Objective: The present investigation tries to determine the factors that predispose in center to the occurrence of pregnancies in adolescents of health of Pumapungo pertaining to the Province of Azuay 2011.

Material and Methods: It is a descriptive study of cross section. One worked with a sample of 70 adolescents embarrassed with ages between 14 and 19 years of the center of health of Pumapungo. In order to collect the information a form of interview constituted by 8 items was used previous consent of its parents or pair. For the tabulation of data the program of Excel was applied and SPSS the results are presented/displayed in simple and graphical tables: I sweep simple with absolute and relative frequencies (percentage) that allow to visualize of better way the problems presented/displayed by the training group.

Results: The investigation allowed us to identify 70 embarrassed adolescents, who are a group of high risk, as much by the psychological and social consequences that present/display as well as by the future which they must face; 34% of the mothers have ages between 17 and 19 years; 54% are of normal weight; low weight a 26%; the 100% have normal stature; 80% are primigestas, 7% presents/displays abortion; 9% arterial hypertension; 83% IVU; familiar antecedents diabetes 31% and finally 51% arterial hypertension.

Conclusion: The pregnant adolescent is exhibited to factors of risk that affect their health directly and to the one of the fetus; a reality that do not escape to the poverty, with lack of education, access to services of health and a society live that the man pardons or defends but that she is severe with the woman, especially with whom has a son outside the marriage, that is stigmatized and marginalized implacably.



KEY WORDS: PREGNANCY IN ADOLESCENCE-PSYCHOLOGY; RISK FACTORS; CONDUCT SEXUAL-PSYCHOLOGY; EDUCATION-STATISTICS AND NUMERIC DATA; EDUCATION SEXUAL-STATISTICS AND NUMERIC DATA.

**TABLA DE CONTENIDO**

RESUMEN	1
CAPÍTULO I	8
INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II	16
MARCO TEÓRICO	16
1.1 ADOLESCENCIA	16
1.2 ETAPAS	17
1.2.1 La Adolescencia Temprana: (10 – 14 años)	17
1.2.2 La Adolescencia Intermedia:(14 - 17)	18
1.2.3 La Adolescencia Tardía: (17 – 20 años)	18
1.3 CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA	19
1.3.1 Físicos:	19
1.3.2 EN EL VARÓN: Principales cambios	19
1.3.3 EN LA MUJER: Principales cambios	21
1.3.4 DESARROLLO DE LOS GENITALES INTERNOS	21
1.4 CRECIMIENTO Y DESARROLLO	23
1.5 ALTURA: EL ESTIRÓN DE LA ADOLESCENCIA.....	24
1.6 NECESIDADES EN LA ADOLESCENCIA.....	25
1.7 ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE	27
1.8 CRISIS DEL ADOLESCENTE.....	29
1.9 APARICIÓN DE LA CRISIS	30
1.10 DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE	31
2. EL EMBARAZO	32
2.1 Definición	32
2.2 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	33
2.3.- Incidencia del embarazo en las adolescentes	33
2.4 FACTORES PREDISONENTES DE EMBARAZOS A TEMPRANA EDAD.....	34
2.4.1 Factores Individuales:	34
2.4.2 Factores Biológicos:	35



2.4.3 Factores Psicosociales.....	35
2.4.4 Causas sociales:	36
2.4.5 Factores Familiares:.....	36
2.4.6 Factores Migratorios.....	37
2.4.7 Etapas del Migrante	37
2.4.8 Factores Determinantes:	38
2.5 CAMBIOS: FÍSICOS EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.	38
2.5.1 ANIVEL DEL APARATO REPRODUCTOR:.....	38
2.5.2 OTROS ÓRGANOS	39
2.5.3 A Nivel Del Aparato Endócrino.....	40
2.5.4 Aparato Circulatorio.....	41
2.5.5 A Nivel Del Aparato Musculo esquelético	41
2.5.6 APARATO RESPIRATORIO	42
2.5.7 Aparato Digestivo	42
2.5.8 Aparato Urinario	42
2.6 CAMBIOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES	42
2.6.1 Actitudes ante la maternidad.....	42
2.7 ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.....	43
2.8 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE....	44
2.9 RIESGO DEL EMBARAZO Y EL PARTO DURANTE LA ADOLESCENCIA	45
2.10 RIESGO PSICOSOCIALES PARA LOS PADRES ADOLESCENTES Y SUS HIJOS.....	46
CAPÍTULO IV.....	48
MARCO REFERENCIAL.....	48
3.1 CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO DE LA PROVINCIA DEL AZUAY.....	48
3.2 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY	52
3.3 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	54
CAPÍTULO V.....	55



4.1 OBJETIVOS	55
4.1.1 GENERAL:	55
4.1.2 ESPECÍFICOS:	55
4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	56
4.3 UNIVERSO.....	56
4.4 MUESTRA	56
4.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.....	57
4.6 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	57
4.7 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	58
4.8 PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	59
4.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	60
4.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	60
4.11 ASPECTOS ÉTICOS	60
4.12 ESQUEMA DE ASOCIACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES.....	61
CAPÍTULO VI.....	62
5.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	62
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES.....	74
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	76
CITAS BIBLIOGRAFICAS	78



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE
PUMAPUNGO. CUENCA 2011”.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA**

**AUTORAS: NARCISA DE JESÚS CAJILIMA CHUQUIGUANGA
MARÍA MAGDALENA GUALLPA MINCHALA**

DIRECTORA: MGS. ADRIANA VERDUGO SÁNCHEZ

ASESORA: LCDA. SORAYA MONTAÑO PERALTA

**CUENCA – ECUADOR
2011**



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La OMS define como adolescencia al "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.

Es considerada como un periodo 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

El embarazo en la adolescencia se constituye en un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, que últimamente se ha expandido en nuestro país; es un impacto de gran magnitud en la vida de los jóvenes, en su salud, en la de su hijo, su pareja, su familia, ambiente y la comunidad en su conjunto.

Como se puede comprender los riesgos a que está sometida la adolescente son de variada índole tanto biológicos, psicológicos, sociales, etc.; por lo que se requiere de una atención integral para lograr el completo desarrollo del embarazo en las adolescentes, para garantizar la disminución de los riesgos que experimenta el nuevo ser que ella ha concebido. (1)

Asumir la maternidad durante el proceso de crecimiento biológico, psicológico y social, vivirla en el momento en que se deben resolver los propios conflictos, antes de haber logrado la propia identidad personal y la madurez emocional, genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial.

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias



adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.¹

Se ha visto la importancia de investigar sobre el tema porque existe un alto nivel de adolescentes que se embarazan tempranamente, como también nos permitirá determinar los factores de riesgo que se presentan durante el desarrollo del embarazo.

¹ F. Miller .ENFERMERIA GINECOLOGICA. Editorial Interamericana,5ta.Edición,México 1966.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cada año se interrumpen aproximadamente 50 millones de embarazos no deseados, de estos aproximadamente 20 millones terminan en abortos en condiciones de riesgo y el 95% de los abortos son realizados en condiciones insalubres en los países en desarrollo, ocasionando la muerte de por lo menos 200 mujeres diariamente, es por esto que el embarazo no deseado es causa de muerte materna.

Aunque los embarazos no deseados ocurren por diversas razones, la más común es no usar métodos anticonceptivos o la falla de estos.

Entre 120 y 150 millones de mujeres casadas desean no tener más hijos o aplazar el siguiente embarazo pero no usan anticonceptivos y otros 12 a 15 millones de mujeres solteras, si bien desean evitar el embarazo, carecen de los medios para hacerlo. Las presiones y expectativas sociales determinan lo que es o no aceptable para una mujer, lo cual hace difícil que la mujer pueda protegerse de un embarazo no deseado.

Del 20% al 50% de las mujeres reportan haber sido sometidas a abuso o coacción sexual o violación en consecuencia, corren un mayor riesgo de quedar embarazadas sin desearlo o de tener que enfrentar otros problemas de salud sexual y reproductiva.

El embarazo no planeado es un problema importante de salud pública, tanto en los países en desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones sociales adversas y de salud, tanto para las madres como para los niños.

Entre dichas consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la mujer recurra a un aborto inseguro, de que inicie la atención prenatal tardíamente y por lo tanto reciba un escaso cuidado prenatal poco cuidado prenatal y que el niño nazca con bajo peso.



El nivel de embarazos no planeados también puede servir como indicador del estado de la salud reproductiva de la mujer y del grado de autonomía que tiene para decidir si tiene o no un hijo y en qué momento. Esta situación ha causado gran preocupación por lo que hemos visto la necesidad de analizar la presente investigación para tratar de determinar este problema.²

²D. Nelson, CONSULTOR DE ENFERMERIA OBSTETRICIA, Edición Española, volumen 2. Barcelona España.



JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son hechos frecuentes y experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres y las adolescentes jóvenes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.

La maternidad representa un reto para el desarrollo de la personalidad de las mujeres, al cual se suma el de la adolescencia, lo cual puede generar situaciones adversas para su salud y la de su hijo. A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años.

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

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

Las razones por las cuales los adolescentes tienen sexo y lo hacen sin adoptar métodos efectivos de anticoncepción es un tema de debate actual a nivel mundial.

Al momento, los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas generalmente transmiten mensajes directos o sutiles, en los que se sugiere que las



relaciones prematrimoniales son comportamientos comunes, aceptados e incluso esperados de ellos.³

Con frecuencia, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables e información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales (el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y los efectospsicosociales). Por lo tanto, la mayor parte de esta "educación sexual" está llegando a los adolescentes a través de los compañeros mal informados o no informados.

Si bien los índices de embarazos en adolescentes registrados en EE.UU. han declinado desde 1991, siguen siendo altos y superan a los de la mayoría de los países desarrollados.

En el 2002, el 11% de todos los nacimientos en EE.UU. correspondió a madres adolescentes (entre los 15 y los 19 años). La mayoría de los nacimientos de madres adolescentes (alrededor del 67%) corresponde a niñas entre los 18 y 19 años de edad.

Alrededor de una de cada tres adolescentes queda embarazada antes de los 20 años de edad. Las madres adolescentes tienen más probabilidades que las madres mayores de 20 años de dar a luz prematuramente (antes de finalizadas las 37 semanas de embarazo).

Nuestro papel como enfermeras y parte del equipo de salud es propiciar un cuidado de calidad, considerando todos los factores de riesgo que se pueden presentar.

En la actualidad esta situación se ha convertido en un problema de salud pública que se ha incrementado paulatinamente del 54% a 71.6% de acuerdo a las últimas investigaciones realizadas.

³ Bleier.A.Borroughs, Arlene.ENFERMERIA MATERNA INFANTIL. Editorial Interamericana S.A de CV.5ta Edición. Venezuela.



La presente investigación nos permitió determinar los factores de riesgo que se encuentran sometidas las adolescentes embarazadas, en lo que se refiere a su estado de salud.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Para adentrarnos en este tema es necesario que vayamos definiendo términos como pubertad y adolescencia.

Pubertad:

Es la manifestación biológica de la adolescencia, en la que ocurre cambios morfológicos y fisiológicos que comprometen a todos los órganos y estructuras corporales, tales como: el desarrollo de las gónadas y órganos reproductores, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarias y el impulso del crecimiento, los cambios en la estructura corporal y culmina con la capacidad reproductora.⁴

La organización Mundial de la Salud define como adolescencia al periodo de la vida en el cual el niño se transforma en adulto; es una etapa crítica en el desarrollo del ser humano donde ocurren cambios biológicos psíquicos y sociales; adquiriendo la capacidad reproductiva, transita los patrones

⁴ M. Millar, L. Bowan. ENFERMERÍA OBSTETRICA. Editorial Interamericana S.A 1968. Quinta Edición. México D.F.



psicológicos emocionales y psicosociales, culmina con la transformación del niño en un individuo maduro y consolida la independencia socio-económica.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero desde el punto de vista biológico su inicio está determinado por la aceleración en el desarrollo cognitivo, la reestructuración de la personalidad, la adquisición de roles laborales (trabajo), desde el punto de vista social la adolescencia es la preparación para asumir un rol como adulto.

Dentro de la adolescencia se debe destacar aspectos importantes como:

- Los adolescentes han dejado de ser niños, pero aún no son adultos, son adolescentes con su anatomía, fisiología, necesidades emocionales y sociales propias.
- La adolescencia rebasa a la pubertad.
- Lo que diferencia esta etapa de las anteriores es que es un niño más evolucionado, con nuevas funciones biológicas, pero al fin es un niño, es decir es un ser en desarrollo.

1.2 ETAPAS

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas adolescencia temprana, intermedia y tardía.

1.2.1 La Adolescencia Temprana: (10 – 14 años)

- Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca, eyaculación.
- Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Existe el enamoramiento platónico.



- Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales, pensamiento abstracto.
- Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. Amor narcisista.

1.2.2 La Adolescencia Intermedia:(14 - 17)

- Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.
- Psicológicamente es el periodo la máxima relación con sus padres, 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.

1.2.3 La Adolescencia Tardía: (17 – 20 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”.

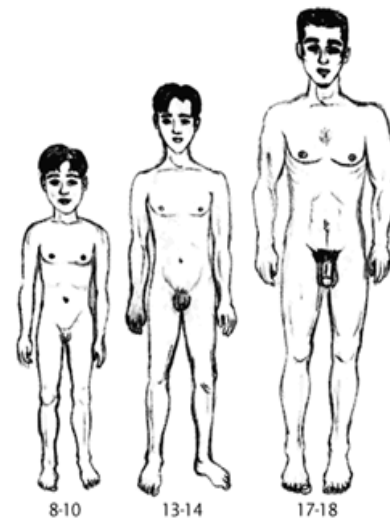
1.3 CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA

1.3.1 Físicos:

Durante el periodo de la adolescencia se producen cambios físicos relacionados con el crecimiento en estatura, peso y proporciones del cuerpo y también aparecen los caracteres sexuales secundarios.

1.3.2 EN EL VARÓN: Principales cambios

- Aumentas de estatura
- Se ensancha la espalda y hombros
- Disminuye la grasa del cuerpo
- Le salen espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas)
- El olor del sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas)
- La voz es más ronca
- Le crecen los pechos (aunque casi no se da cuenta)
- Le sale y crece vello en axilas, cara (bigote y barba), pecho, piernas, brazos y pubis.
- La piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura
- Le crecen los testículos, próstata y pene
- Primera eyaculación





DESARROLLO DE LOS GENITALES EXTERNOS Y DEL VELLO

Puede determinarse por observación comparativa con los estadios de Tanner.

Genitales externos

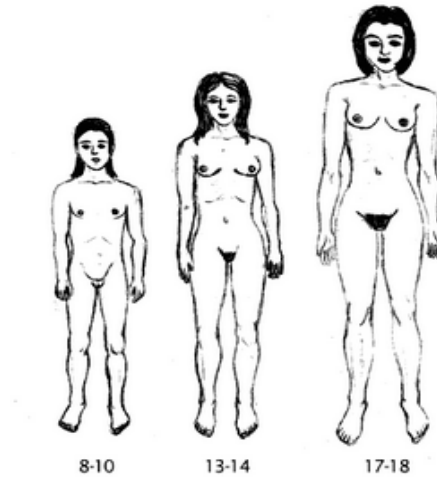
- **Estadio G1:** pene, testículo y escroto de tamaño infantil.
- **Estadio G2:** aumento del tamaño de los testículos y el escroto (por lo general, el pene no aumenta). Piel del escroto más fina y enrojecida.
- **Estadio G3:** continuación del aumento del tamaño de los testículos y del escroto. Aumenta principalmente la longitud del pene
- **Estadio G4:** continuación del crecimiento de los testículos y del escroto. Aumenta la longitud y el diámetro del pene. Pigmentación de la piel del escroto.
- **Estadio G5:** órganos genitales propios de una persona adulta, tanto por su tamaño como por su forma.

Vello púbico

- **Estadio P1:** no hay vello púbico.
- **Estadio P2:** crecimiento disperso de vello largo, fino, ligeramente pigmentado, liso o ligeramente rizado en la base del pene.
- **Estadio P3:** vello más pigmentado, más denso, más rizado que se extiende por la sínfisis púbica.
- **Estadio P4:** vello del tipo observado en una persona adulta, pero en menor cantidad.
- **Estadio P5:** vello del tipo observado en una persona adulta, tanto por su tipo como por su cantidad.

1.3.3 EN LA MUJER: Principales cambios

- Aumento de estatura
- Se ensanchan las caderas
- Se acumula grasa en las caderas y muslos
- Se notan más las curvas y la forma de la cintura
- Le salen espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas)
- El olor del sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas)
- La voz es más fina
- Le crecen los senos
- Le sale y crece vello en las axilas y en el pubis
- La piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura
- Le crecen los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero
- Le viene la menstruación



1.3.4 DESARROLLO DE LOS GENITALES INTERNOS

Los Ovarios: Aumentan de tamaño considerablemente durante los 2 primeros años después de la primera menstruación, alcanzando a 6 gramos en el primer periodo menstrual. En la etapa previa a la primera menstruación, un número de folículos en gran tamaño pero la mayoría involuciona, por lo que puede presentarse ciclos anovulatorios durante las primeras menstruaciones.



Las Trompas de Falopio: Se alargan y aumentan de grosor, mientras que en el epitelio se reconocen las variedades de células de la mujer adulta.

El Útero: Empieza a crecer, su crecimiento se ha producido por proliferación miometral con muy poco desarrollo del endometrio (en el endometrio se diferencia las capas basal y funcional). Cerca de la menarquía el epitelio cervical produce abundante secreción clara que tiene a formar filamentos y que es inicio de la estimulación estrogénica. Durante la adolescencia el crecimiento del útero es mayor en el cuerpo que en el cuello.

La Vagina: Crece en profundidad y a medida que el útero va ocupando su posición definitiva, se sitúa oblicuamente, los fórnices se van acentuando cada vez más y aparecen los pliegues vaginales. El crecimiento adicional comienza después de la aparición de los caracteres sexuales secundarios y continua hasta la menarquía, llegando a una longitud promedio de 15 cm. La mucosa vaginal tiene muy poco influjo estrogénico y su coloración es rojiza al inicio, luego la mucosa vaginal se engrosa. Los cambios citológicos en el epitelio vaginal comienzan antes de que haya desarrollo de la glándula mamaria o del vello pubiano y es usualmente el primer signo de comienzo de la pubertad.

Los Labios Mayores: Se empiezan a congestionar y aparecen los primeros folículos pilosos con un vello delgado, para en un proceso irse pigmentando y a formarse finas y arrugadas que se acentúan más en el periodo premenárquico y va asimismo cubriéndose de vello más grueso.

El Vello Axilar: Se hace presente y aparece la secreción apócrina, la actividad sebácea es intensa y puede aparecer el acné.

DESARROLLO MAMARIO Y DEL VELLO PÚBLICO

Se determinan mediante la observación y comparación con los estadios sistematizados de Tanner.



Desarrollo mamario

La secuencia de estadios de desarrollo de los senos es la siguiente

- **Estadio M1:** senos preadolescentes. Solamente se observa elevación de la papila.
- **Estadio M2:** brote mamario. Elevación de los senos y de la papila. Aumento del diámetro de la aureola.
- **Estadio M3:** continuación del aumento del tamaño del seno sin separación de sus contornos.
- **Estadio M4:** proyección de la aureola y de la papila para formar una elevación que sobresale del nivel del seno.
- **Estadio M5:** estadio adulto. Proyección solo de la papila en virtud del retorno de la aureola al contorno general del seno.

Vello Púbico

Los estadios del crecimiento del vello púbico se pueden dividir de la siguiente manera:

- **Estadio P1:** no hay vello púbico.
- **Estadio P2:** crecimiento disperso de vello largo, fino, ligeramente rizado, a lo largo de los grandes labios.
- **Estadio P3:** vello más pigmentado, más denso y más rizado que se extiende por la sínfisis púbica.
- **Estadio P4:** vello del tipo observado en una persona adulta, pero en menor cantidad.
- **Estadio P5:** vello del tipo observado en una persona adulta tanto por su tipo como por su cantidad.

1.4 CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Desde el punto de vista práctico, los cambios habituales del crecimiento tienen tres grandes características:



- Se realizan en forma secuencial, es decir unas características aparecen antes de que aparezcan otras, como es el caso del crecimiento de los senos antes de la aparición de la menstruación, el vello púbico antes que el axilar, los miembros inferiores crecen primero que el tronco.
- Cada evento del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo. Cada individuo tiene una propia manera de ser y la conserva a través de los años de la adolescencia y en el que influyen diversos factores, como su origen étnico, su constitución genética o familiar, nutrición, funcionamiento endócrino y ambiente sociocultural. Basado en ello, la evaluación de la maduración sexual suele ser más valiosa desde el punto de vista clínico que la edad cronológica, que es la correlación que por lo general preocupa a los padres y al mismo adolescente.

1.5 ALTURA: EL ESTIRÓN DE LA ADOLESCENCIA

Crecer es una característica destacada de la pubertad, el brote o estirón de la pubertad es una de las características fundamentales de la adolescencia. Tiene una duración de 3 a 4 años, con un promedio de 24 a 36 meses.

Está caracterizado por un rápido crecimiento del esqueleto. Es seguida por una desaceleración o enlentecimiento progresivo del crecimiento lineal, hasta que se detiene por la fusión de las epífisis de los huesos largos, como consecuencia de los cambios hormonales.

Actualmente se considera que el incremento en la velocidad de crecimiento es el primer signo de inicio de la pubertad en las niñas, aunque es más fácil de visualizar dicho cambio en el botón mamario. El crecimiento corporal no es homogéneo, por lo general se aprecia una gradiente distal: proximal, es decir, los pies y las manos crecen antes que las piernas y los antebrazos, y éstos lo hacen antes que los muslos y los brazos. La cadera crece antes que



los hombros y el tronco, el cual se acompaña de una epífisis vertebral transitoria.⁵

Todos los órganos participan en el estirón del crecimiento, a excepción de la cabeza, el timo, el tejido linfático y la grasa subcutánea. El inicio del estirón es variable en edad, por lo que los padres o el adolescente pueden manifestar preocupación por una supuesta precocidad o retardo en el crecimiento. Las necesidades nutricionales se hacen más intensas, hay disimetría fisiológica que causa cierta "torpeza" motora, aumenta el metabolismo del calcio en el período de crecimiento rápido.

1.6 NECESIDADES EN LA ADOLESCENCIA

Afectiva.- Los patrones de conducta de los padres influyen en el comportamiento de sus hijos, caso contrario el adolescente pretendecompensar la protección afectiva de sus padres con el amigo íntimo y su mejor confidente. El desarrollo afectivo del adolescente, parte de sus emociones y sentimientos estos varían de acuerdo a la situación o experiencia, y dependen de la satisfacción de sus necesidades como ser humano.

Autonomía.- Es la necesidad de sentirse seguro de sí mismo y para afrontar esa barrera debe romper innumerables lazos con su familia, basados en la autoridad, afecto, etc.

Autoestima.- El conjunto de cambios durante esta etapa van acompañados de sentimientos de miedo, de inquietud, de ansiedad e inseguridad ante lo desconocido, por ello el diálogo abierto entre padres, maestros y el adolescente ayuda a superar los temores es decir la confianza, la sinceridad; promueven el equilibrio: individuo – medio que a la vez despierta un sentimiento de autoconfianza; que piensen bien de él y que se sienta bien como persona constituyendo un efecto positivo de percibir su existencia.

⁵ G. Anderson. OBSTETRICIA PARA LA ENFERMERA Editorial Truquel, S.A. tomo 2. Buenos Aires 1970. México / Buenos Aires.



El impulso de independencia.- Se compara con los adultos y quieren ejercer los mismos comportamientos, hábitos y costumbres. Es un proceso normal y transitorio, por ello los padres y maestros deben ser muy comprensivos, brindarles confianza, seguridad y orientación oportuna para superar el problema derivado de la serie de cambios físicos y psicológicos que lo caracterizan.

Si perciben desconfianza de los adultos, sienten disconformidad consigo mismos, conflictos con los padres y maestros, escasa comunicación, manifestando con rebeldía pasiva o activa, inestabilidad emocional, ansiedad, agresividad y confusión que dificulta ayudarle a responder sus interrogantes.

Búsqueda de identidad.- El adolescente necesita del apoyo en particular de sus padres para afrontar una serie de tensiones, de confusiones, de dudas, etc.

A partir de una ola de cambios personales, el individuo busca a sus progenitores que le ayuden a superar sus problemas determinados por una gran cantidad de opciones, alternativas y posibilidades que debe elegir para su inserción en la sociedad adulta con proyección hacia el futuro.

Al atravesar la crisis de cambios personales, el adolescente necesita conformar un ser positivo, emprendedor para superar las incertidumbres y rápidamente adoptar metas, compromisos e ideales estables. Llega a conciencia de lo que piensa, desea y espera de él, reflexiona sobre sí mismo y se considera distinto a cualquier otro individuo.

Sexualidad.- Desde el punto de vista biológico, la atracción sexual y el despertar amoroso están condicionados por la aptitud para la procreación, caracterizada por el inicio de la menstruación en la mujer y la primera emisión de esperma en el hombre. El cuerpo humano es sexuado, por ello la sexualidad es básicamente la búsqueda de placer constituyendo un medio de acercamiento al otro, mediante la comunicación gestual, las caricias y a



través de contacto sensual, compuesta de aspectos positivos, que brinda la más profunda y exquisita unión entre dos personas al compartir emociones y sensaciones.

En el ámbito de la sexualidad, la sociedad debe favorecer un mayor conocimiento y vínculo con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del auto cuidado de la salud; en otras palabras, propiciar la adopción de conductas sexuales conscientes, placenteras, libres y responsables hacia uno mismo y los demás. Forma la parte integral de la personalidad, siendo la función orgánica que más repercute en el contexto social en que está inmersa y se desarrolla, a la vez está influida por él. Se vincula muy estrechamente con la forma de vida de los adolescentes y con la problemática de salud que puede aparecer en este momento o en etapas sucesivas.

1.7 ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE

A diferencia de lo que sucede en los niños, en los adolescentes, en la medida que aumenta la edad, se incrementa la mortalidad. La prevención primordial y la promoción de factores generales y específicos de protección evitan y controlan los daños y trastornos en la salud del adolescente.

Algunos de estos factores de protección incluyen la educación, la nutrición, las inmunizaciones, el ejercicio físico, el tiempo libre justo, la promoción de las actividades familiares, la atención al desarrollo emocional, las oportunidades de trabajo y el desarrollo de cambios en las legislaciones favorables para el niño y el adolescente. En los servicios de salud se debe promover la prevención del cáncer pulmonar, la prevención de los embarazos precoces, de las infecciones de transmisión sexual, de los accidentes y la evaluación de los patrones de crecimiento y desarrollo, a continuación presentamos los principales factores de riesgo.



FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

Alteraciones en el desarrollo puberal

Menarquía precoz, retardo mental

Desatención y otros problemas en la relación familiar

Fugas frecuentes o deserción del hogar, desempleo del jefe del hogar mayor a 6 meses.

Trastornos de la conducta alimentaria

Malnutrición, hipertensión arterial, arterosclerosis, diabetes, enfermedades crónicas, como el cáncer, tuberculosis.

Riesgos intelectuales

Analfabetismo, bajo rendimiento y/o deserción escolar, crisis de autoridad, tiempo libre mal utilizado, segregación grupal

Factores biológicos

Tabaquismo, alcoholismo y otras drogas; uso de automóviles

Riesgos sexuales

Embarazos, infertilidad.

Factores sociales

Aislamiento, depresión, gestos suicidas, conductas delictivas y/o agresivas, nomadismo

Independencia

Lucha por identidad, humor cambiante, mejora su habilidad para el lenguaje y expresión, quejas de interferencias con independencia⁶.

⁶ Evaluación de los factores de riesgo relacionados con parto prematuro; Autor: Farache, Ysaac; Sosa, Alberto; La Riva, Antonio; Letelier, Claudio; Limas, Rubén; Lopéz, Ricardo; Pfeiffer, Petra.



1.8 CRISIS DEL ADOLESCENTE

La crisis adolescente tiene sus inicios al final de la latencia cuando el niño empieza a interesarse por el mundo juvenil que le envuelve. El niño desea entrar y formar parte de estos grupos donde espera encontrar la fuerza necesaria para desprenderse de sus aspectos infantiles. Este púber, todavía niño, está empezando una larga etapa compleja, imprevisible, cambiante que nos sorprende día a día.

El púber ha de renunciar a su condición de niño, pero los padres también tendrán que renunciar a la visión infantil que tienen de su hijo. Renunciar al niño que les hace sentir jóvenes y que muchas veces da sentido a su vida.

Los argumentos que los adultos se dan respecto a que los adolescentes no son suficientemente responsables, que no tienen capacidad para tolerar, vivir, soportar, comprender la vida y que si se los dejase podrían experimentar un fracaso irreversible son inacabables.

La gran mayoría de las veces son razonamientos y excusas para no perder el control sobre el adolescente, por-que a los padres les cuesta tolerar su ansia de independencia. El inicio del proceso de cronificación de la gran mayoría de las psicopatologías adultas se da en la adolescencia, al no poder superar adecuadamente esta etapa.

El adolescente exige muchas veces a sus padres que respeten su manera de ser, de pensar y de comportarse cuando todavía es dependiente. El adolescente tiene que resolver, superar sus aspectos infantiles no resueltos y después buscarse un lugar, un espacio en el mundo juvenil y adulto. Es una etapa de sufrimiento mental para el adolescente y su familia.

El adolescente tiene un carácter cambiante. De una actitud prepotente puede pasar en poco tiempo a sentirse un derrotado. Toda dificultad es sentida como insuperable; pasa de la alegría a la desesperación; no le gusta



su cuerpo; es muy influenciado por todo lo que le envuelve, modas, tendencias sociales.

Es inconstante, desordenado, impetuoso, discutidor, defensor de sus razonamientos; se rebela contra las normas familiares, etc. No es ni un niño ni un adulto.

Todas estas características definen la manera normal de ser de la gran mayoría de los adolescentes, y los padres tienen que aprender a convivir con esta inestabilidad, dándoles tiempo y siendo tolerantes con sus conductas a veces casi Intolerables.

El problema aparece cuando no puede afrontar esta etapa y continúa siendo un niño sumiso y dependiente de los padres, motivo suficiente para consultar a los servicios de salud mental, o cuando esta crisis toma proporciones que ponen en peligro el equilibrio emocional del adolescente y de la familia.

1.9 APARICIÓN DE LA CRISIS

Cuando la crisis aparece al inicio de la adolescencia, entre los 12- 14 años, está indicando que no puede dar, no puede afrontar los primeros pasos de esta etapa y superar la dependencia infantil. La mayoría de las veces con la ayuda del profesional de la salud mental se les puede ayudar a dar estos primeros pasos. Pero también es cierto que la crisis más agudas y violentas aparece en esta primera etapa.

Toda crisis genera mucha ansiedad, pero cuando aparece al inicio de la adolescencia normalmente son los padres los que la viven y la sufren. En cambio los adolescentes la manifiestan a través de la conducta, de la hiperactividad, del propio cuerpo a través de somatizaciones, etc. La crisis ya avanzada de la adolescencia es diferente. Suele aparecer entre los 15-17 años.



Son jóvenes que están en pleno proceso de cambio, están superando esta etapa evolutiva pero no pueden acabar de estructurar un yo capaz de darles suficiente seguridad. Para muchos adolescentes la reorganización de este proceso es la causa de las crisis de ansiedad. También la evolución hacia una maduración sexual conllevará un reajuste de las pulsiones parciales propias del niño, que será en muchos otros casos el desencadenante de las crisis de ansiedad. Los motivos que les llevan a consultar son la angustia, inseguridad, confusión y baja autoestima.

1.10 DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

El desarrollo psicosocial del adolescente es el proceso que lleva al niño dependiente se convierta en un adulto autosuficiente. Si bien las metas son iguales en todas las culturas, el proceso actual es el único para cada sociedad y para cada edad. Para las adolescentes de la cultura occidental contemporánea, la adolescencia es un largo y fatigoso proceso con muy poca relación con la maduración física, sin un comienzo ni terminación clara, lleno de opciones y con metas futuras poco definidas.

Cualquiera que sea la cultura, la adolescencia está marcada por el logro de tres tareas específicas: emancipación de la independencia de los padres o sometimiento a ellos; formación de una identidad en los campos del auto concepto sexual, intelectual y moral; y un papel funcional en determinar áreas como la vocacional, estilo de vida propia y formación de familia.

Las adolescentes negocian estas tareas contra el trasfondo de su yo del mundo exterior conformado por la familia, el colegio y el grupo de pares. Lo importante de todo esto es que más del 80% de ellas pasan por esta etapa de forma exitosa y relativamente sin muchas dificultades. El considerar a la adolescencia como una etapa de confusión y agitación, implica un desconocimiento de la realidad de estos años. Como



en el caso de pubertad, la adolescencia también puede ser dividido en etapas: temprana, media y tardía, cada una diferente de las otras tanto en el enfoque conceptual así como en sus manifestaciones.

2. EL EMBARAZO

2.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud: “El embarazo comienza con la unión del óvulo y el espermatozoide que se lleva a cabo en el tercio externo de la trompa, una vez fecundado el cigoto tarda de cinco a seis días para su implantación en la cavidad uterina, transcurrido este tiempo comienza la nidación dentro del útero materno y se inicia una serie de procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo. Ante ello los órganos y sistemas reaccionan con nuevas modificaciones morfológicas y funcionales para compensar el equilibrio.

Conforme avanza la gestación el nuevo ser continua su proceso evolutivo, el mismo que atraviesa dos periodos importantes; el embrionario que comprende 12 semanas y el fetal que se inicia cuando concluye el periodo anterior; por otra parte la gestante experimenta una serie de cambios fisiográvidicos propios del embarazo. Transcurrido los nueve meses la futura madre se prepara para el alumbramiento, el embarazo termina con el nacimiento de un nuevo ser, considerada una experiencia irrepetible y un sentimiento profundo de autorrealización de madre; el embarazo dura 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación”.⁷

⁷ Bostos JC, Vera E, Pérez A, Donoso E .EL EMBARAZO EN LA QUINTA DÉCADA DE LA VIDA. Rev Chile Obstet 2004; Pag: 402.



2.2 EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Se llama embarazo adolescente a la preñez de las mujeres menores de 19 años, edad en la que se considera que termina esta etapa de la vida. Esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional.

Cuando se habla de embarazo adolescente se piensa que las consecuencias que éste tiene para la joven normal, olvidando que el niño que van hacer no sólo tiene una madre, sino un padre. No siempre es que padres también un adolescente, sino que muchas veces son hombres adultos, en muchos casos, parientes sanguíneos o políticos de la joven.

Esto quiere decir que muchas veces el embarazo proviene de un incesto, de un abuso sexual o inclusive de una violación. Esto lo transforma aún más en una situación negativa y no deseada

2.3.- Incidencia del embarazo en las adolescentes

El alcance del embarazo en la adolescencia es enorme. La edad media de la menarquía en los Estados Unidos es de 12,3 años. En contraste con otros países desarrollados, la tasa de embarazo entre EE.UU. es muy elevada; todos los años quedan embarazadas 1 millón de adolescentes aproximadamente (National Research Council, 1987). El 42% de las chicas y el 64% de los chicos son sexualmente activos hacia los 18 años (DICKSON).

En el Perú:- El 8,3% de las adolescentes mayores de 15 años ya son madres.- Mientras que en el sector urbano (las ciudades) existe un 66,6% de embarazo adolescente, el sector rural arroja un 76%.- En los últimos 5 años, sólo la tercera parte de los nacimientos (es decir el 31%) era deseado.- El 13% de adolescentes entre 15 y 19 años ya son madres (11%) o sino están gestando por primera vez (2%).



Del dato anterior, sólo el 41,8% quiso ese hijo/a después.- La muerte materna en adolescentes (15-19 años) es de 362 por 100 mil nacimientos: 35%- De esta cifra previa de mortandad, el 15% es por ser aún adolescente y el 20% es por aborto.- Se calcula que se practican cerca de 350 mil abortos al año, lo que nos deja una cifra de 1000 abortos diarios aproximadamente (7-8).

2.4 FACTORES PREDISPONENTES DE EMBARAZOS A TEMPRANA EDAD.

Dentro de estos tenemos:

2.4.1 Factores Individuales:

Los principales factores son:

- **Menarquía temprana:** otorga la maduración reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- **Inicio precoz de las relaciones sexuales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- **Familia disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia con buen dialogo padres-hijos.
- **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.
- **Pensamiento mágico:** propios de esta etapa de la vida que las lleva a crear que no se embarazaran porque no lo desean.



- **Falta o distorsión de la información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: solo se embarazan si tienen orgasmo, o cuando se es más grande o cuando lo hacen con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- **Migración:** Con la pérdida del vínculo familiar, ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca del trabajo y aun con motivo de estudios superiores.
- **Aumento de número de los adolescentes:** alcanzando el 50% de la población femenina.
- **Factores socioculturales:** Evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

2.4.2 Factores Biológicos:

Menarquía:

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, el uso de los métodos de planificación sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas.

2.4.3 Factores Psicosociales

Psicológicas: los adolescentes no son capaces de entender las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz en esta etapa piensan que a ellas eso no les va a pasar, que eso solamente ocurre a otras.

- Para castigar a los padres por su incomprensión.
- Para irse de un hogar disfuncional
- Huir de un ambiente difícil.
- Agradar al novio.



Sociales: Existe propaganda que incitan a los jóvenes a tener relaciones sexuales a temprana edad.

Socioculturales: Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud, fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta

2.4.4 Causas sociales:

- La vida en comunidades o la asistencia a escuelas en donde la procreación a una edad temprana es común.
- Condición económica es favorable.
- Migración reciente.
- Las salidas tempranas (las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a los 13 años). Se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia.
- El consumo de alcohol u otras drogas incluyendo los productos del tabaco.
- Víctima de abuso sexual.
- Inicio precoz de relaciones sexuales.

2.4.5 Factores Familiares:

- Familia funcional
- Familia en crisis
- Perdida de un familiar



- Enfermedad crónica de algún familiar.
- Madre con embarazo en la adolescencia.
- Hermana adolescente embarazada
- Madre aislada y emocionalmente poco accesible
- Vinculo más estrecho con el padre
- padre ausente. Vinculo más estrecho con la madre, pero ambivalente.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres.
- ser hija de una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 años o siendo aún más joven.
- Crecer en condiciones de pobreza

2.4.6 Factores Migratorios

Es un proceso muy complejo; persona interiormente atraviesa situaciones diversas para conseguir su principal objetivo mejorar el estilo de vida.

2.4.7 Etapas del Migrante

Separación familiar, los estados emocionales sufridos por las personas migrantes con esta separación es conocida por muchos especialistas con el nombre de Duelo Migratorio.

Duelos migratorios entre los principales se encuentran:

- Estatus social.
- Tierra.
- Cultura.
- Lengua.
- Familia y amigos.
- Con el grupo étnico



Toda persona independientemente sea emigrante o no, hemos pasado en algún momento de la vida por un duelo; este duelo por migración se clasifica en tres tipos: simple, complicado y extremo, repercutiendo en algunos casos con trastornos emocionales, estrés y cuadros depresivos.

2.4.8 Factores Determinantes:

- Relaciones sin anticoncepción.
- Abuso Sexual.
- Violación.

2.5 CAMBIOS: FÍSICOS EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

2.5.1 ANIVEL DEL APARATO REPRODUCTOR:

Útero: Su longitud aumenta cuatro veces más en comparación con el útero de una mujer que no está embarazada, y su peso es 20 veces mayor lo que proviene del agrandamiento de las fibras musculares y también de tejidos. El útero no grávido tiene la consistencia de una pera verde dura.

El embarazo produce ablandamiento notable, de modo que por la octava semana por palpación el médico puede flexionarlo, lo que constituye el signo de Hegar. En el cuarto mes, puede palpase como un balón suave, el cuello uterino también se ablanda lo que se considera signo de Goodell, aumento de los vasos sanguíneos. El conducto cervical se llena con un tapón de moco espeso, que impide el paso de bacterias al útero.

Vagina: En el embarazo es característico el color violáceo (signo de chadwick) también aparecen como signos de hipertrofia de la vulva y el reblandecimiento de la vagina. Aumenta la cantidad de secreciones vaginales que son muy ácidas y de color blanquecino; lo cual se llama leucorrea.



Los Ovarios: En la mujer gestante se encuentran casi paralelos a su eje longitudinal, su riego sanguíneo aumenta y sus venas se distienden en gran grado; por influencia hormonal no maduran los folículos ováricos y se interrumpe la ovulación.

2.5.2 OTROS ÓRGANOS:

MAMAS: Primeros signos que se presentan son: un dolor pruriginoso al palpar las mamas, que poco a poco aumentan al crecer el tejido alveolar y aumentar el riego sanguíneo. Los pezones son más prominentes y eréctiles, que al inicio del embarazo sale un líquido seroso claro (calostro).

PIEL:

Estrías Gravídicas: Al crecer el feto, el útero aumenta de tamaño por compresión interna; ello hace que el ombligo se aplane y más tarde sobresalga. Las fibras elásticas de las capas profundas de la piel se separan y se rompen por estiramiento. Aparecen en el abdomen y en los glúteos en la mitad o al final del embarazo. Puede haber prurito intenso como resultado de este estiramiento.

Hiperpigmentación: En zonas específicas del cuerpo, pueden aparecer temporalmente depósitos de pigmento, según el color original de la piel. Por lo regular en la línea media abdominal suele verse la "línea negra". El cloasma o la máscara del embarazo tiene el aspecto de una quemadura facial ocasionado por la luz solar. La areola o la zona alrededor del pezón aumenta de tamaño y se obscurece. Esta zona de mayor pigmentación se decolora después del parto y regresa a su color normal.

Mayor Transpiración: Las glándulas sudoríparas y sebáceas muestran mayor actividad durante el embarazo; como resultado de ello, la mujer puede sufrir molestias por el olor en su cuerpo, su ropa puede humedecerse por el sudor, y su cabello estar grasoso.



2.5.3 A Nivel Del Aparato Endócrino:

Cambios en las glándulas:

- **Tiroides:** Aumenta de tamaño y el metabolismo basal es mayor en la gestación y llega a límites de 20 o más en el tercer trimestre, lo que representa el consumo de oxígeno combinado de la madre y del hijo.
- **Paratiroides:** aumenta de tamaño, especialmente en la decimoquinta a la vigésima quinta semana, cuando llegan al máximo las necesidades de calcio por parte del producto. Dicha hormona es necesaria para conservar concentraciones suficientes de calcio en la sangre y si no se recibe suficiente mineral, se trastorna el metabolismo de los huesos.
- **Páncreas:** La insulina es producida por las células del páncreas llamado islotes de langerhans, distribuidos en todo el tejido pancreático. La insulina es importante para el metabolismo de los carbohidratos, durante el embarazo aumentan las concentraciones de esta hormona.
- **Hipófisis:** La adenohipófisis secreta tres hormonas gonadotrópicas importantísimas en la reproducción. Entre ellas la hormona lactógena y prolactina, que desencadena la secreción láctea poco después el parto. La neurohipófisis secreta oxitocina, hormona que estimula la contracción de la musculatura lisa del útero.
- **Ovarios y placenta:** El cuerpo amarillo del embarazo conserva este durante los primeros dos meses, por secreción de progesterona y estrógenos, después la placenta se encarga de la producción de estas hormonas; también produce la hormona gonadotropina coriónica.
- **Suprarrenales:** Aumenta el tamaño durante el embarazo, especialmente la zona cortical que produce aldosterona, hormona corticosuprarrenal de la que depende el equilibrio de sodio y potasio en la corriente sanguínea.



2.5.4 Aparato Circulatorio:

Corazón y sangre: La cantidad de sangre aumenta 30 a 50 por 100 por el aumento en el contenido de agua; como resultado el corazón necesita trabajar más para hacer circular la sangre. Aumenta el número de eritrocitos

Vasos sanguíneos: Aumenta el 30%, sobre todo en la mitad del embarazo, esto origina hidremia y hemodilución y causa variaciones en algunos componentes sanguíneos; esta hipervolemia favorece en: Llevar al mínimo el efecto de la hemorragia posparto. Cubrir la demanda sanguínea que existe por el aumento de la vasculatura uterina.

2.5.5 A Nivel Del Aparato Musculo esquelético:

Huesos: Existe crecimiento de los huesos esto pasa si es que son mujeres jóvenes.

Articulaciones: Existe una lordosis lumbosacra, marcha lenta, pesada y balanceada.

Posición: Marcada proyección de la cabeza y el tronco hacia atrás. Todo esto debido a que los estrógenos aumentan la actividad osteoblástica provocando el crecimiento de los huesos, estimulando el depósito de cantidades elevadas de matriz ósea, con la consiguiente retención de los minerales.

Músculos: Existe mayor fragilidad: existe un reducido índice de calcio sérico con relativo aumento del fósforo en suero. Acentuada excitabilidad, debido a la falta de oxígeno en los músculos por irrigación deficiente.



2.5.6 APARATO RESPIRATORIO:

Rinorrea y congestión nasal debido al incremento de la circulación sanguínea. Ascenso del diafragma debido al crecimiento el útero.

2.5.7 Aparato Digestivo:

Disminución del tono y de la motilidad del tracto gastrointestinal; porque la progesterona procedente de la placenta contribuye a relajar la musculatura lisa.

2.5.8 Aparato Urinario:

Vejiga: Aumentan las molestias físicas y se vuelve difícil conciliar el sueño por el crecimiento del útero que comprime la vejiga hacia la pared abdominal.

Uréteres: hipotonía por lo tanto la velocidad del flujo disminuye ya que interviene la hormona relajante como es la progesterona.

Orina: Aumenta la cantidad debido al aumento de la filtración glomerular y disminución de la resorción tubular.

2.6 CAMBIOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

2.6.1 Actitudes ante la maternidad: El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto



familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo.

Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo.

2.7 ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos:

A. Grupo de alto riesgo obstétrico y perinatal:

- Antecedentes de patología médica obstétrica general importante
- Antecedentes de abuso sexual.
- Desnutrición.
- Estatura de 1.50m o menor.
- Cursando los primeros años del colegio.
- Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

B. Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal:

- Menarquía a los 11 años o menos.



- Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
- Ser la mayor de los hermanos.

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

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

2.8 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE.

La muerte y la discapacidad materna representan un problema de salud pública en el mundo en desarrollo. Por cada 100.000 nacidos vivos, las mujeres en el mundo en desarrollo corren un riesgo 22 veces mayor que las de los países desarrollados de morir durante o después del embarazo. En comparación con las mujeres que están en los 20 años de edad, las adolescentes de 15 a 19 años de edad tienen el doble de probabilidad de morir en el parto y las que tienen 14 años o menos la probabilidad es 5 veces mayor.

La muerte por complicaciones del parto es un elemento de considerable presencia, ya que se trata de un cuerpo no preparado para un proceso traumático. Debido a que las adolescentes están todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis todavía está creciendo, así mismo el canal del parto no tiene el tamaño definitivo, por lo que las madres adolescentes presentan desventajas biológicas y tienen más problemas en los partos.



2.9 RIESGO DEL EMBARAZO Y EL PARTO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Riesgos perinatales:

La experiencia del parto a cualquier edad es un acontecimiento trascendental. Sin embargo, para la adolescencia con frecuencia se acompaña de un conjunto diferente de problemas. Las madres adolescentes mayores y sus futuros hijos afrontan riesgos biomédicos mínimos en comparación con las adolescentes jóvenes, quienes en general presentan tasas altas de muerte materna y neonatal.

La población que tiene riesgo especial para resultados adversos son las adolescentes que no pertenecen a la raza blanca. Para las jóvenes, menores de 15 años, existe mayor probabilidad de que el niño sea mortinato o prematuro, tenga peso bajo al nacer o muera poco después del parto; además, la madre tiene mayor riesgo de aumentar menos de peso, experimentar infecciones del parto urinario, enfermedades de transmisión sexual, hipertensión inducida por el embarazo, anemia por deficiencia de hierro, desproporción cefalopélvica y trabajo de parto prolongado.

Aunque se requiere más evidencia, la información disponible sugiere que el parto a una edad muy temprana afecta en forma adversa el crecimiento lineal de las jóvenes adolescentes, porque los estrógenos en circulación durante el embarazo aceleran de modo irreversible el cierre de las epífisis.⁸

⁸ D de Gordon, J de Milberg, Daling J. Promueve la edad maternal como el factor de riesgo para la entrega de cesareas. *ObstetGynecol* 2004; Pag: 493.



2.10 RIESGO PSICOSOCIALES PARA LOS PADRES ADOLESCENTES Y SUS HIJOS

Las consecuencias psicosociales de maternidad prematura suelen ser perturbadores y parecen aumentar según el grado de desventaja socioeconómica y conforme es menor la edad de los padres adolescentes.

Las observaciones que se obtuvieron en diversos estudios recientes, sugieren que las madres adolescentes tienen patrones de interacción más malos con sus hijos recién nacidos y con los que empiezan a caminar, dedican menos tiempo a hablar con ellos, mantienen menor contacto visual y utilizan menos las balanzas y más los castigos que las mujeres adultas, las adolescentes mayores con frecuencia afrontan los problemas de la crianza de los hijos de manera más realista que las más jóvenes porque sus destrezas cognoscitivas son más amplias, tienen mayor desarrollo psicosocial y cuentan con una red de apoyo más grande.

Las madres adolescentes jóvenes en general muestran comportamiento agresivo hacia el niño (similar a la envidia entre hermanos). Suelen molestarlo y en general se relacionan con él como si fuera un juguete para satisfacer sus necesidades. Las adolescentes de edad intermedia en general presentan incongruencia en su comportamiento como madres, ya que en ocasiones responden de manera adecuada a las necesidades del niño y en otras muestran poco interés.

Aunque no se llega a conclusiones, en apariencia los cuidados maternos son de peor calidad y se observa mayor incidencia de retraso intelectual, en el desarrollo físico y educativo entre los niños que nacen de madres adolescentes en comparación con los que nacen de madres de mayor edad. Muchos de estas diferencias se hacen mayores a medida que los niños se desarrollan y los varones se ven más afectados que las niñas por nacer de madres adolescentes por lo menos en los primeros años. Al llegar a la etapa



educativa, los principales problemas para los hijos de padres adolescentes son mal desempeño escolar y delincuencia juvenil.

Los resultados de muchos estudios sugieren que el nivel sociocultural bajo, la poca educación de los padres y la mayor incidencia de inestabilidad familiar, con varias personas al cuidado de los niños son factores asociados que influyen más que la edad específica de la madre. Los cambios en el curso de la vida materna (dejar de utilizar la ayuda de beneficencia después de los años preescolares del niño, formar un matrimonio estable) influyen en forma significativa en el desarrollo del niño en los primeros años. Colaboradores observaron que la maternidad y la paternidad en la adolescencia plantean restricciones e impiden libertad de elección en diversas áreas (educativa, ocupacional y matrimonial) e inhiben el desarrollo de los sentimientos de autonomía individual.

Los nacimientos que se producen cuando la madre tiene 18 años de edad también se asocian con reducción de la eficacia personal que la mujer considera tener con respecto a otras mujeres de la misma educación y que proceden de entornos socioeconómicos equivalentes.

El manejo de embarazos en adolescentes debe ser integral y realizarse de una forma multi e interdisciplinario, con un equipo debidamente capacitado en el área.

Es muy importante tener en cuenta situaciones que en una madre adolescente puede ser de gran importancia como por ejemplo, el consumo de sustancias tóxicas, como el alcohol, tabaco, drogas o la presencia de infecciones de transmisión sexual.

CAPÍTULO IV

MARCO REFERENCIAL

FOTO N° 1

3.1 CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO DE LA PROVINCIA DEL AZUAY



**Fuente: Foto del Centro De Salud De Pumapungo.
Responsables las autoras**

El estudio se realizó en el Centro de Salud N° 1 de Pumapungo se encuentra Ubicado en la provincia del Azuay, dentro de la zona urbana de la Ciudad de Cuenca, pertenece al Área de Salud 1 Pumapungo, es una institución pública situado en la parroquia San Blas, en la Av. HuaynaCápac #1-270 entre Cacique Duma y Calle Larga.Diagonal al Banco Central.



UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Limites Geopolíticos:

El Centro de Salud N° 1 se encuentra dentro de los siguientes límites: al norte por la Avenida Huayna Cápac en la unión con la Avenida GilRamírez Dávalos, sigue hasta la calle Vega Muñoz se prolonga con la calle Tomás Ordóñez, continúa en su extensión con la Calle Larga y por esta hasta el puente de Todos Santos, desde donde va por la orilla izquierda del río Tomebamba hasta el puente del Vergel; en seguida sube por la Avenida Huayna Cápac hasta la calle Cacique Duma (continuación de la calle Larga) por la cual baja hasta la calle Paseo de los Cañaris, continuando por esta, hasta la calle Núñez de Bonilla de la cual se pasa a la calle Sebastián de Benalcazar hasta llegar nuevamente, a la esquina de la Avenida Huayna Cápac y Gil Ramírez Dávalos.

CREACIÓN DEL ÁREA DE SALUD N° PUMAPUNGO

La creación del Área de Salud 1, mediante decreto ejecutivo No.,3292 del 29 de Abril de 1.992, publicado en el Registro oficial No. 932 del 11 de Mayo de 1.992 se establece la conformación de las Áreas de Salud como el nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada de los servicios del Ministerio de Salud Pública. Posteriormente, según el acuerdo ministerial No. 14122 del 20 de Mayo de 1992, publicado en el Registro Oficial 950 del 4 de Junio de 1.992, las Direcciones Provinciales de Salud han redefinido las jurisdicciones de las Áreas de salud, de acuerdo a los requisitos que propone las normativas del Ministerio de Salud Pública como ser: el tamaño de su población, extensión del área geográfica y su accesibilidad, por los servicios básicos de salud que presta y por disponer de una capacidad de gestión técnica administrativa.

**Misión:**

El centro de Salud de Pumapungo tiene por misión: Brindar atención en las Unidades Ejecutoras del Ministerio de Salud Pública en la prestación de servicios de salud en la ciudad de Cuenca, comprometida con el paciente y sus necesidades, que garantice la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad, con una atención reconocida por ser de calidad y con calidez, accesible, ágil, profesional, responsable, ética, sistematizada entre los diferentes niveles asistenciales, eficiente y eficaz en su desempeño y respetuosa con el medioambiente.

Visión:

- ❖ La visión del Centro de Salud de Pumapungo es: contribuir a mejorar la salud y generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables para la población, por medio de la promoción y protección de la salud, la seguridad alimentaria, la salud ambiental y el acceso permanente e ininterrumpido a los servicios, incorporando la participación ciudadana en la planificación y veeduría de las prestaciones brindadas, promoviendo la coordinación, la complementación y el desarrollo de las unidades operativas bajo su jurisdicción, conforme a los principios de universalidad en el acceso y cobertura, equidad, solidaridad, integralidad, de manera participativa y planificada, eficiente, eficaz, con calidez y de calidad.

Estructura física:

De acuerdo a su estructura física el Centro de Salud de Pumapungo cuenta con dos plantas distribuidas de la siguiente manera:

El servicio de consulta externa está ubicado en la primera planta del Centro de Salud de Pumapungo brinda atención a la pacientes embarazadas;



desarrolla actividades de atención y recuperación; cuenta con áreas como pediatría, obstetricia, ginecología, odontología y laboratorio . Dispone de un equipo multidisciplinario (médico tratante, una enfermera jefe, enfermeras de planta, internas de enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadora social, personal de limpieza), con capacidad para 20 pacientes distribuidos en la distintas áreas.

Planta física, el Centro de Salud de Pumapungo cuenta con:

1.- Una estación de enfermería, en la que podemos encontrar una balanza, una camilla, un escritorio grande en los cuales se guarda material de oficina como: hojas para exámenes, recetarios, carnet de embarazo, carnet de vacunas para recién nacidos hojas de signos vitales, etc.

Dos sillas, un basurero para material común, un fichero en donde están ubicadas las historias clínicas y un teléfono.

2. A la entrada se encuentra una cartelera, en la que están publicados cuando se realizan charlas o reuniones.

Existe una bodega donde se guarda gasas, guantes, suturas, apósitos, baja lenguas, frasco para orina etc.

En el compartimiento de lado se encuentra el baño para uso exclusivo del personal, y también hay otro a lado para los pacientes que llegan a atenderse.

3.- tenemos otro cuarto que es para las respectivas vacunas de las madres embarazadas y de los niños hay un mesón en la que podemos observar un que se encuentra un lavabo pequeño, un charol, con torundas y alcohol, dispensador de toallas y jabón.



RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO

El Centro de Salud cuenta con:

Una enfermera Jefe. Lcda. María Eugenia Pacheco.

6 Auxiliares de Enfermería, 4 médicos, 2 pediatras, 2 ginecólogos y 2 obstetras, 3 odontólogos y 6 internos de Enfermería

3.2 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS DE LA PROVINCIA DEL AZUAY

Clima:

Se define por zonas de páramo localizadas en las altas mesetas y por clima mesotérmico húmedo y semihúmedo en el resto de la provincia. La temperatura promedio oscila entre los 12°C y 20°C.

Orografía:

La orografía azuaya, comprendida por la hoya del Paute y parte de la del Jubones, presenta cumbres que no sobrepasan los 4.500 metros sobre el nivel del mar. Los macizos que se destacan en la región son: Collay y Matanga al oriente. Al interior de la Cordillera de los Andes existen valles como los de Cuenca, Girón, Yunguilla, Sigsig, Gualaceo y Paute que son propicios para la agricultura gracias a la buena irrigación que presentan.

Hidrografía:

El río Paute perteneciente a la cuenca del Amazonas, es el eje de su sistema hidrográfico; de los ramales occidentales nacen los ríos Tomebamba y Yanuncay, que bañan a la ciudad de Cuenca. Otros ríos de importancia son: Cuenca, Gualaceo, Tarqui, Machángara, Jadán y San Francisco.

**Recursos Naturales:**

El fértil suelo azuayo es propicio para la agricultura. En sus valles centrales se cultiva maíz, cereales, hortalizas y una gran variedad de frutas; en el extremo occidental de la cordillera se obtienen productos tropicales como caña de azúcar, algodón, café, entre otros.

El sector ganadero se caracteriza por la crianza de ganado ovino, vacuno y porcino.

En lo referente a la minería existen yacimientos de mármoles y arcillas. Otros minerales como el oro, la plata y el zinc.

La agroindustria está dirigida a los sectores textil, llanero y de la cerámica, principalmente, a más de la producción alimenticia, artesanal y licorera.

Es importante señalar que el Estado tiene en esta provincia la Central Hidroeléctrica más importante del país, edificada sobre el cauce del río Paute.

Industrias:

Textiles, caucho, artículos de cuero, joyas, etc. ARTESANIAS: Orfebrería en oro y plata, talabartería, instrumentos musicales, muebles de madera torneada, hierro forjado, hojalatería, objetos en lámina metálica de bronce, vitrales, vidrio soplado, cerámica esmaltada, alfarería, trabajos en madera de guayacán y en mármol, volatería y fuegos pirotécnicos, tejidos en paja toquilla, en fibra, cabuya, paja de trigo, paño, carrizo, bordados, tela de caucho, dulces.

Comercio:

Alimentos, bebidas, cerámica, muebles, etc.



3.3 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

La Provincia del Azuay se ha caracterizado por tener fuertes movimientos migratorios del campo a la ciudad. En las zonas urbanas con la actual tasa de crecimiento la población se duplicaría en 15 años. La población global posee una de las tasas de natalidad más altas del país (34 por mil) y un ritmo de crecimiento de 3.8%. La promoción educativa y laboral de la mujer y la estabilidad del trabajo del hombre son aspectos focales de una armónica política familiar.



CAPÍTULO V

4.1 OBJETIVOS

4.1.1 GENERAL:

- ~ Determinar los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pumapungo.

4.1.2 ESPECÍFICOS:

- ~ Determinar la frecuencia de embarazos en mujeres adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pumapungo mediante un formulario.
- ~ Identificar los factores de riesgo en las adolescentes embarazadas, mediante la aplicación de un formulario de variables de salud y socio demográficos



4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de tipo descriptiva, de corte transversal porque estudia las situaciones y eventos, además mide diversos factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden al Centro de salud de Pumapungo proporcionando orden y un valor numérico a la recolección de información, la misma que nos facilita para la interpretación y análisis de los resultados de la investigación.

4.3 UNIVERSO

En el presente estudio se tomó como fuente de información a un universo finito de adolescentes embarazadas de 14 a 19 años, que acuden al centro de salud de Pumapungo de la Provincia del Azuay. La población de estudio está constituida por 220 adolescentes embarazadas.

4.4 MUESTRA

Una vez definida el tamaño de la población se trabajó con una muestra de 69 adolescentes del centro de salud de Pumapungo de acuerdo al cálculo muestra se aplicó la siguiente fórmula:

m Universo

C² Error admisible

$$n = m = \frac{220}{C^2 (m-1) + 1} = \frac{3.19}{0.01 (219) + 1} = \frac{220}{3.19} = 69$$

2.19+1=319

4.5 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

- Revisión bibliográfica, que nos permitió identificar los factores de riesgo materno fetales y establecer un plan de cuidados de atención de enfermería para todas las mujeres adolescentes embarazadas.
- Revisión de historias clínicas, mediante las mismas se identificó la frecuencia y factores de riesgo en mujeres adolescentes embarazadas.
- Se entrevistó a las madres mediante la utilización de un formulario.
- Se tabuló los datos con la información obtenida en los formularios.

FOTONº

ENTREVISTA A LAS USUARIAS DEL CENTRO DE SALUD



Foto: Instante en las pacientes llenan las encuestas.

Responsables: Las autoras.

4.6 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para la interpretación y análisis de la información se utilizaron los siguientes instrumentos de trabajo:



Formulario de encuesta dirigida a las adolescentes embarazadas con preguntas que permitieron obtener la información a cerca de: edad(en años cumplidos), estado civil (casada, soltera, unión libre, divorciada o separada), residencia (domicilio al momento del estudio), paridad; edad gestacional, patología del embarazo (complicaciones médicas), fecha de la última menstruación, fecha probable de parto. Valoración Obstétrica y determinación de ARO.

La duración de la encuesta fue de 10 minutos. **(Ver Anexo 1)**

Estos datos fueron recolectados por las autoras durante 4 horas diarias en el centro de salud, luego se procedió a realizar visitas domiciliarias ya que las adolescentes no acudían al centro de salud.

4.7 PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para este estudio inicialmente se identificó a las adolescentes que estaban embarazadas, luego se tuvo un acercamiento con cada una de ellas, posteriormente se le invitó a participar en la investigación explicando brevemente sobre el porqué de esta investigación, se aplicó el llenado del formulario de registro.

FOTO N°2**ENTREVISTA E INSTRUMENTOS QUE UTILIZARON LAS AUTORAS
PARA LA INVESTIGACIÓN**

Foto: Instante de la explicación sobre el tema de la investigación.
Responsables: Las autoras.

**4.8 PLAN DE TABULACIÓN, PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA
INFORMACIÓN**

Se basó en el análisis de cada uno de los datos obtenidos en la revisión de la ficha clínica, registro y entrevista según criterios establecidos y con la participación voluntaria de las mismas, lo que nos permitió obtener la información solicitada para nuestro estudio

Se elaboró tablas de una y doble entrada, con cruce de variables. Para ello utilizamos el programa EXCEL Y SPSS.

Se analizó y examinó los elementos básicos con la finalidad de realizar la interpretación de los datos, tratando de buscar significados. Se buscó en todo momento establecer la relación entre el problema, marco teórico y



objetivos planteados. Se realizó análisis cuantitativo y cualitativo de las variables estudiadas.

4.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron adolescentes con edades comprendidas entre los 14 -19 años, que obtengan un consentimiento informado de sus padres o de los cónyuges, y que ellas mismas estén de acuerdo con participar en la investigación.

4.10 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

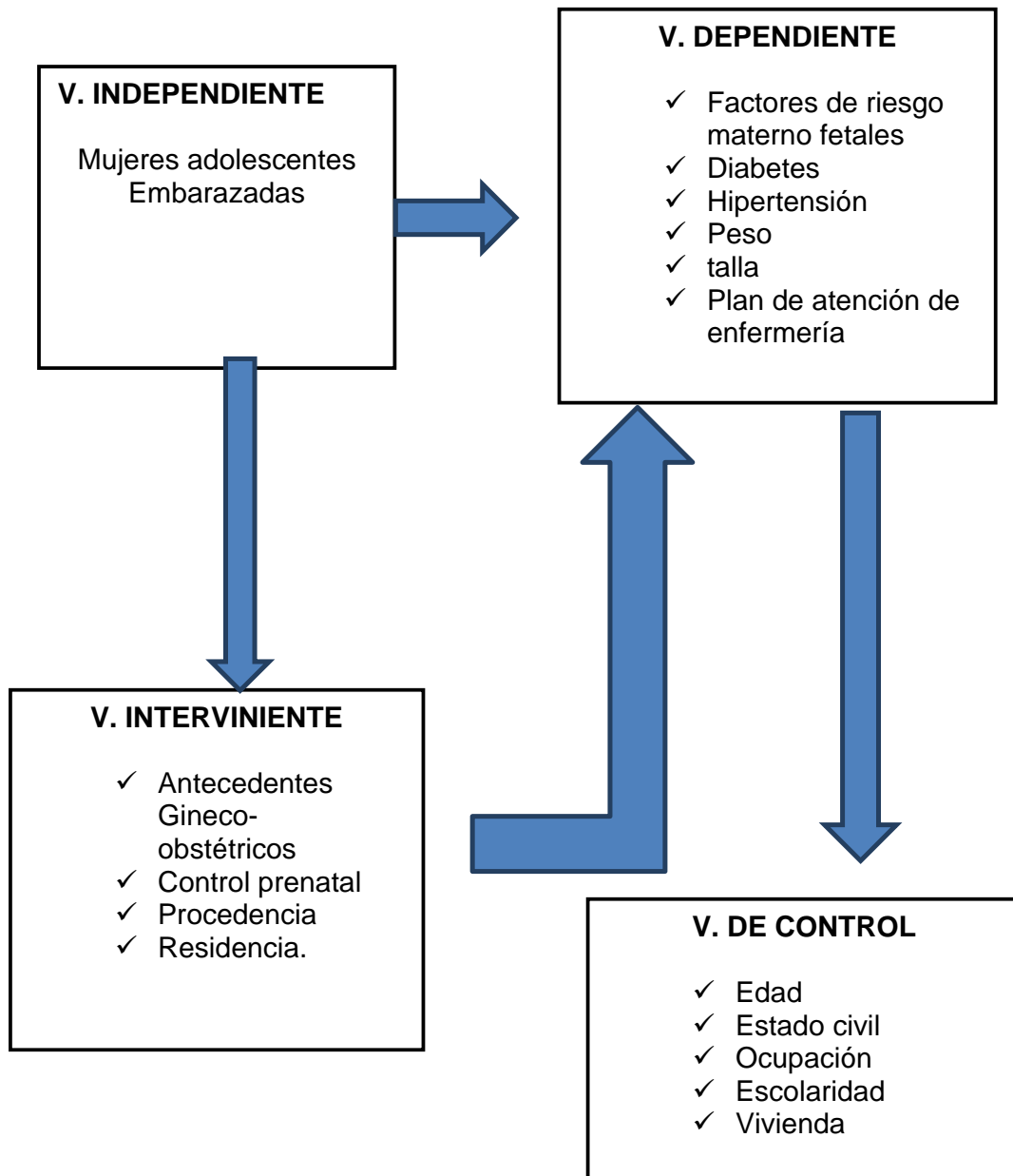
- Mujeres mayores de 20 años
- Mujeres que no firmen su consentimiento informado.

4.11 ASPECTOS ÉTICOS

Las entrevistas aplicadas a las adolescentes embarazadas que acuden al centro de salud se realizaron por medio de encuestas de manera confidencial. Las adolescentes firmaron el asentimiento informado, se comunicó acerca de la investigación y el uso que les dará a los resultados de esta investigación. (**Ver Anexo 2**)



4.12 ESQUEMA DE ASOCIACIÓN EMPÍRICA DE VARIABLES





CAPÍTULO VI

5.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD PUMAPUNGO DE LA PROVINCIA DEL AZUAY, SEGÚN: EDAD. CUENCA. 2011

EDAD	#	%
- 13 años	0	0
+ 14 – 16 años	15	22
+ 17 años	55	78
TOTAL	70	100

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras

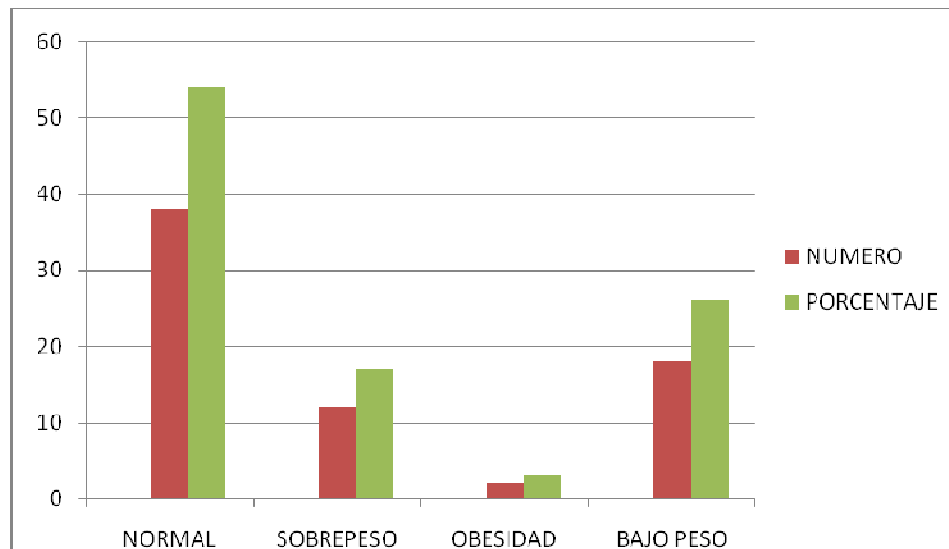
ANÁLISIS

Del total de las adolescentes entrevistadas; La edad oscila entre los 13 años (34%) y 17 años (19%), que corresponde a la etapa de la adolescencia intermedia y tardía. Esto significa que un embarazo a temprana edad representa un aspecto poco aceptado ante la sociedad, y a veces un problema para sus familiares, este hecho tiene relación con los acontecimientos del medio que influye para que suceda este fenómeno que hoy en día es muy frecuente en las comunidades rurales, esto también puede ser a causa de: la precocidad de la actividad sexual, deficiente información en la educación sexual y reproductiva impartida en los establecimientos de salud e instituciones educativas, que los y las adolescentes tienen relaciones sexuales como algo normal sin medir las consecuencias a futuro, sumado el fenómeno migratorio que causa la desintegración del núcleo familiar. Estos aspectos aumentan el riesgo de tener embarazos no deseados en forma temprana.

Según los análisis de la tabla menos de 13 años existe un 0% ya que no hay embarazo en adolescencia temprana, más de 14 – 16 años existe un 21.5%



ya que es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo, también se preocupan por la apariencia física pretender poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda, más de 17 años existe un 78% ya que en esa edad aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y presentan una perspectiva más adulta.

GRÁFICO Nº 1**DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO DE LA PROVINCIA DEL AZUAY, SEGÚN: PESO. CUENCA. 2011**

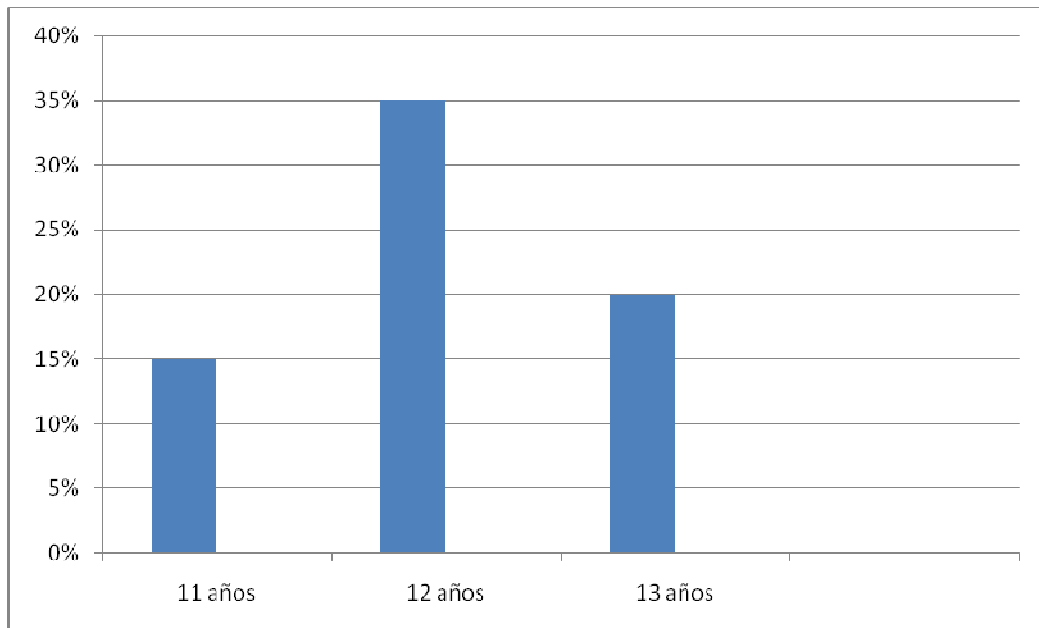
Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras

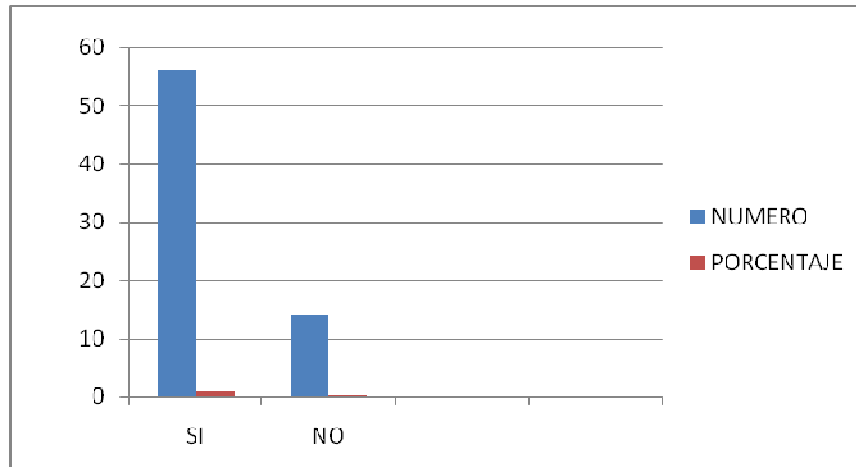
ANÁLISIS

Tomando como referencia las tablas estadísticas tabuladas existe un 54% de adolescentes que tienen peso normal debido a que existe una adecuada alimentación y cuidado durante el periodo de gestación, tomando en cuenta que existe un buen control prenatal y una orientación adecuada y oportuna por parte del médico determinando así su peso ideal para la edad gestacional por otra parte se observa índices bajos de bajo peso) esto puede deberse a que algunos adolescentes toman un criterio equivocado sobre los alimentos adecuados y nutritivos que se debe consumir durante el embarazo.

Se ha valorado el índice de masa corporal para la edad gestacional según peso y talla también y carnet materno según estos parámetros se ha sacado los percentiles de peso normal, sobrepeso, obesidad y bajo peso.

**GRÁFICO Nº 2****DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN
AL CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO DE LA PROVINCIA DEL
AZUAY****SEGÚN: PRIMERA MENARQUIA. CUENCA. 2011****Fuente:** Entrevista.**Elaborado por:** Las autoras.**ANÁLISIS**

Como ya se ha mencionado en la consulta bibliográfica, la primera menarquia en las adolescentes puede aparecer entre los 10 y 15 años de edad, durante estos periodos son más frecuentes. En nuestra investigación se observa que la edad más frecuente es de 12 años con el 35%, 13 años con el 20% y 11 años con el 15%. Esto nos indica que este fenómeno también puede influir en los embarazos a temprana edad ya que luego de la primera menstruación las hormonas están en desarrollo y las adolescentes se sienten ya mujeres desarrolladas, teniendo una información errónea de los cambios que se están presentando en su cuerpo y sometándose a los riesgos como el embarazo.

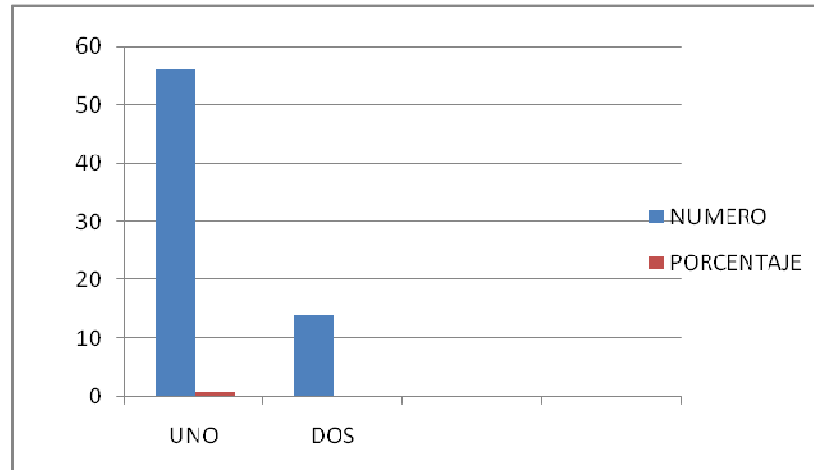
GRÁFICO Nº 3**DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO DE LA PROVINCIA DEL AZUAY, SEGÚN: INFORMACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. CUENCA. 2011**

Fuente: Entrevista.

Elaborado por: Las autoras.

ANÁLISIS

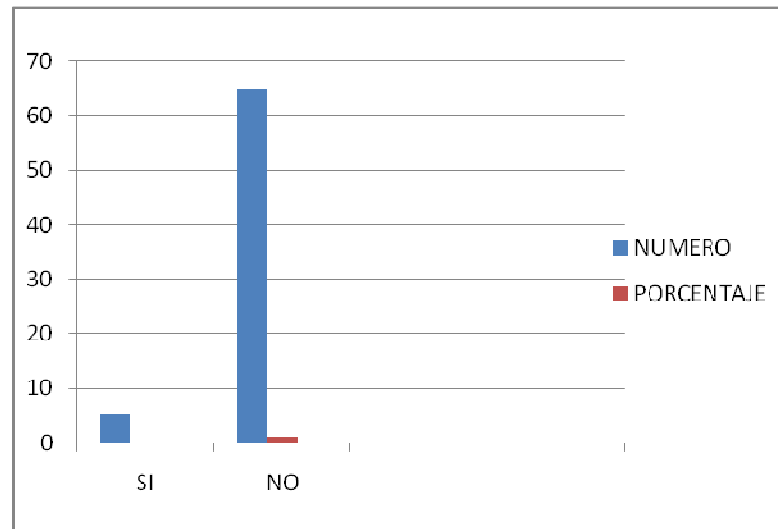
El 56% de las adolescentes no ha usado ningún tipo de métodos de planificación familiar, el 14% si ha usado, esto se refiere a las adolescentes que ya tuvieron su primer embarazo y esta es la segunda vez que están embarazadas, esto es dividido a que en áreas rurales todavía hay ese miedo o remordimiento sobre la utilización de estos métodos, porque la gente está a la expectativa de lo que hacen las otras personas para juzgar y por esta razón las adolescentes están cohibidas sin saber si lo que están haciendo esta correcto o no.

**GRÁFICO Nº 4****DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO DE LA PROVINCIA DEL AZUAY SEGÚN: GESTACIONES. CUENCA. 2011**

Fuente: Formulario de entrevista.
Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

Según los datos recolectados se puede determinar que existe un índice menor de gestaciones en adolescentes que tienen dos hijos debido que formaran un hogar y que se dedicaran únicamente a la responsabilidad del hogar y a su vez por falta de educación sobre el tema sobre planificación familiar y falta de apoyo e información por parte de sus padres conllevan a un nuevo embarazo y a su vez trae consecuencias afectando directamente a sus salud y a la de sus hijos.

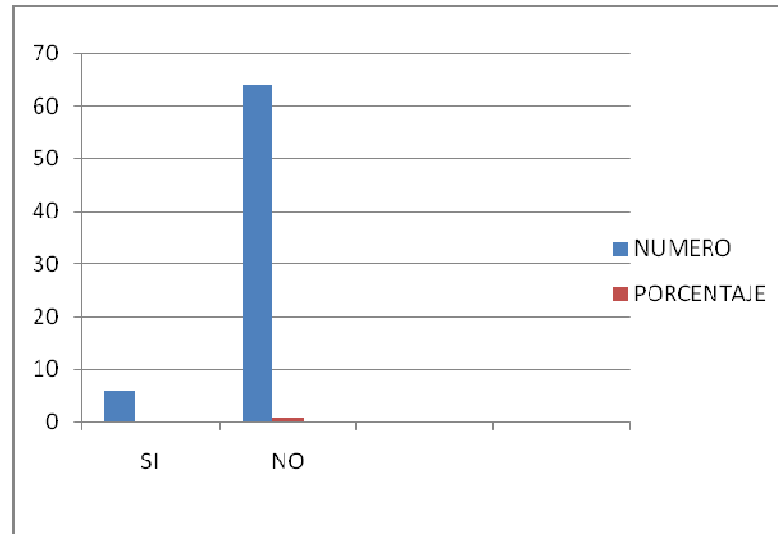
GRÁFICO Nº 5**DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO DE LA PROVINCIA DEL AZUAY SEGÚN: ABORTOS. CUENCA. 2011**

Fuente: Formulario de entrevista.
Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

Entre una de las causas maternas se encuentra los antecedentes de aborto previo del 100% de las usuarias encuestadas solo el 7% refiere haber presentado un aborto mientras que el 93% no lo refiere.

Una complicación del aborto es el síndrome de Asherman, este síndrome se reconoce por la aparición de adherencias de tejido dentro del útero, que producen síntomas clínicos tales como anormalidades menstruales, infertilidad, abortos espontáneos frecuentes y amenaza de parto pretérmino.

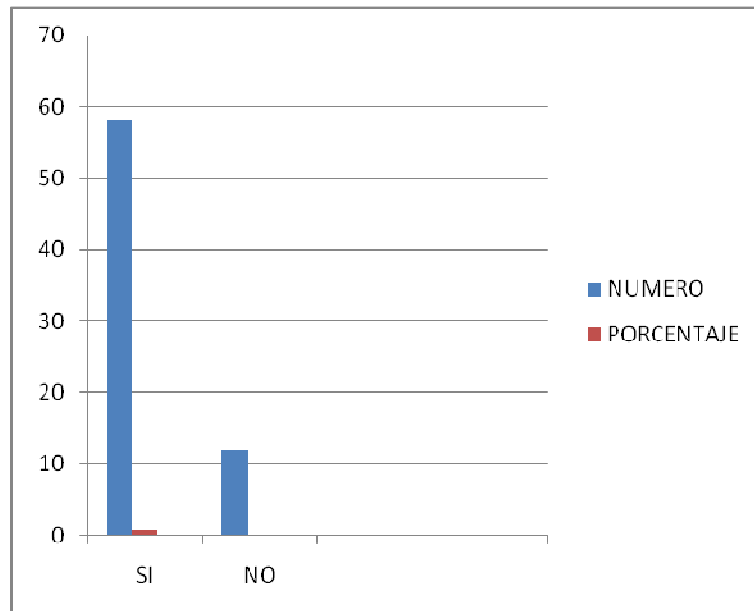
**GRÁFICO Nº 6****DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO SEGÚN: HIPERTENSIÓN ARTERIAL CUENCA. 2011**

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

Según los datos recolectados el 9% sufre de hipertensión arterial (esencial o inducida por el embarazo) esto se da más en gestantes menores de 15 años; durante el embarazo debe realizarse los controles prenatales para así evitar la pre eclampsia durante la gestación.

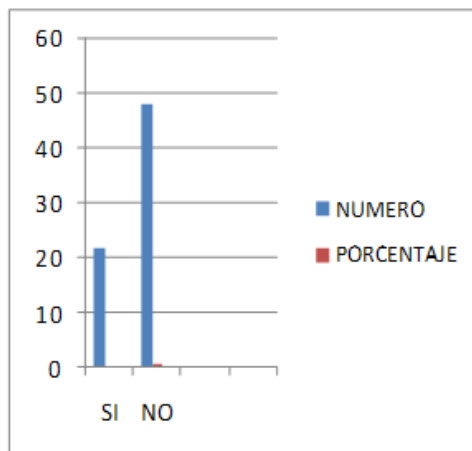
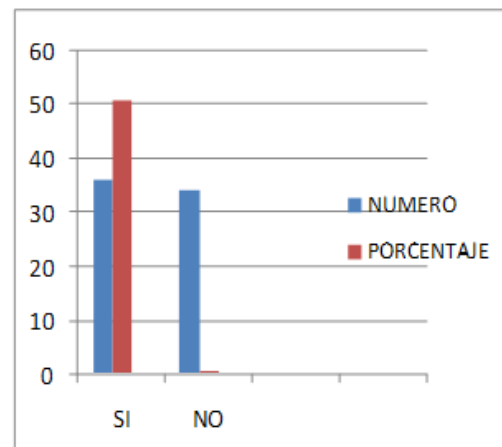
**GRÁFICO Nº 7****DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO SEGÚN: INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS. CUENCA. 2011**

Fuente: Formulario de entrevista.

Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

Según la tabla podremos observar que el 83% de las adolescentes embarazadas tienen infección de vías urinarias caracterizado por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga, uréteres y riñones se da en edades tempranas por lo que se debe acudir a los controles médicos.

GRÁFICO Nº 8**DISTRIBUCIÓN DE 70 ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PUMAPUNGO SEGÚN: ANTECEDENTES FAMILIARES (DIABETES - HIPERTENSIÓN) CUENCA. 2011****DIABETES****HIPERTENSIÓN**

Fuente: Formulario de entrevista.
Elaborado por: Las autoras

ANÁLISIS

El 31% de pacientes encuestadas en nuestro estudio presentó diabetes y el 51% presentan hipertensión arterial, son problemas de gran importancia en las embarazadas adolescentes debido a que estas son enfermedades hereditarias que se pueda presentar en la vida de cada materna. La hipertensión (esencial o inducida por el embarazo) podría desencadenar una amenaza de parto pre término, sin embargo, los nacimientos pretérmino en el estudio, se debieron a interrupciones programadas por complicaciones maternas más que a partos pretérmino espontáneos

**CONCLUSIONES**

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
<ul style="list-style-type: none">• Determinar los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pumapungo de la provincia del Azuay.	<ul style="list-style-type: none">• En la presente investigación se pudo determinar que el embarazo a temprana edad, se debe , al abandono de los hogares que han dejado a las hijas adolescentes solas dando como consecuencia asumir una responsabilidad de un adulto como el papel de madres o padres para sus hermanos sin saber que ellos lo necesitan más en esta edad que están atravesando• Algunos de los padres que han migrado piensan que con el dinero y con el lujo que dan a los hijos se soluciona todo el problema, en esta investigación podemos dar cuenta que la mayoría de los hogares cuentan con los medios de comunicación necesaria siendo un factor importante para que ocurra los embarazos, ya que en los diferentes tipos de medios de comunicación existen programas que incitan a los jóvenes a tener relaciones sexuales a temprana edad, es el caso del internet sin la vigilancia de un adulto toman acciones sin medir las consecuencias como es tener relaciones sexuales a temprana edad.• Los resultados de la investigación concluyen lo siguiente:



<ul style="list-style-type: none">• Describir las características Gineco-Obstétricas de las adolescentes embarazadas que acuden al centro de Salud de Pumapungo.• Identificar las edades más frecuentes que se da un embarazo en las adolescentes.	<ul style="list-style-type: none">• El 34% de las adolescentes se embarazaron a los 18 años.• Otro factor de riesgo importante es el bajo peso con un 26 % de adolescentes entrevistadas, siendo una principal consecuencia ya conlleva a una desnutrición que afecta directamente a la salud de la madre y del feto.• Existe un 14% de adolescentes tienen dos hijos debido a que no existe una buena educación y a su vez falta de información sobre planificación familiar también falta de apoyo por parte de sus padres.• El 83% de las adolescentes embarazadas tiene infección de vías urinarias caracterizado por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario.• El 83% de las adolescentes son primigestas.• El 99% de las adolescentes embarazadas se encuentran entre edades de 14 a 20 años.
---	--



RECOMENDACIONES

SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

- Los factores de riesgo en asociados a embarazos en adolescentes es un riesgo elevado, siendo necesario la ejecución de políticas de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, encaminadas a reducir las tasas de morbi mortalidad materno infantil, como también identificando factores de riesgo que causan gran impacto dentro de la salud humana.
- El Estado debe implementar áreas de consejería al servicio de la población, fomentando su participación en temas importantes como: sexualidad, planificación familiar, alimentación en el embarazo incluyendo derechos sexuales y reproductivos con claridad y precisión, especialmente a nivel de escuelas y colegios.
- Las Instituciones de Salud deben enfatizar el cuidado de la mujer en la etapa del embarazo, parto y puerperio; el mismo que debe ser de calidad y calidez con el apoyo de un equipo multiprofesional de esta forma lograr disminuir un porcentaje de muertes que día a día se dan por una mala información.
- Al Hospital, Centros de Salud, Subcentros de Salud, y otras instituciones proveedoras de servicios en salud de la Ciudad de Cuenca y sus distintas parroquias sugerimos capacitarse en forma continua sobre temas importantes como; salud sexual y reproductiva, sexualidad, amenaza de aborto y parto pretérmino, embarazo en adolescentes y trabajar en equipo y conjuntamente coordinar con el Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de reducir los porcentajes que día a día aumentan.
- Crear una cultura participativa de los / las adolescentes y posibilitar su inserción en organizaciones que promuevan las iniciativas del sujeto joven hombre o mujer, como un sujeto de derecho en su dimensión



integral; potenciando las organizaciones juveniles que influirá en forma positiva en su propio desarrollo creando nuevos estilos de vida.

- Los factores de riesgo asociados en embarazo en adolescentes debe ser priorizado como una situación problemática que se enmarca dentro de normas socio-culturales, por lo que es necesario impartir información e implantar en todos los sistemas educativos programas en; sexualidad que posibiliten a los / las adolescentes, a tomar decisiones responsables de su vida sexual, prevención del embarazo, y el acceso a métodos de anticoncepción de calidad.



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Alfredo Jijón Letort. Andrés Córdova Unda "Alto Riesgo Obstétrico". Embarazo en la adolescencia, capítulo 4, Pág. 29 – 32.
2. Agustín, Sivisaca. "Psicología del Adolescente" Loja-Ecuador. 2000.
3. Begoña, Odriozola. "Enciclopedia de los Padres de hoy" Ser Padres de un adolescente. Bogotá. D. C. 2004.
4. Carolina Chang. Tiempo de Vivir Tu Adolescencia "Plan Nacional De Prevención Del Embarazo En Adolescentes" MSP. Quito- Ecuador 2005.
5. Dr. José Ortiz S. La adolescencia. [Citado en Enero 2010] <http://medicina.ucuenca.edu.ec/archivos/image/Ciencias%20Medicas/TICSAMN/presentaciones/Programa.pdf>.
6. Enciclopedia Médica Moderna. Tomo I, Edición actualizada. Dr. Fuentes, M. E. & Lobos, L. (1994). Adolescente Embarazada. UNAM.
7. Ginecología y obstetricia, Clínicas Norteamericanas, embarazo de alto riesgo, edición 2006 – 2007.
8. Jorge R. Gori. "Ginecología de Gori" Segunda Edición, Pág. 88 – 91. M. Millar, L. Bowan. ENFERMERÍA OBSTETRICA. Editorial Interamericana S.A 1968. Quinta Edición. México D.F.
9. Manual de Gineco-Obstetricia. Donald R, Ostergard. Editorial Pax-México, librería Carlos Cesarman, S.A, República Argentina, 9. Abril 19 de 1976. Pág. 117-121.
10. Marcelo A, Hammerly. Ediciones Interamericanas, Madrid 3. España. Pág. 286-308.



11. Marisol Gutiérrez. Embarazo en la adolescencia. [En línea] 2008
<http://www.monografias.com/trabajos16/embarazoenadolescentes/embarazo-en-adolescentes.shtml>.
12. Materno-Infantil. José Arias, Huerta. Ponencia Oficial para la I Convención Nacional de Salud. México, D.F.
13. Separatas libros de tercer año de obstetricia “Licenciada Adriana Verdugo”
 - Villegas, M. (1992). Atención Integral de Salud del Adolescente. MSAS/OMS/OPS.



CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. F. Miller. ENFERMERÍA GINECOLÓGICA. Editorial Interamericana, 5ta. Edición, México 1966.
2. D. Nelson, CONSULTOR DE ENFERMERÍA OBSTETRICIA, Edición Española, volumen 2. Barcelona España.
3. Bleier, A. Borroughs, Arlene. ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL. Editorial Interamericana S.A de CV. Quinta Edición. Venezuela.
4. M. Millar, L. Bowan. ENFERMERÍA OBSTETRICA. Editorial Interamericana S.A 1968. Quinta Edición. México D.F.
5. G. Anderson. OBSTETRICIA PARA LA ENFERMERA Editorial Truquel, S.A. tomo 2. Buenos Aires 1970. México / Buenos Aires.
6. Bostos JC, Vera E, Pérez A, Donoso E .EL EMBARAZO EN LA QUINTA DÉCADA DE LA VIDA. Rev Chile Obstet 2004; Pag: 402.
7. D de Gordon, J de Milberg, Daling J. Promueve la edad maternal como el factor de riesgo para la entrega de cesareas. ObstetGynecol 2004; Pag: 493.
8. Evaluación de los factores de riesgo relacionados con parto prematuro; Autor: Farache, Ysaac; Sosa, Alberto; La Riva, Antonio; Letelier, Claudio; Limas, Rubén; Lopéz, Ricardo; Pfeiffer, Petra.



ANEXOS
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A EMBARAZOS EN
ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE
PUMAPUNGO- 2010

FORMULARIO DE ENTREVISTA

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden al centro de salud de Pumapungo de la provincia del Azuay.

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario es anónimo y tiene como objetivo recoger información sobre características principales de las adolescentes embarazadas; sus factores de riesgo, su valoración obstétrica; toda ésta información será de utilidad para el desarrollo de la investigación sobre factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden al Centro de salud de Pumapungo de la provincia del Azuay 2010.

En tal virtud solicito de la manera más comedida responder con sinceridad y claridad las preguntas aquí planteadas. Por la colaboración brindada anticipo mi agradecimiento.

La entrevista se realizará en el Centro de Salud de Pumapungo de la provincia del Azuay.

ENTREVISTADORAS:

Narcisa Cajilima

Maria Guallpa

**FECHA DE LA ENTREVISTA:**

Día	Mes	Año

1. DATOS PERSONALES:

Edad: _____

De HCl: _____

FACTORES DE RIESGO**ANTECEDENTES PERSONALES:****PESO**

Normal	
Sobrepeso	
Obesidad	
Bajo peso	

TALLA

Inferior a 1.40 cm	Superior a 1.40 cm

GINECOLOGICOS

Historia menstrual	
Uso de anticonceptivos	

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

<i>N. de gestaciones</i>	
<i>N. y tipos de abortos</i>	

ANTECEDENTES PERSONALES

<i>Diabetes</i>	
<i>Hipertensión</i>	
<i>Infección de vías urinarias</i>	

ANTECEDENTES FAMILIARES

<i>Diabetes</i>	
<i>Hipertensión</i>	



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS REPRESENTANTES DE
MENORES DE 18 AÑOS**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Nosotras Narcisca Cajilima, María Guallpa, Estudiantes de La Escuela de Enfermería de La Universidad de Cuenca, estamos llevando acabo un proyecto de investigación destinado a una tesis, titulado Factores de Riesgo Asociados a Embarazos en Adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pumapungo, Cuenca en el periodo lectivo 2010 a 2011.

El objetivo de esta investigación es determinar los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden al Centro de salud de Pumapungo.

Explicación del estudio

Antes de participar de esta investigación, le proporcionaremos verbalmente toda la información sobre el estudio que se pretende realizar con un grupo de adolescentes embarazadas, también es necesario que usted lea cuidadosamente el presente documento, si después de haberse informado usted decide autorizar para su participación, usted deberá firmar este consentimiento en el lugar indicado y entregar a las autoras de esta investigación.

La primera parte de la investigación consta de una serie de preguntassobre los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes. El tiempo de la entrevista será de 15 minutos por sesión, el número de sesiones serán de cuatro, usted anotará el día, la hora y el lugar en el que desee reunirse, el objetivo es captar toda la información sobre su caso. Usted recibirá una copia de este consentimiento informado.



RIESGO

El estudio no tiene riesgo

BENEFICIOS

Transmisión de resultados del estudio a los participantes, podrán recibir un informe personal en caso de desearlo así como recomendaciones para un mejor desarrollo del embarazo y mejor estilo de vida.

CONFIDENCIALIDAD

La información será utilizada únicamente por las investigadoras, y los participantes en caso de solicitarlo. Cuando los datos sean registrados serán ingresados a un computador y se identificarán con un código, si los resultados son publicados no se incluirán nombres de los participantes.

ACLARACIONES

- ❖ La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ❖ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para su representado en caso de no aceptar la invitación a participar.
- ❖ No tendrá que hacer gasto alguno.
- ❖ El participante no recibirá pago por su participación.
- ❖ La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

RESPONSABLES

- ❖ Narcisa Cajilima Ch.
- ❖ María Guallpa M.



He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines académicos. Luego de haber firmado el consentimiento convengo participar en esta investigación destinado a una tesis.

-----	-----	-----
Nombre de la persona/cedula	Firma	Fecha

-----	-----	-----
Nombre de la persona/cedula	Firma	Fecha



ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES DE 18 AÑOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE ENFERMERÍA

Nosotras Narcisca Cajilima, María Guallpa, Estudiantes de La Escuela de Enfermería de La Universidad de Cuenca, estamos llevando a cabo un proyecto de investigación destinado a una tesis, titulado Factores de Riesgo Asociados a Embarazos en Adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pumapungo, Cuenca en el periodo lectivo 2010 a 2011.

El objetivo de esta investigación es determinar los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden al Centro de salud de Pumapungo.

Explicación del estudio

La primera parte de la investigación consta de una serie de preguntas sobre los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes. El tiempo de la entrevista será de 15 minutos por sesión, el número de sesiones serán de cuatro, usted anotará el día, la hora y el lugar en el que desee reunirse, el objetivo es captar toda la información sobre su caso.

RIESGO

El estudio no tiene riesgo

BENEFICIOS

Transmisión de resultados del estudio a los participantes, podrán recibir un informe personal en caso de desearlo así como recomendaciones para un mejor desarrollo del embarazo y mejor estilo de vida.



CONFIDENCIALIDAD

La información será utilizada únicamente por las investigadoras, y los participantes en caso de solicitarlo. Cuando los datos sean registrados serán ingresados a un computador y se identificarán con un código, si los resultados son publicados no se incluirán nombres de los participantes.

ACLARACIONES

- ❖ La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ❖ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para su representado en caso de no aceptar la invitación a participar.
- ❖ No tendrá que hacer gasto alguno.
- ❖ El participante no recibirá pago por su participación.
- ❖ La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

RESPONSABLES

- ❖ Narcisa Cajilima Ch.
- ❖ María Guallpa M.

-----	-----	-----
Nombre de la persona/cedula	Firma	Fecha
-----	-----	-----
Nombre de la persona/cedula	Firma	Fecha



OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Años cumplidos desde el nacimiento	Edad.	años cumplidos	14 años 15 años 16 años 17 años 18 años 19 años 20 años
PESO	Es el incremento de la masa Corporal que establece una relación entre la masa y la talla de la persona.	Es un indicador de nutrición materna y está relacionado con el peso del recién nacido	Normal Sobrepeso Obesidad Bajo peso	Si No Si No Si No Si No
TALLA	Varía de acuerdo a la genética y a la nutrición	Permite determinar el estado nutricional de las personas es un indicador de salud y bienestar general	Inferior 1.40cm Superior 1.40 cm.	Si No Si No
Antecedentes gineco-obstetricos personales	Es el estado de salud que nos permite identificar factores de riesgo ginecológico y obstétrico	Nos brindan información del estado de salud anterior al embarazo y a identificar factores de riesgo obstétrico	Obstétricos Gestas previas Abortos Ginecológicos Historia menstrual(menarquía) Uso de anticonceptivos	SI NO SI NO SI NO 12-13 AÑOS SI NO
Antecedentes gineco-obstetricos familiares	Es el estado de salud que nos permite identificar factores desencadenantes que ponen en riesgo la salud.	Porque hay enfermedades o Problemas que pueden alterar el curso y el resultado de la gestación.	Diabetes Hipertensión	Sí No Sí No

Fuente: Protocolo de Tesis.