



## RESUMEN

**Objetivos:** la presente investigación pretende determinar los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pumapungo.

**Métodos y materiales:** es un estudio descriptivo de corte Transversal que nos permitió determinar la frecuencia de mujeres embarazadas. La muestra estuvo constituida por adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad, a quienes se les aplicó una encuesta estructurada que recogió información sobre edad, estado civil, instrucción, ocupación, procedencia, residencia, conocimientos sobre educación sexual, menarquía, primera relación sexual, uso de anticonceptivos, planificación del embarazo, antecedentes obstétricos (gestas, partos, cesáreas, abortos) previo consentimiento de cada persona.

**Resultados:** la investigación nos permitió identificar a las adolescentes embarazadas, porque son un grupo de alto riesgo, tanto por las consecuencias psicológicas y sociales. La causa de embarazos frecuentes en las adolescentes se evidencia una relación directa entre la frecuencia de las familias disfuncionales, incluyendo la migración, la relación familiar deficiente, la menarquía de las adolescentes va en par con la primera relación sexual, mientras más tempranamente inician su menstruación igual inician su actividad sexual.

**Conclusiones:** El embarazo en la adolescencia debe considerarse de alto riesgo, por cuanto la frecuencia de factores de riesgo es elevada y determina mayor porcentaje de complicaciones tanto en el transcurso del embarazo, el parto y en el recién nacido.

**Palabras claves:** EMBARAZO, ADOLESCENTE, FACTORES DE RIESGO.

**Des:** EMBARAZO EN ADOLESCENCIA-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; FACTORES DE RIESGO; ADOLESCENTE; NIÑO; CENTROS DE SALUD; CUENCA-ECUADOR



## ABSTRACT

**Objectives:** the present investigation claim to determine the factors of risk associated to pregnancies in adolescents that go to the Center of Health of Pumapungo.

**Methods and materials:** it is a descriptive study, of traverse court that will determine the number and pregnant women's percentage. The sample will be constituted by pregnant adolescents from 10 to 19 years of age to who you/they will be applied a structured survey that it will pick up information it has more than enough age, civil state, instruction, occupation, origin, residence, knowledge have more than enough sexual education, menarquia, first sexual relationship, I use of contraceptives, planning of the pregnancy, obstetric antecedents (you gestate, childbirths, you would cease, each person's abortions) previous consent.

**Results:** The research allowed us to identify pregnant adolescents, because they are a high risk group, both psychological and social consequences. The cause of frequent pregnancies among adolescents shows a direct relationship between the frequency of dysfunctional families, including migration, poor family relationships, menarche of girls going on a par with the first sexual intercourse while menstruating earlier start just become sexually active.

**Conclusions:** The teen pregnancy should be considered high risk, because the frequency of risk factors is high and determines much higher percentage of complications during pregnancy, childbirth and the newborn.

**KEY WORDS:** EMBARRASS, ADOLESCENT, FACTORS OF RISK.

**DeCS:** PREGNANCY IN ADOLESCENCE-STATISTICS & NUMERICAL DATA; RISK FACTORS; ADOLESCENT; CHILD; HEALTH CENTERS; CUENCA-ECUADOR

**ÍNDICE DEL CONTENIDO**

<b>RESUMEN .....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>11</b>
1.1 INTRODUCCIÓN.....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	15
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>17</b>
2. MARCO TEORICO .....	17
2.1 EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	17
2.1.1 Aspectos generales sobre las adolescentes.....	17
2.1.2 Generalidades sobre las adolescentes.....	20
2.1.3 Conceptos generales sobre el Embarazo en las adolescentes. ....	25
2.1.4 Actitud de las adolescentes hacia la maternidad.....	28
2.1.5 Aspectos etiológicos del embarazo en la adolescente .....	29
2.1.6 Consecuencia del Embarazo en las Adolescentes.....	30
2.1.7 Tipos de Embarazo en las Adolescentes.....	31
2.1.8 Factores de riesgo del Embarazo en las Adolescentes.....	32
2.1.9 Complicaciones del Embarazo en las Adolescentes .....	40
2.2. MARCO REFERENCIAL.....	48
2.2.1 Ubicación.....	48
2.2.2 Ubicación geográfica .....	48
2.2.3 Creación del área de salud N° 1.....	49
2.2.4 Localización y circunscripción territorial.....	49
2.2.5. Misión de la institución.....	49
2.2.6 Visión de la institución. ....	50
2.2.7 Organización administrativa.....	50
2.2.8 Servicios que presta la institución.....	51
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>52</b>
3. OBJETIVOS.....	52
3.1 Objetivo General. ....	52
3.2 Objetivos Específicos. ....	52



<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>53</b>
4. DISEÑO METODOLOGICO: .....	53
4.1 Tipo de estudio.....	53
4.2 Universo y muestra .....	53
4.3 Técnica de recolección de datos .....	53
4.4 VARIABLES .....	55
4.5 Conceptualización de las variables .....	56
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>57</b>
5.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN ..	57
5.2 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	76
5.2.1 CONCLUSIONES.....	76
5.2.2 RECOMENDACIONES .....	78
5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	79
<b>ANEXOS .....</b>	<b>82</b>



Nosotros, Maria Eva Cazho Yupa, Jenny Abigail Gaona Castillo, Lorena Elizabeth Padilla Romero, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciatura en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autoras.

Nosotros, Maria Eva Cazho Yupa, Jenny Abigail Gaona Castillo, Lorena Elizabeth Padilla Romero, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.



**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 DE LA PROVINCIA  
DEL AZUAY, 2012**

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

**AUTORAS:           MARIA EVA CAZHO YUPA  
                          JENNY ABIGAIL GAONA CASTILLO  
                          LORENA ELIZABETH PADILLA ROMERO**

**DIRECTORA:        LCDA. SORAYA MONTAÑO PERALTA**

**ASESORA:           MGST. ADRIANA VERDUGO SANCHEZ**

**CUENCA –ECUADOR  
2012**



## DEDICATORIA

A DIOS, nuestro señor, por su infinita bondad: por mantener encendida en mí la luz de la bondad, inteligencia, fe, esperanza y deseos de superación profesional y Personal.

A mi Mami Lolita, te agradezco infinitamente por ser tan especial en mi vida y estar a mi lado en los momentos más difíciles de mi vida y por tu apoyo incondicional tanto moral como económico para poder culminar mis estudios superiores.

De igual manera para mi padre Francisco que desde allá muy lejos, me estas protegiendo, gracias TAYTA, que diosito te tenga en su Santo Reino, siempre te recordare como uno de los pilares importantes de mi vida, que junto a mi madre me han dado las vivencias más hermosas que he tenido en mi existir, por mantener en mí la capacidad de superación y constancia en el logro de las metas propuestas.

A mi esposo Rafael, gracias por estar conmigo en los momentos muy difíciles y buenos de nuestras vidas y por tu apoyo moral y económicamente y en la orientación para poder realizar mi trabajo de investigación. Y a mi hija Jhoselynne que con su inocencia me causa ánimo, ganas y esperanza de salir adelante en todo sentido.

Y a todos mis familiares, amigos les agradezco de todo corazón, gracias por sus apoyos incondicionales los quiero mucho

**Eva Cazho**



## DEDICATORIA

Con gran cariño y amor dedico este trabajo primeramente a Dios por ser el dueño y creador de mi vida, a mis padres por haber confiado en mí, a mis hermanos, a mi esposo por ser un amigo y compañero durante mi etapa universitaria por haber compartido mis penas y alegrías, a mi hija amada quien fue el motivo principal de mi superación, quienes supieron perdonar mi ausencia para poder culminar con éxito esta etapa de mi vida.

A todos mis docentes, amigos, sin excluir a ninguno, a mis compañeras de tesis por todos los momentos que hemos compartido juntas.

**Jenny Gaona**



## DEDICATORIA

Esta investigación va dedicada primeramente a Dios y a mi Ángel María Victoria LP quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo. Luego a mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ellos, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis hermanos, abuelos, tíos, primos y amigos y porque no decir con orgullo a todas las Docentes a quienes conocí durante mi trayecto de estudio en especial a la Lcda. Olga Guillen, Lcda. Luisa Villa Lcda. Adriana Verdugo Lcda. Soraya Montaña y Lcda. Carmen Ordoñez, Lcda. Carmela Loyola quienes fueron mi apoyo y estuvieron en las buenas y malas conmigo va dedicado de corazón a cada una de ellas por sus consejos y confianza que me han brindado por lo que he podido culminar mi carrera. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos, espero no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

**Lorena Padilla**



## AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente al DIOS todo poderoso, que día a día a pesar de las difíciles pruebas a las que nos somete, nos protege, ayuda, y guía por el buen camino para ser mejores individuos en la vida. A nuestros padres que siempre han sido la motivación principal, que nos apoyan incondicionalmente y nos dan confianza para seguirá adelante en cada jornada de nuestras vidas, a nuestros hermanos, y otros familiares que de alguna u otra manera contribuyeron para poder culminar nuestro trabajo de investigación lo cual nos servirá en nuestro futuro profesional. A la Universidad Estatal de Cuenca, en especial a la Facultad de Ciencias Médicas “**ESCUELA DE ENFERMERÍA**” y cada una de las docentes de la carrera de Enfermería, quienes con su amplia experiencia, se ingeniaron la forma de inculcar con los conocimientos que hoy en nuestro intelecto poseemos.

**LAS AUTORAS.**



## CAPÍTULO I

### 1.1 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, económicos y culturales; 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.

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.

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. Al finalizar con este proyecto se observará y se analizará las causas por las que algunas adolescentes deciden formar un hogar sin analizar las consecuencias que a futuro pueden pasar afectando su salud en general.



## 1.2 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.<sup>1</sup>

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<sup>2</sup>

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 y en consecuencia, corren un mayor riesgo de quedar embarazadas sin desearlo o de tener que enfrentar otros problemas de salud sexual y reproductiva<sup>3</sup>

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 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.

Es importante identificar los factores relacionados con el embarazo no planeado para permitir a los encargados de adoptar decisiones y a los responsables de formular programas que promulguen leyes y diseñen servicios específicamente dirigidos a las mujeres que son las más proclives a experimentar este problema.

Esta situación ha causado gran preocupación por lo que hemos visto la necesidad de la investigación para tratar de determinar este problema.

Se ha demostrado especial interés en este problema porque el embarazo no deseado trae como consecuencia alteraciones en la esfera social y psicológica por el resto de la vida de la usuaria, y que trascenderá al resto del núcleo familiar causando transformaciones que determinan severos traumas dentro de la familia.



### 1.3 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(los) 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, en especial en 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 en edad 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.

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 efectos psico-sociales). 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.<sup>4</sup>

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).<sup>5</sup>

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.

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

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.<sup>6</sup>



## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEORICO

#### 2.1 EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

##### 2.1.1 Aspectos generales sobre las adolescentes.

##### **La Incidencia de Embarazos en las Adolescentes en el Mundo**

En todo el mundo, como puede apreciarse en las tasas de embarazo en la adolescencia del año 2002 y las de años siguientes, éstas varían desde las máximas de Níger y Congo (cerca de 200 embarazos por cada 1000 mujeres adolescentes) a tasas de 1 a 3 por 1000 en Corea del Norte, Corea del Sur y Japón. Es reseñable que entre los países desarrollados de la OCDE, Estados Unidos y Reino Unido tienen el nivel más alto de embarazos en adolescentes, mientras que Japón y Corea del Sur tienen los más bajos.

Según la organización “Save the Children” cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90% (11,7 millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10% (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87% de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53% había dado a luz a un niño antes de la edad de 18 años.

En el subcontinente indio, el matrimonio precoz o temprano significa en numerosas ocasiones el embarazo de la mujer adolescente, especialmente en las zonas rurales, donde la tasa es mucho mayor que en el medio urbano. La tasa de matrimonios y embarazos en adolescentes o precoces ha disminuido considerablemente en países como Indonesia y Argentina, aunque sigue siendo alta. En las naciones industrializadas de Asia, como Corea del Sur y Singapur, las



tasas de nacimientos en adolescentes se encuentran entre los más bajos del mundo.<sup>7</sup>

### **Incidencia de embarazos en las adolescentes en el Ecuador**

La encuesta demográfica y de salud materna e infantil, Endemaín, y el Ministerio de Salud, en el Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15 a 19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez; la tasa de fecundidad de adolescentes aumenta en un 30% en las zonas rurales en comparación con las urbanas.

El 67% de las madres adolescentes fueron hijas de madres adolescentes. Únicamente el 13.5 % de las adolescentes que tuvieron su primera relación sexual usaron algún método anticonceptivo.<sup>8</sup>

La tendencia del incremento del Embarazo en adolescentes menores de 15 años en la última década, es del 74% y en mayores de 15 años es del 9%. La tendencia de fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la región andina, llegando a 100x1000 NV. (CELADE, 2007)

Es necesario recalcar que las proporciones de maternidad en la adolescencia son hasta 4 veces más altas entre las mujeres adolescentes que no tienen educación (43% comparadas con las de niveles educativos más altas 11% con secundaria completas). Por otro lado, un embarazo en la adolescencia se traduce a 2.5 años de escolaridad menos para las mujeres. Y por cada hijo adicional, las mujeres tienen un año menos de escolaridad. Como consecuencia, las mujeres que no terminan los estudios tienen menos oportunidades de trabajo y menos ingresos que las demás y es más probable que aumenten sus condiciones de pobreza y las de su generación, ubicándose en condiciones de especial vulnerabilidad.

En este contexto y articulado al Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes, en Ecuador se ha conformado un Comité Intersectorial de Prevención del Embarazo en Adolescentes, que está conformado por: el Ministerio de Coordinación y Desarrollo, la Secretaría Nacional de Planificación, el Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión, Consejos Nacionales, Comité



Juvenil de Prevención del Embarazo en Adolescentes, UNFPA, OPS, UNICEF y ONG nacionales e internacionales.<sup>9</sup>

Esos índices colocan al país en el segundo lugar, después de Venezuela, con tan alta incidencia de embarazos precoces y adolescentes, según señala el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Detrás de las cifras, que muestran el incremento de los embarazos adolescentes y el hecho de que son cada vez más tempranos los inicios de las relaciones sexuales, se reflejan problemas, como el de la crisis y desintegración de las familias, el cambio de valores, la falta de educación y otros problemas del entorno económico y social.<sup>10</sup>

### **Incidencia de embarazos en las adolescentes en el Azuay**

Según cifras del INEC, en la provincia del Azuay en 2010, 1866 adolescentes fueron madres, registrándose así 38 nacimientos de niños hijos de adolescentes menores de 15 años y 1828 entre los 15 a 19 años. De los 10090 nacimientos registrados en la provincia 18% fueron de madres adolescentes, además existe un incremento promedio de 6,16% al compáralo con los datos del año 2009.

Las más afectadas de esta situación son las mujeres de los sectores más vulnerables de la población, al desarrollo educacional de la madre, incide en que los hijos e hijas de estas madres jóvenes puedan presentar problemas de salud, y perpetúa el círculo de la pobreza, entre otros factores. Es por ello que se trata de una problemática que no sólo impacta en el ámbito de la salud, sino que se vincula a ciertas determinantes sociales y evidencia importantes inequidades sociales y de género.

Es primordial que las y los jóvenes tomen conciencia de la responsabilidad que es tener un hijo en edades tempranas, ya que la prevención del embarazo adolescente es una prioridad para el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los derechos reproductivos, con importantes implicaciones para el desarrollo social y la salud pública que impactan en la salud de las madres adolescentes y de los recién nacidos.



El Ministerio de Salud Pública de Ecuador trabaja en conjunto con la Dirección Provincial de Salud de Azuay, para reducir la cifra de madres adolescente en la provincia, con el objeto de reforzar las estrategias y los programas nacionales para brindar atención y servicios de calidad en la salud sexual y reproductiva de las y los muchachos y fortalecer las acciones preventivas que les permitan construir un proyecto de vida satisfactorio y una vida libre de riesgos.<sup>11</sup>

## **2.1.2 Generalidades sobre las adolescentes.**

### **Crecimiento y desarrollo del adolescente.**

La adolescencia constituye uno de los periodos críticos en el desarrollo humano, debido a que se producen una serie de cambios definitivos transformando al niño dependiente en un adulto independiente con autonomía física, social y emocional.

La adolescencia inicia con la pubertad para terminar con la adolescencia y edad adulta.

**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 accesorios, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y el impulso del crecimiento, los cambios en la estructura corporal y culminan con la capacidad reproductora.

**Adolescencia.-** Es considerada como la etapa del desarrollo entre la niñez y la edad adulta que se esfuerza por alcanzar ciertas metas relacionadas con las expectativas de la cultura y todo esto ocurre durante el rápido crecimiento físico, cambios mentales, emocionales y sociales la adolescencia se asocia con la adquisición de un grado apropiado de independencia, identidad sexual, una satisfactoria vocación, una identidad firme y positiva y la adquisición de un conjunto de valores éticos, morales y el desempeño de un rol en la sociedad.



A la adolescencia suele considerarse como un periodo de crecimiento y desarrollo de comienzo y duración variable, que demarca el final de la niñez y crea los cimientos de la maduración, teniendo implicaciones a nivel biológico, psicológico y social.

Desde el punto **de vista biológico** es el comienzo del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y la aceleración final del crecimiento y su terminación por la fusión de la epífisis y culmina en el desarrollo sexual con el logro del potencial para la reproducción. Desde el punto **de vista psicológico** está determinado por la aceleración en el desarrollo cognitivo, la reestructuración de la personalidad, la adquisición de los roles laborales y parenterales de tipo adulto (en ocasiones organizar un hogar). Desde el punto **de vista social**, es la preparación para un rol adulto.

### **Aspectos transcendentales dentro de la adolescencia.**

- Los adolescentes han dejado de ser niños, pero aun no son adultos
- Son adolescentes con su anatomía, fisiología y necesidades emocionales y sociales propias
- Es un ser en desarrollo
- De la crisis del adolescente debe surgir una persona adulta, estructurada, llevar una vida útil en medio de la sociedad a cuyo bienestar debe contribuir con responsabilidad.

### **Fisiología de la pubertad.**

Implica una serie de cambios neurohormonales que comienzan a los 10 años y terminan a los 18 a 19 años. El desarrollo sexual resulta de la interacción del SNC, el hipotálamo, la adenohipofisis y las gónadas (órganos sexuales). Al recibir el estímulo hipotalámico, la hipófisis libera la hormona folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH).

**En varón**, actúa sobre las gónadas primitivas que están en testículo, promoviendo su desarrollo y estímulo de espermatogénesis (producción de



espermatozoides), la LH desarrolla y diferencia las células de Leydig, ante este estímulo produce testosterona.

**En la mujer**, la FSH estimula la secreción de estradiol actúa sobre los folículos primordiales que se encuentra en el ovario y con la presencia de LH uno de los folículos maduros se transforman en ovulo femenino; la LH secreta de manera cíclica e interactúa con FSH para controlar el ciclo menstrual.<sup>12</sup>

### **Características de las adolescentes.**

**Rebeldía.**-Es una característica propia de los adolescentes que se ponen en manifiesto de sus actitudes de diferentes maneras; protestando constantemente, oponiéndose a las normas o a lo establecidos, desobediencia por sistema y enfrentándose con frecuencia a los padres ya los demás personas que los rodean, en comportamiento rebelde de las adolescente es la consecuencia de la búsqueda de independencia.

**Autoestima.**-Es el concepto que tenemos de nuestra valía personal y de nuestra capacidad, es la suma de autoconfianza, el sentimiento de la propia competencia y el respeto y consideración que nos tenemos de nosotros mismo y de los demás. Una persona segura y con elevada autoestima irradiara sentimiento y actitudes positivas tanto así mismo como a hacia los demás y esto le llevara a enfrentarse a la vida con confianza, seguridad y firmeza.

**Inseguridad.**- Hace referencia a las personas cuya inseguridad proviene de una falta de confianza en sí misma, es decir, de una baja autoestima. Esta baja autoestima se manifiesta de un modo casi permanente, constituyendo un rasgo definitorio de su personalidad.

**Madurez afectiva.**-Consiste en lograr un equilibrio entre lo racional y lo afectivo es una cualidad de la madurez cuanto más integrados nos encontremos psíquica y emocionalmente mayor será este equilibrio.



**Estabilidad emocional.-** Nos va a ayudar a conectar mejor con los demás a establecer relaciones sanas, expresar sentimientos abiertamente y sobre todo a lograr un equilibrio interior que va a reflejar posteriormente en nuestra conducta.<sup>13</sup>

**Sexualidad.-** Es un universo complejo en el cual intervienen aspectos tanto biológicos como psicológicos y sociales. La genitalidad en el aspecto corporal de la sexualidad. Es la estructura genital del ser humano, como hombre o como mujer. Está conformada por los órganos reproductores masculinos y femeninos. En la actualidad, en muchos lugares de la sociedad, se identifica a la sexualidad únicamente en lo correspondiente al cuerpo. Se desvirtúa confundiéndola con la genitalidad. La sexualidad es más alta y si bien incluye las relaciones sexuales tiene que ver con el entorno y la educación.

La sexualidad femenina a diferencia del hombre cuya sexualidad es generalizada, esta es compleja e integra lo físico, corporal, emocional y afectivo a los cuales se suma el tema socio-cultural que son las ideas y actitudes regidas por valores éticos, morales y que moldeadas por nuestra familia, regulan nuestra conducta sexual.<sup>14</sup>

**Resiliencia.-** Esta palabra ha sido tomada de la metalurgia define la capacidad de los metales para resistir a los golpes y recuperar su estructura interna, gracias a estas características, el(a) es capaz de atravesar duras pruebas y luchar y vencer obstáculos extraordinarios<sup>15</sup>

### **Clasificación de las adolescentes según su edad**

**Se puede dividir en tres etapas:**

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

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



- Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.
- Intellectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.
- Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

### **Adolescencia media (14 a 16 años)**

- Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.
- Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.
- Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.
- Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

### **Adolescencia tardía (17 a 19 años)**

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

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.

### **Realidad del adolescente en la familia y la sociedad actual.**

Se considera que la familia es la unidad básica de la sociedad. Los miembros de la familia se mantienen unidos por lazos matrimoniales, sanguíneos o adoptivos. Los individuos dentro de la familia, interactúan de acuerdo con la forma que sienten sus respectivos papeles y según lo que espera el resto del grupo de ellos. A través de la familia pasan de una generación a otra los valores, la cultura y las creencias religiosas.<sup>16</sup>

#### **2.1.3 Conceptos generales sobre el Embarazo en las adolescentes.**

Embarazo en Adolescentes es aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, en mujeres menores de 20 años con independencia de la edad ginecológica.

La proporción de recién nacidos hijos de madres menores de 19 años ha continuado aumentando en la mayoría de los países de la región de las Américas. Las consecuencias son negativas tanto para las adolescentes que asumen precozmente la maternidad - paternidad como para toda la sociedad. Se sabe con certeza que el embarazo entre los 15 – 19 años no debería constituir un problema biológico si se cuenta con un adecuado sistema de atención prenatal, de atención parto- puerperio y del recién nacido, es decir un sistema de integral de salud adecuado para la atención de las adolescentes embarazada.<sup>17</sup>

En realidad cuando la adolescente descubre que está embarazada puede sentir confusión, vergüenza, resentimiento, enojo y susto. Tiene que tomar decisiones importantes. La primera es si debe o no comunicar a sus padres y a su compañero, si decide hacerlo probablemente ellos influyan en otras decisiones como son, si continúan con sus estudios, si se casa, si aborta, si continúa con el embarazo y ofrece a su hijo para adopción o si continúa el embarazo y si se



queda con el niño. Si no lo comento con sus padres o con su compañero, se puede sentir muy sola, aislada tratando de enfrentar una situación agobiadora aunque necesita ayuda profesional, no sabe cómo o donde buscar.

La capacidad de la adolescente soltera para enfrentar el embarazo es influido por sus energías internas y valores personales, los valores de su grupo de apoyo (familia, amigos cercanos). Algunas veces la pareja adolescente decide el matrimonio cuando ocurre el embarazo es entonces cuando la alimentación, la ropa, la casa y el cuidado de salud se vuelven preocupaciones de primer orden. A causa de su edad, falta de preparación educativa y experiencia en trabajo, puede ser imposible conseguir empleos adecuados para el sustento.

En consecuencia se ven obligados a vivir con los padres de él o ella. El éxito de estos arreglos depende de gran medida de las relaciones previas entre los padres y los sentimientos hacia el embarazo. También se sienten culpables por añadir cargas económicas a la familia al permitir que el embarazo prosiga y por defraudar a sus padres; el resultado de las relaciones entre estas y la pareja pierde su armonía.<sup>18</sup>

**El padre adolescente:** Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres. Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración. En América latina, la tasa de fecundidad específica en adolescentes, a diferencia de la tasa de fecundidad global, tiende a aumentar.<sup>19</sup>



En Ecuador la tasa de fecundidad específica en mujeres entre 15 – 19 años es de 91 (expresada en nacimientos anuales por mil mujeres). En Ecuador, el grupo etario comprendido entre 10 – 19 años ocupa un 22,3% de la población nacional (aproximadamente 2'200.000 adolescentes) la primera causa de egreso hospitalario en mujeres entre 10 – 19 años se relaciona con problemas de embarazo, parto y puerperio.<sup>20</sup>

El Ecuador es el cuarto país de América Latina que se compromete en defender y evitar la gestación prematura. Según el Ministerio de Salud Pública en un estudio realizado indica que la edad promedio de inicio de la vida sexual en la mujer es de 14 años y en el hombre es de 15 años. Ocho de cada 10 embarazos adolescentes no son deseados; 7 de cada 10 chicas apenas terminan la primaria, ocho de cada 10 menores no retornan a sus estudios después de dar a luz. El embarazo interrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental. La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 países en desarrollados. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte debido a la falta de educación sexual y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

Estudios realizados por médicos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años.

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 de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial, la actividad sexual de los



adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

#### **2.1.4 Actitud de las adolescentes hacia la maternidad.**

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

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

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

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



presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

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

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida<sup>21</sup>

### 2.1.5 Aspectos etiológicos del embarazo en la adolescente

#### 1.- factores socio-económicos y culturales.

- **Actitud más permisiva.-** los(as) adolescentes tiene más oportunidades de tener una mayor y más precoz actividad sexual.
- **Educación sexual insuficiente e inadecuada.-** no existe lugares confidenciales donde los menores de edad puedan asistir para prevenir su embarazo y un desequilibrio entre la pobreza de educación sexual y la desmedida emisión de información
- **Cambios en los roles de género.-** la mujer tiene un papel más protagónico, menos reprimido la cual aumenta la actividad sexual sea mayor y se inicie de forma más temprana.
- **La migración.-** la desestabilización familiar, dejando a muchos adolescentes a cuidado de terceras personas, quienes muchas veces no logran un control adecuado
- **Deserción escolar.-** ya sea por razones económicas, por migración o por cualquier causa, la adolescente que no está dentro de sistema escolar tiene un mayor riesgo de embarazo.



## 2.-factores familiares.

- **Herencia de estilos de vida.-** existe una alta proporción (56%) de madres de adolescentes embarazadas que también tuvieron el mismo problema.
- **Alteración de la estructura familiar.-** la separación, el divorcio, la disfunción familiar la muerte de uno de los progenitores o la migración que generan soledad, baja autoestima, depresión.
- **Otros.-** una mala comunicación familiar, alcoholismo drogadicción intrafamiliar, desempleo de los padres, abuso sexual intrafamiliar o una violación.

## 3.- factores individuales.

- **Menarca precoz.-** la maduración orgánica antecede a la maduración psicosocial
- **Bajo nivel educativo.-** falta de un adecuado proyecto de vida
- **Autoestima baja y privación afectiva.-** esto crea la necesidad de protección de recibir afecto y puede conducir a buscar un vínculo por necesidad de afecto.
- **Conductas de riesgos asociados.-** abuso de sustancias como el alcohol y drogas y conductas o actitudes rebeldes.<sup>22</sup>

### 2.1.6 Consecuencia del Embarazo en las Adolescentes

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

#### Complicaciones somáticas

##### Para la madre.

La mortalidad materna del grupo de 15- 19 años en los países de desarrollo se duplica al comparar con la tasa de mortalidad materna de grupo de 20- 34 años.



Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso y otros factores como:

- Ganancia de peso insuficiente durante el embarazo
- La anemia
- Síndrome hipertensivo del embarazo
- Hemorragia
- Muerte materna
- Pre-eclampsia – Eclampsia

### **Para el hijo**

El RN de la madre adolescente no tienen diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las de cierre del tubo neural. El hecho que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo de 5 años entre la menarquía y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.<sup>23</sup>

#### **2.1.7 Tipos de Embarazo en las Adolescentes**

**Embarazo de bajo riesgo.** Son los embarazos controlados, son los que desarrollan las mujeres con edades comprendidas entre 19 y 35 años de edad, y son mujeres sin problemas de salud.

**Embarazo de alto riesgo.** Son los embarazos no controlados, los que desarrollan mujeres con edad menor a los 18 o superior a los 35 años. También corresponde a las mujeres que han experimentado alguna patología anterior.



### **Factores que influyen en el nuevo ser:**

- Enfermedades provocadas por la gestación: vómitos, pre-eclampsia, eclampsia, anemia.
- Enfermedades asociadas al embarazo: diabetes, cardiopatías, pielonéfritis.
- Enfermedades infecciosas durante el embarazo: rubéola, toxoplasmosis, sífilis.
- Enfermedades de transmisión sexual: sífilis, virus de inmunodeficiencia adquirida, virus del papiloma humano.

### **2.1.8 Factores de riesgo del Embarazo en las Adolescentes**

#### **Epidemiología y Factores de riesgo**

La mortalidad materno-infantil constituye un grave problema en la mayoría de los países latinoamericanos.

La característica común de este tipo de mortalidad es su importante asociación con la presencia de factores de riesgo que la favorecen o propician. Cuando una mujer se embaraza en condiciones de riesgo reproductivo, da origen a embarazo de riesgo elevado frente a discapacidad del bebe por nacer y/o a la mayoría de las causas de muerte materno infantil, especialmente perinatal. Los factores de riesgo reproductivo tales como edades extremas de la vida reproductiva, multigravidez, antecedentes obstétricos desfavorables, bajo nivel nutricional, enfermedades crónicas degenerativas, ciertos estilos de vida, exposición a ciertos agentes agresores influyen por igual en los daños en la salud materno- fetal en caso de ocurrir un embarazo<sup>24</sup>

Se refiere al embarazo en el que existe factores de riesgo social, genética y fundamentalmente biológicos, etc.; solos o asociados, cuya presencia puede significar un mayor compromiso y alteraciones en el embarazo, el parto y el puerperio, con repercusión en el estado de la salud de la madre, del bebe intrauterino o ambos<sup>25</sup>



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

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

### **Riesgos biológicos:**

- Complicaciones obstétricas.
- Deficiente atención médica durante el embarazo, toxemias del embarazo y del parto prematuro.
- Anemia.
- Desproporción cefalo-pelvica.
- Distocias mecánicas y dinámicas.
- Parto prolongado y difícil.
- Muerte.
- Abortos provocados y sus complicaciones.
- Perforaciones uterinas.
- Hemorragias.
- Infecciones.
- Aumento de la morbimortalidad infantil
- Prematurez.
- Bajo peso al nacer.
- Enfermedades congénitas.

Las probabilidades de que una madre adolescente tenga estos problemas son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas probabilidades son más altas entre los pobres que entre los de mejor condición



social en un mismo país. A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años. En la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 a 18 años.

El embarazo y la maternidad representan 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 la salud de la adolescente y la de su hijo.

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

La maduración del sistema reproductivo y la obtención de la talla adulta no 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, o sea que sigue creciendo lenta y continuamente aún después de la menarquía, cuando hay una desaceleración del crecimiento de la talla.

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

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

### **Factores de riesgo para el niño.**

Los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de madres adolescentes. Tales complicaciones incluyen una mayor incidencia de peso bajo al nacer (que a su vez puede conducir a problemas neurológicos, retraso, otros problemas de salud, e incluso la muerte), nacimiento prematuro, muerte fetal y



mortalidad perinatal. Pero al mismo tiempo se ha determinado que algunas de estas complicaciones no están directamente relacionadas con la edad sino con un cuidado y una nutrición prenatal inadecuados.

También las tasas de morbilidad son más altas, así como la permanencia en terapia intensiva es más prolongada y costosa, hay mayor incidencia de rehospitalizaciones, problemas de desarrollo y de conducta.

Hay mayor riesgo de maltrato, abandono físico, emocional y repercusiones en el desarrollo psicólogo-emocional.

Múltiples factores de riesgo afectan negativamente al futuro del niño, entre ellos el bajo status socio-económico y el bajo nivel educacional de la madre, los cuales ejercen efectos adversos en las oportunidades para el óptimo crecimiento y desarrollo.

Los padres adolescentes no se encuentran en condiciones de proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su hijo.

También se puede decir que como la situación socioeconómica es poco favorable, la buena salud del niño puede estar en peligro ya que sus padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros como para proveer fuentes emocionales, económicas y educacionales, así como un ambiente social adecuado para su desarrollo óptimo. En consecuencia, puede ser que los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes aún pueden ser mayores que los biológicos.

### **Factores de riesgo para la adolescente.**

Los efectos sociales por el hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para la madre, puesto que el embarazo y la crianza del niño, independientemente del estado marital, interrumpen oportunidades



educacionales que se reflejan en el momento de obtener mejores trabajos, salarios más altos, etc.

Tener que asumir la crianza de un niño durante la adolescencia afecta el desarrollo personal de las jóvenes.

Cambian totalmente las expectativas y la vida de las adolescentes; ya no podrán seguir compartiendo con su grupo de compañeros y amigos, dejan de crecer con su grupo, con lo cual pierden una importante fuente de satisfacción social y psicológica y un elemento de apoyo afectivo para el logro de confianza en sí misma, de autoestima y de identidad personal.

Generalmente tienen que interrumpir sus estudios, lo cual limita sus posibilidades de alcanzar buenos niveles profesionales y laborales. Las madres adolescentes tienen alto riesgo de sufrir desventajas económicas y sociales, de permanecer en la pobreza, sin completar su escolaridad, de tener matrimonios inestables y problemas en la crianza de los hijos.

Hay una pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a buscar la ayuda de los padres cuando ya creían que iniciaban su camino a la independencia. Esa situación puede prolongarse por muchos años y en algunos casos indefinidamente.

Un grupo importante de ellas continúa sufriendo el rechazo que comenzó durante el embarazo. La joven madre recibe desprecio, violencia y discriminación de parte de su grupo familiar y de la comunidad.

Los matrimonios precoces no representan la alternativa ideal. Las relaciones de pareja generalmente son poco estables y muy conflictivas. Un alto porcentaje de ellos termina en divorcio poco tiempo después. Hay una demora o cese de su desarrollo personal y en el logro de su madurez psicosocial.

Todos esos conflictos y sentimientos de insatisfacción generan gran dificultad en la adolescente para asumir su rol de madre. Son emocionalmente inmaduras y no



tienen; la paciencia necesaria, ni la tolerancia para proveer de todo lo que necesita un niño pequeño. Puede haber rechazo del bebé o aceptación aparente sin asumir la responsabilidad completa.

En conclusión se trata del llamado síndrome del fracaso de la adolescente embarazada como lo denominan los especialistas.

### **Factores de riesgo para la familia.**

Los padres adolescentes que reciben el apoyo de sus padres y continúan viviendo con ellos, pueden hacerse cargo de su hijo con la ayuda de sus familias, pero se observa un desequilibrio psicológico y económico de la familia protectora.

### **Factores de riesgo para la comunidad.**

El grupo de madres adolescentes y sus hijos constituyen una población demandante de servicios y de ayuda, poco o nada productiva, que representa una carga para la sociedad desde el punto de vista económico y social. Estas familias pueden necesitar asistencia pública por largo tiempo.

Constituyen una creciente población de alto riesgo proclive a presentar desajustes emocionales y psicosociales.<sup>26</sup>



## LOS SEÑALES DE ALARMA

Alarmas	Erupciones	Fiebre	Decaimiento Palidez	Ingresos y/o exposición sustancias	Antecedentes personales y familiares	Antecedentes obstétricos
VERDE  Alerta pero no se descuide	Todo cambio de color de la piel deberá ser visto por un medico	Toda fiebre o laza térmica necesita atención médica	No está comiendo bien- suficiente, se marea de vez en cuando y la notan pálida	Tiene riesgo de que en algún momento del embarazo tome contacto con sustancias químicas		Sabe su grupo y factor Rh  Sabe si le dio rubiola, varicela, hepatitis B o si ha sido inmunizada
AMARILLO  Peligro de muerte o daño para él bebe	Enrojecimiento de la piel(granos, ronchas, manchas)  No importa si no hay fiebre, comezón o posible contagio o ingestión de algo no habitual	Febrícula no muy alta, con o sin otros síntomas	Se siente débil le falta energía para hacer sus tareas y está un poco mareada, cara y ojos pálidos, manos frías.	No está segura de haber tomado medicamentos o de estar en contacto con substancias químicas.  Consumió drogas, alcohol, cigarrillos pero suspendió al saber que está embarazada	Sospecha tener o haber tenido sin diagnóstico médico: bocio, hipertensión arterial, sífilis, Sida, diabetes, toxoplasmosis, citomegalovirus.  Sospecha de algún pariente tiene anomalías congénitas.  Piensa que tiene alguna anomalía congénita.  Cree que sufre de violencia domestica	Cree haber tenido abortos, mortinatos, parto prematuro, placenta previa, RPM, hipertensión inducido por el embarazo, presentaciones anómalas.  Tiene dudas sobre su grupo y factor Rh.  Cree haber tenido rubeola, varicela, hepatitis B, supone haber sido inmunizada.



<p>ROJO</p> <p>Peligro inminente de muerte o daño grave para él bebe</p>	<p>Cualquier cambio en la coloración de la piel, enrojecimiento, manchas, granos, ronchas, etc.</p> <p>Si se acompaña de comezón y fiebre.</p> <p>Hay antecedentes de contagio de alguna enfermedad o alguien cercano tiene algo parecido o ingirió medicamentos.</p>	<p>Fiebre alta con malestar general acompañada por: ganglios inflamados (bolitas dolorosas en el cuello, axila, ingles)</p> <p>Erupciones en cualquier parte del cuerpo.</p>	<p>La madre tiene pocas ganas de hacer las cosas que antes hacía</p> <p>Le cuesta mucho trabajo hacer esfuerzo físico.</p> <p>Se acompaña de mareo, visión borrosa, ve lucecitas, piel de cara y manos sin color, sudor frío.</p>	<p>Tomo medicamentos sin saber que está embarazada, en dosis no recomendada y sin receta médica.</p> <p>Consumió alcohol, drogas, cigarrillos.</p>	<p>Padeció bocio, hipertensión arterial, sífilis, diabetes, toxoplasmosis, sida con diagnóstico médico.</p> <p>Ha tenido parientes con anomalías congénitas</p> <p>Sufre de violencia domestica</p>	<p>Tuvo abortos a repetición, mortinatos, gemelos, niño anterior con anomalías congénitas, parto prolongado, parto prematuro, placenta previa, RPM, hipertensión inducido por el embarazo, presentaciones anómalas, cesáreas anteriores.<sup>27</sup></p>
--	---	--	---	--	---	---



## 2.1.9 Complicaciones del Embarazo en las Adolescentes

Debido a que la adolescente está todavía en desarrollo y crecimiento, es importante saber que la pelvis todavía está creciendo, asimismo 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.

Se observa que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna, siendo mayor si la edad de la mujer embarazada es menor de 15 años (en la adolescencia temprana).

### Complicaciones Prenatales

- Anemia.
- Hipertensión inducida por el embarazo (Pre-eclampsia).
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Embarazo pretérmino.
- Parto prolongado.

### Complicaciones intra-parto

- Sufrimiento fetal, atonía uterina.
- Desproporción feto-pélvica.
- Mayor proporción de cesáreas (siendo inversamente proporcional a la edad materna).
- Recién nacido de bajo peso al nacer.

### Complicaciones Neonatales.

- Malformaciones Ictericia neonatal
- Sepsis congénitas (polidactilia, paladar hendido).
- Síndrome de dificultad respiratoria.
- Prematuridad.<sup>28</sup>



Complicaciones	Síntomas	Tratamiento
<p><b>Aborto espontáneo:</b> Pérdida del embarazo por causas naturales antes de las 20 semanas. Hasta un 20% de los embarazos terminan en aborto espontáneo. A menudo, se produce un aborto espontáneo antes de que la mujer se entere de que está embarazada</p>	<p>Las señales de un aborto espontáneo pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manchado o sangrado vaginal</li> <li>• Cólicos o dolor abdominal</li> <li>• Líquido o tejido eliminados a través de la vagina</li> </ul> <p>Un manchado temprano en el embarazo no significa que el aborto espontáneo esté asegurado. De todos modos, póngase en contacto con su médico inmediatamente si presenta sangrado.</p>	<p>En la mayoría de los casos, el aborto espontáneo no puede evitarse. A veces, una mujer debe someterse a tratamiento para eliminar del útero el tejido del embarazo.</p> <p>Recibir asesoramiento puede ayudar a lograr la curación emocional.</p>
<p><b>Anemia:</b> Glóbulos rojos sanos más bajo de lo normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de cansancio o debilidad</li> <li>• Palidez</li> <li>• Mareos</li> <li>• Falta de aire</li> </ul>	<p>Los suplementos de hierro y ácido fólico ayudan a las mujeres que tienen anemia relacionada con el embarazo.</p> <p>Su médico examinará sus niveles de hierro durante el embarazo para asegurarse de que la anemia no vuelva a presentarse.</p>
<p><b>Desprendimiento placentario:</b> La placenta se separa de la pared uterina antes del parto, lo que puede significar que el feto no recibe suficiente oxígeno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado vaginal</li> <li>• Cólicos</li> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Sensibilidad en el útero</li> </ul>	<p>Cuando la separación es menor, el reposo en cama durante unos días por lo general detiene la hemorragia.</p> <p>Los casos moderados pueden requerir reposo completo en cama.</p> <p>Los casos graves (cuando se separa más de la mitad de la placenta) es posible</p>



		que requiera atención médica inmediata y el parto prematuro el bebé.
<p><b>Diabetes gestacional:</b> Exceso de los niveles de azúcar en la sangre durante el embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Por lo general, no hay síntomas. A veces, sed extrema, hambre o fatiga</li> <li>• La prueba de detección muestra niveles altos de azúcar en la sangre</li> </ul>	<p>La mayoría de las mujeres con diabetes relacionada con el embarazo pueden controlar los niveles de azúcar en la sangre siguiendo un plan de alimentación saludable diseñado por el médico.</p> <p>Algunas mujeres también necesitan insulina para mantener los niveles de azúcar bajo control. Tomar estas medidas es importante porque un mal control de la diabetes aumenta el riesgo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-eclampsia</li> <li>• Parto prematuro</li> <li>• Parto por cesárea</li> <li>• Tener un bebé grande, lo cual puede complicar el parto</li> </ul> <p>Bebés que nacen con bajo nivel de azúcar en la sangre, problemas respiratorios e ictericia</p>
<p><b>Embarazo ectópico:</b> Cuando un óvulo fecundado se implanta fuera del útero,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Dolor de hombro</li> <li>• Sangrado vaginal</li> <li>• Sensación de mareo o desmayo</li> </ul>	<p>Con un embarazo ectópico, el óvulo no puede desarrollarse. Se utilizan fármacos o</p>



<p>generalmente en las trompas de Falopio.</p>		<p>cirugía para eliminar el tejido ectópico, de modo que no se lesionen los órganos.</p>
<p><b>Hiperémesis gravídica :</b> Náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo, más extremos que las “náuseas matutinas”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas que no desaparecen</li> <li>• Vómitos varias veces al día, todos los días</li> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• Disminución del apetito</li> <li>• Deshidratación</li> <li>• Sensación de desmayo o desvanecimiento</li> </ul>	<p>Los alimentos secos y fáciles de digerir y los líquidos constituyen la primera línea de tratamiento. A veces, se prescriben medicamentos para aliviar las náuseas. Muchas mujeres con HG deben ser hospitalizadas para recibir líquidos y nutrientes a través de un tubo colocado en una vena. Por lo general, las mujeres con HG comienzan a sentirse mejor en la semana 20 de embarazo. Sin embargo, algunas mujeres sienten náuseas y tienen vómitos durante los tres trimestres.</p>
<p><b>Hipertensión (relacionada con el embarazo):</b> Hipertensión que comienza después de 20 semanas de embarazo y desaparece después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión sin otras señales o síntomas de pre-eclampsia</li> </ul>	<p>La salud de la madre y el bebé se vigilan muy de cerca para asegurar que la hipertensión no sea pre-eclampsia.</p>
<p><b>Placenta previa:</b> La placenta cubre toda la apertura del cuello uterino dentro del útero o parte de ella</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado vaginal sin dolor durante el segundo o tercer trimestre</li> <li>• En algunos casos, no se presentan síntomas</li> </ul>	<p>Si se diagnostica después de la semana 20 de embarazo, pero sin sangrado, la mujer tendrá que reducir su nivel de actividad y aumentar el reposo en cama.</p> <p>Si el sangrado es abundante, quizás sea</p>



		<p>necesaria la hospitalización hasta que la madre y el bebé se encuentren estables. Si el sangrado se detiene o es leve, se continúa con el reposo en cama hasta que el bebé esté listo para nacer.</p> <p>Si el sangrado no se detiene o si comienza el trabajo de parto prematuro, el bebé nacerá por cesárea.</p>
<p><b>Pre-eclampsia:</b> Una afección que comienza después de las 20 semanas de embarazo que ocasiona hipertensión y problemas en los riñones y otros órganos. También llamada toxemia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión</li> <li>• Hinchazón de las manos y la cara</li> <li>• Demasiadas proteínas en la orina</li> <li>• Dolor estomacal</li> <li>• Visión borrosa</li> <li>• Mareo</li> <li>• Dolor de cabeza</li> </ul>	<p>La única cura es el parto, que quizás no sea lo mejor para el bebé. El parto probablemente será inducido si la enfermedad es leve y la mujer está próxima a cumplir el término (de 37 a 40 semanas de embarazo). Si es demasiado pronto para el parto, el médico examinará muy de cerca la salud de la madre y del bebé.</p> <p>Es posible que la madre necesite tomar medicamentos y hacer reposo en cama en su casa o en el hospital para reducir la presión arterial. Los medicamentos también pueden utilizarse para evitar que la madre presente convulsiones.</p>
<p><b>Problemas fetales:</b> El</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El bebé se mueve menos</li> </ul>	<p>El tratamiento depende de</p>



<p>bebé por nacer tiene un problema de salud, como crecimiento escaso o problemas cardíacos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El bebé es más pequeño de lo normal para la edad gestacional</li> <li>• Menos de 10 patadas por día después de la semana 26</li> <li>• Algunos problemas no tienen síntomas, pero se detectan con pruebas prenatales</li> </ul>	<p>los resultados de las pruebas para supervisar la salud del bebé. Si una prueba sugiere un problema, esto no siempre significa que el bebé tiene problemas. Puede significar solo que la madre necesita cuidados especiales hasta que el bebé nazca.</p> <p>Esto puede incluir diversas cosas, como reposo en cama, según el estado de la madre. A veces es necesario adelantar el parto.</p>
<p><b>Trabajo de parto prematuro:</b> Inicio del parto antes de las 37 semanas de embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de secreción vaginal</li> <li>• Presión pélvica y cólicos</li> <li>• Dolor de espalda que se irradia al abdomen</li> <li>• Contracciones</li> </ul>	<p>Los medicamentos pueden detener la progresión del parto. Se suele recomendar el reposo en cama. A veces, una mujer debe dar a luz antes de tiempo. Dar a luz antes de las 37 semanas se denomina “parto prematuro.”</p> <p>El parto prematuro es un factor de mayor riesgo para partos prematuros en el futuro.</p>
<p><b>Depresión:</b> Tristeza extrema durante el embarazo o después del parto (posparto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristeza intensa</li> <li>• Impotencia e irritabilidad</li> <li>• Cambios en el apetito</li> <li>• Pensamientos de</li> </ul>	<p>Las mujeres embarazadas pueden recibir ayuda con un tratamiento o una combinación de opciones</p>



	<p>hacerse daño o hacerle daño a su bebé</p>	<p>de tratamiento, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia</li> <li>• Grupos de apoyo</li> <li>• Medicamentos</li> </ul> <p>La depresión de una madre puede afectar el desarrollo del bebé, por lo que el tratamiento es importante para la madre y el bebé.<sup>29</sup></p>
<p><b>Ruptura prematura de membranas.-</b> Es la pérdida del líquido amniótico a través del cuello uterino por la ruptura espontánea de las membranas o bolsas de las aguas antes de empezar el trabajo de parto y cuando la rotura se produce en una edad de gestación menor de 37 semanas corresponde a una ruptura prematura de membranas pretérmino.</p> <p>El líquido expulsado por la vagina, presenta las características de líquido amniótico: color claro, ligeramente opaco y de olor característico.</p> <p>Cuando el líquido tiene mal olor, puede indicar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensación de mayor humedad en los genitales</li> <li>• Pérdida de líquido por la vagina, puede presentarse con: color claro ligeramente opaco; o de color verdoso meconial; mal olor infección</li> <li>• Cantidad variable</li> <li>• Tiempo de la ruptura; menos de 12 horas evaluar posible infección; más de 12 horas riesgo de infección.</li> <li>• En caso de infección; pulso rápido, fiebre, agitación</li> </ul>	<p>Verificar los signos vitales</p> <p>Realizar examen obstétrico: situación, posición y presentaciones fetales</p> <p>Verificar la pérdida de líquido observando genitales externos</p> <p>No se debe realizar tacto vaginal<sup>30</sup></p>



<p>infección y cuando se presenta de color verdoso indica la presencia de meconio y probable sufrimiento fetal.</p> <p>Los factores que predisponen para que la bolsa de las aguas se rompa espontáneamente son :</p> <p>Infecciones vaginales</p> <p>Sobre distensión uterina(útero grande)</p> <p>Exceso de trajín o coito</p> <p>Disminución de los niveles plasmáticos del zinc durante la gestación</p>		
--	--	--

## 2.2. MARCO REFERENCIAL

### Foto N° 1.

#### Vista frontal del centro de salud Pumapungo.



**Tomada por:** Eva Cazho Y, Jenny Gaona C, Lorena Padilla.

**Fuente:** Realizado por las autoras.

#### 2.2.1 Ubicación.

El Centro de Salud N°1Pumapungo se encuentra Ubica do en la provincia del Azuay, dentro de la zona urbana de la Ciudad de Cuenca, pertenece al Área de Salud 1 Pumapungo, situado en la parroquia San Blas, en la Av. Huayna Cápac #1-270 entre Cacique Duma y Calle Larga. Diagonal al Banco Central; Es una Institución Pública.

#### 2.2.2 Ubicación geográfica

Limites Geopolíticos: Esta institución se encuentra ubicada dentro de los siguientes límites:

Norte: La Calle larga la cual baja hasta la Av. Paseo de los Cañarís.

Sur: Cacique Dumac

Este: Paseo de los cañarís. .

Oeste: Av. Huayna Cápac (junto al Banco Central)



### **2.2.3 Creación del área de salud N° 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 1992, 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.

### **2.2.4 Localización y circunscripción territorial**

Esta institución de salud pública, se encuentra ubicada al Nororiente de la Provincia del Azuay, tiene una extensión de 9.505.04. Está integrada por 10 parroquias tanto urbanas como rurales. Las parroquias rurales son: Octavio Cordero Palacios, Sidcay, Llacao, Nulti y Paccha. Las Parroquias de Ricaurte y Machángara tienen una población tanto rural como urbana; mientras que las Parroquias de San Blas, Totoracocha y Cañaribamba, se encuentran dentro del casco urbano del Cantón Cuenca.

### **2.2.5. Misión de la institución.**

El Centro de Salud N°- 1 Pumapungo es una institución perteneciente al MSP que brinda servicios de atención primaria de salud ambulatoria con calidad, calidez, eficacia y eficiencia, equidad, basado en el modelo de salud dirigida al individuo, familia y comunidad con enfoque cultural, para satisfacer sus necesidades y así mejorar se calidad de vida.



### **2.2.6 Visión de la institución.**

Tener la comunidad con condiciones de vida saludable, acceso gratuito y universal a los servicios de salud integrales con énfasis en atención primaria, conformando una red de servicios complementarios, centrado en las personas, familia y comunidad, que garantice prestaciones de alta calidad, calidez, eficiencia, solidaridad, equidad, respetando la cultura ancestral, bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, la participación activa de todos sus actores y con talento humano comprometido, capacitado, estable, en un ambiente agradable.

### **2.2.7 Organización administrativa.**

El personal administrativo y operacional es muy reconocido por su trabajo en equipo, sin embargo constantemente hacen oposición al trabajo de la institución, es notable la falta de compañerismo y de comunicación lo que induce a fallas en el manejo de los programas.

El Centro de Salud N°- 1 Pumapungo se encuentra integrado por el siguiente personal:

- ✓ Médicos Generales.
- ✓ Pediatras
- ✓ Ginecólogo
- ✓ Obstetra
- ✓ Psicólogos.
- ✓ Laboratoristas.
- ✓ Interna de Nutrición.
- ✓ Internas de Enfermería.
- ✓ Enfermera.
- ✓ Auxiliares de Enfermería.



### **2.2.8 Servicios que presta la institución.**

Para atender las grandes demandas del Área y de otras áreas de influencia el Centro de Salud N°- 1 Pumapungo, cuenta con: Medicina General, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Odontología, Enfermería, Estadística, Trabajo Social, Ecografía, Electrocardiogramas, Colposcopia, Laboratorio, Farmacia, Control Sanitario y Nutrición. Además se ha implementado la atención a todos los y las adolescentes que acuden a este centro de salud, mediante el programa de las ADAS. También cuenta con un club de madres embarazadas las que reciben sus capacitaciones quincenales.

Presta atención a todos los grupos de edad sin discriminación de raza, edad, condición social y económica, atención que recibe cada uno de los pacientes con una atención totalmente gratuita.



## CAPÍTULO III

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo General.

- Determinar los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pumapungo Cuenca, 2012.

#### 3.2 Objetivos Específicos.

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



## CAPÍTULO IV

### 4. DISEÑO METODOLOGICO:

#### 4.1 Tipo de estudio.

Es una investigación 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 N°1Pumapungo

**Investigación Cuantitativa:** Proporciona orden y un valor numérico a la recolección de la información, la misma que nos permitió elaborar el análisis e interpretación de los aspectos investigados.

#### 4.2 Universo y muestra

**Universo:** El universo es infinito lo constituyen todas las madres adolescentes que asisten al Centro de Salud N° 1Pumapungo de Ca ntón Cuenca 2012.Durante el periodo de Marzo 2012 a Julio 2012.

**Muestra:**113 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud N°1 Pumapungo del Cantón Cuenca2012.Durante el periodo de Marzo 2012 a Julio 2012.

#### 4.3 Técnica de recolección de datos

- 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 tabulo los datos con la información obtenida en los formularios.



**Instrumento:** Como instrumento de trabajo se utilizó un formulario en el que se registró: 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, Valoración Obstétrica y determinación de ARO.

### **Fuente de Información**

**Primaria:** Entrevista a adolescentes embarazadas de 12 a 20 años, (según la Organización Mundial de la Salud se ha considerado que ésta es la edad en la que se presentan con mayor frecuencia los embarazos).

**Secundaria:** Revisión de los expedientes clínicos y registros de las madres que acudieron para sus controles en el Centro de Salud N°1 Pumapungo.

**Procesamiento de 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.

### **Criterios de Inclusión:**

Todas las adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud N°1 Pumapungo durante los meses de Marzo a Julio 2012, respetando si deseen o no su participación en la investigación.

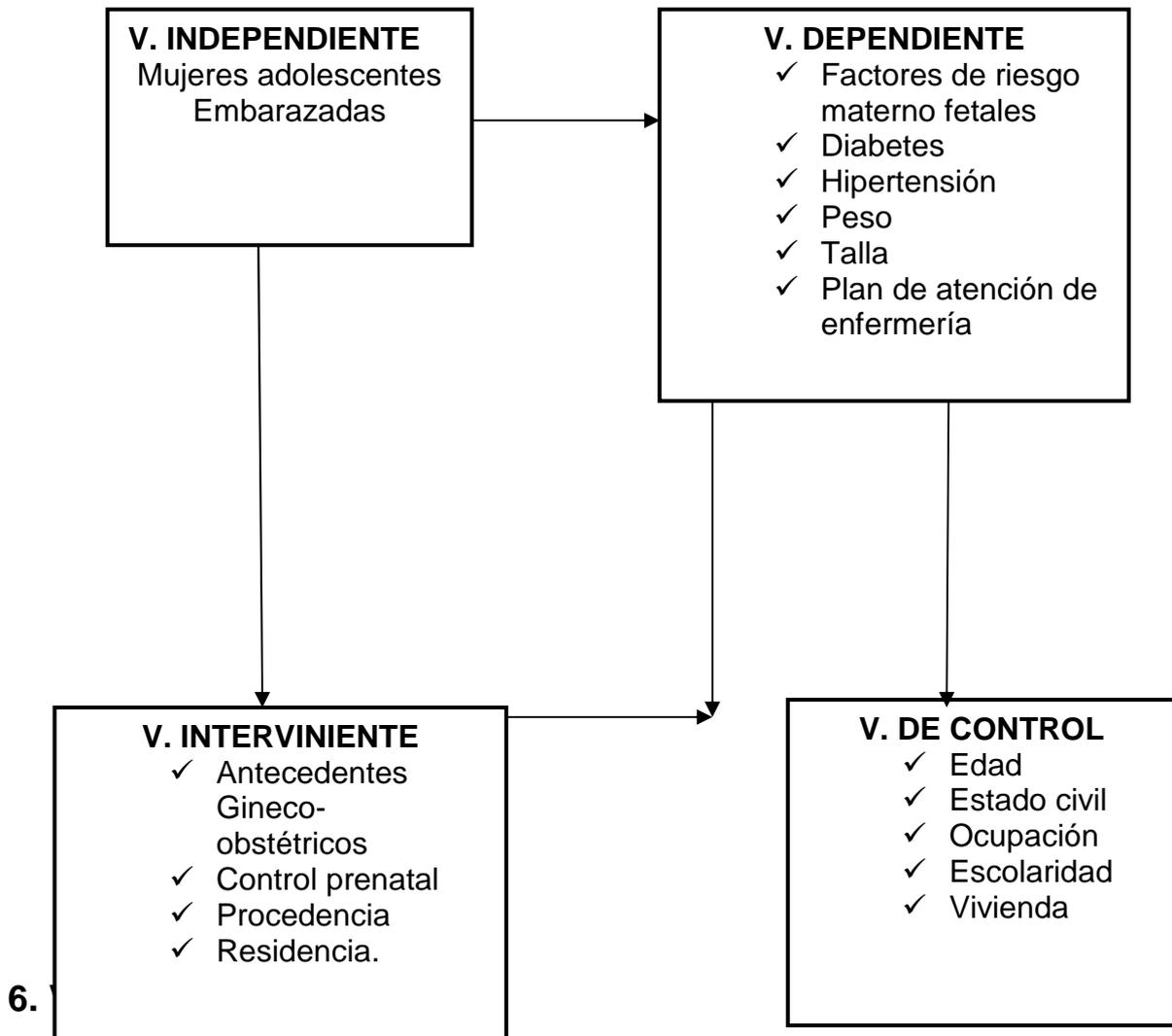
### **Criterios de Exclusión**

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

### **Implicaciones éticas**

La recolección de datos se realizó de manera confidencial por parte de las madres adolescentes que asistieron al Centro de Salud N° 1 Pumapungo.

#### 4.4 VARIABLES





#### 4.5 Conceptualización de las variables

**Embarazo en adolescente.-** Es aquel embarazo que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10-13 años aproximadamente).

**Factores de riesgo materno- fetal.-** Es toda característica asociada a un mayor probabilidad de sufrir un daño tanto para la madre como para el producto de la gestación.

Existen algunos factores de riesgo para el embarazo a temprana edad, tenemos:

- Edad materna
- Menarquía precoz
- Peso <45kg o talla < 1.45cm
- Falta de uso de métodos de planificación familiar
- Bajo nivel escolar
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares

## CAPÍTULO V

### 5.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO, SEGÚN LA EDAD Y EL NUMERO DE LOS COMPAÑEROS SEXUALES, CUENCA 2012.**

VARIABLE	COMPAÑEROS SEXUALES			Total
	1	2	+2	
EDAD 14-16	36	7	0	43
17-19	56	12	2	70
Total	92	19	2	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANÁLISIS.-** De acuerdo a la Encuestas realizadas, podemos observar que entre la edad de 14 -16 años (corresponde a la adolescencia intermedia) 36 adolescentes indica que han tenido un compañero sexual, mientras que 7 de estas jóvenes tienen 2 compañeros sexuales; de 17 – 19 años de edad 56 adolescentes nos explican que tienen un compañero sexual, de estas 12 adolescentes han tenido dos compañeros sexuales. Analizando desde un punto de vista muy preocupante que las adolescentes optan por tener relaciones sexuales solo por placer o por salir de casa optando como la libertad y no se dan cuenta de las consecuencias que pueden surgir en el futuro de ellas, la familia y la sociedad en general.



TABLA N° 2

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO SEGUN A LA EDAD Y SI EL EMBARAZO ES DESEADO, CUENCA 2012**

VARIABLE	EMBARAZO DESEADO		Total
	NO	SI	
EDAD 14-16	22	21	43
17-19	37	33	70
Total	59	54	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** Según el grupo etario atendidas en el centro de salud N°1 de Pumapungo, de 17 a 19 años de edad, 37 jóvenes no planearon el embarazo y 33 de estas adolescentes que si planificaron, nos damos cuentan entre estas edades están conscientes de las responsabilidades que tienen que cumplir como madre y también las necesidades y por esta razón la mayoría de las adolescentes dejan los estudios y buscan algún tipo de trabajo para poder traer el sustento para ellas y su hijo/a que viene en camino; de igual manera de 14 a 16 años , 22 adolescentes nos revelan que es embarazo no deseado, 21 de estas que si lo desean, y ellas se refugian en los padres aun cuando ellos no los acepten.



TABLA N°3

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO SEGUN LA EDAD Y LA ESCOLARIDAD, CUENCA 2012**

VARIABLE	ESCOLARIDAD					Total
	PRIMARIA INCOMPLETA	PRIMARIA COMPLETA	SECUNDARIA INCOMPLETA	SECUNDARIA COMPLETA	SUPERIOR	
EDAD 14-16	11	5	15	4	8	43
17-19	0	10	15	21	24	70
Total	11	15	30	25	32	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** Entre los 14 – 16 años de edad 11 adolescentes nos indican que son de primaria incompleta, 5 de ellas han terminado la primaria, 15 con secundaria incompleta, 4 secundaria completa, y 8 de estas en el superior; den 17 a19 años, 10 adolescentes explican que han culminado la primaria, 15 secundaria incompleta, 21 secundaria completa y 24 de adolescentes cursan en el nivel superior. Es importante porque nos indican las deficiencias de las enseñanzas sobre educación sexual en los colegios y en las universidades.

TABLA N<sup>º</sup>4.**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N<sup>º</sup> 1 PUMAPUNGO SEGUN LA MENARCA E INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA, CUENCA 2012**

VARIABLE	EDAD SEXUAL		Total
	14-16	17-19	
EDAD 10-13	49	38	87
MENSTRUACIÓN 14-16	10	16	26
Total	59	54	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N<sup>º</sup>1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** Según se observa las adolescentes de 14- 16 años de edad su inicio de edad menstruación es de 10 a 13 años, en el que han comenzado muy tempranamente sus relaciones sexuales son 49 jóvenes, pero a esta misma edad, que iniciaron su menstruación entre las edades de 14 a 16 años son 10 jóvenes. Pero las adolescentes de 17 a 19 años son 38 adolescentes que iniciaron su menstruación a los 10 a 13 años, mientras que 16 adolescentes iniciaron su menstruación a los 14 a 16 años de edad. Mientras menor sea la edad de inicio de su menstruación, mas tempranamente inician la actividad sexual, esto es porque casi en todos los hogares tiene acceso a medios de comunicación, y las jóvenes buscan una curiosidad y experimentar y por falta de orientación sexual desde sus hogares, sin tomar en cuenta que están propensas a cualquier tipo de riesgo.



## TABLA N°5

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO SEGÚN EL EMBARAZO DESEADO Y COMO ASUME EL EMBARAZO, CUENCA 2012**

VARIABLE		COMO ASUME EL EMBARAZO			Total
		EXIGENCIA DE OTRAS PERSONAS	OBLIGACION	VOLUNTAD	
EMBARAZO DESEADO	NO	19	11	29	59
	SI	12	14	28	54
Total		31	25	57	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** de esta tabla 19 adolescentes indican que su embarazo no es deseado, y están cursando solo por exigencia de otras personas, mientras que 11 jóvenes indican que su embarazo está cursando por una obligación, de igual manera 29 de las adolescentes explican aunque su embarazo no es deseado lo tienen por su voluntad; 12 adolescentes dicen el embarazo es deseado, pero cursan por exigencia de otras personas, 14 de estas por obligación y 28 de ellas por su voluntad. En realidad la mayoría de las jóvenes cursan el embarazo por su voluntad propia, sabiendo que ese niño que viene en camino lo dará más fuerzas, animo, esperanza en la vida de ellas.



TABLA N°6

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO SEGÚN SUS SENTIMIENTOS HACIA SU EMBARAZO Y LA REACCION DE LA FAMILIA, CUENCA 2012**

VARIABLE		LA REACCION DE LA FAMILIA			Total
		NEGACION	APOYO	ACEPTO	
COMO SE SIENTE	FRUSTRADA	3	2	6	11
AHORA	RESIGNADA	3	7	12	22
	ALEGRE	7	34	39	80
Total		13	43	57	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** Nos referimos al cómo se siente ahora con el embarazo 3 de estas jóvenes están frustradas por que la familia le negó su embarazo, 3 adolescentes están resignadas y 7 de ellas se encuentran alegres, 2 adolescentes nos indican que están frustradas aunque la familia le apoyo, 7 de ellas resignadas, 34 de ellas alegres



TABLA N°7

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO SEGÚN EL NUMERO DE HIJO QUE VA A TENER Y LA EDAD DE LA ADOLESCENTE, CUENCA 2012**

VARIABLE	EDAD		Total
	14-16	17-19	
NIÑO QUE VA TENER PRIMERO	34	48	82
ES ÉL SEGUNDO	9	22	31
Total	43	70	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANÁLISIS.-** Las adolescentes de 14 a 16 años de edad, 34 de ellas nos indican que es el primer niño que va a tener, 9 jóvenes van a tener el segundo niño; mientras que de 17 a 19 años de edad, 48 adolescentes dicen que es el primer niño y 22 van a tener el segundo bebé. Nos pone a manifiesto la mayoría de las adolescentes. Es suma importancia ya que la mayoría de las adolescentes van a tener primer niño



TABLA N°8

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO SEGÚN EL ESTADO CIVIL Y LA RELIGIÓN A LA QUE PERTENECEN**

VARIABLE		RELIGIÓN	Total
		CATOLICA	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	46	46
	CASADA	30	30
	UNION LIBRE	37	37
Total		113	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** Nos podemos poner en manifiesto que la mayor parte de las adolescentes nos indican que son de la religión católica 46 solteras, 30 casadas, 37 de unión libre. La mayoría de las familias no aceptan el embarazo de sus hijas por las creencias de la religión y de la familia, pero no entienden a sus hijas la etapa en que ellas están cursando.



TABLA N° 09

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGOSEGÚN LA EDAD Y METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, CUENCA 2012**

VARIABLE	METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR		Total
	NO	SI	
EDAD 14-16	38	5	43
17-19	47	23	70
Total	85	28	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** Nos referimos que de 14 -16 años de edad 38 adolescentes nos explican que no han utilizado los métodos de planificación, 5 de estas si han utilizado, mientras de 17 a19 años las adolescentes 47 de estas no han utilizado, pero 23 de estas si lo hicieron. La mayor parte de las adolescentes no tienen educación sobre planificación familiar aunque lo sepan no saben cómo utilizarlo, porque tienen miedo de acudir a una casa de salud para poder ser orientadas sobre este tema y tampoco son capaces de preguntarles a sus padres porque ellos no entienden o a veces es pecado hablar de este tema.



TABLA N° 10

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO SEGUN LA MIGRACION FAMILIAR YEL CONSUMO DE ALCOHOL, CUENCA 2012**

VARIABLE		CONSUME ALCOOHOL		Total
		NO	SI	
MIGRACION	NO	17	10	27
FAMILIAR	SI	65	21	86
Total		82	31	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** De acuerdo a nuestras encuestas realizadas, podemos darnos cuenta que 17 adolescentes indican que no tiene ningún familiar que haya migrado, y ningún familiar que consuma alcohol; pero 10 chicas dicen que si existe un familiar que si consume alcohol; de la misma forma 65 adolescentes tienen algún familiar fuera del país que es un frecuencia alta, pero no hay ningún familiar que consume alcohol, pero 21 de estas adolescentes explican que dentro de la familia si existe alguien que consume alcohol que también es muy preocupante. De esta manera nos damos cuenta que la migración es un factor de riesgo, por el mismo hecho de que las adolescentes a esta edad necesitan estar muy cerca de sus padres para el apoyo y orientación para el futuro y el bienestar; es por esto que las adolescentes se quedan solas o a cuidado de terceras personas que luego buscan amigos para refugiarse o llenar esos vacíos que tienen y estos pueden abusar sexualmente.



TABLA N° 11

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO SEGUN LA EDAD Y LA RELACION FAMILIAR, CUENCA 2012**

VARIABLE	RELACION FAMILIAR			Total
	REGULAR	BUENA	EXELENTE	
EDAD 14-16	3	25	15	43
17-19	5	41	24	70
Total	8	66	39	113

FUENTE: Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

ELABORADO POR: Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** A la edad de 14 a 16 años (que corresponde a la adolescencia intermedia); 3 adolescentes indican que su relación con su familiar es regular, por el mismo hecho de estar embarazada no acepta, 25 adolescentes dicen buena y 15 chicas indican excelente. De igual manera de 17 a 19 años de edad, 5 chicas indican que su relación es regular mientras que 41 adolescentes indican buena y 24 adolescentes dicen excelente. Pensamos que es un tema muy importante porque la mayoría de las adolescentes embarazadas son de familias disfuncionales donde los padres no entienden a ellas, ni le dan un apoyo moral y psicológico.



TABLA N° 12

**DISTRIBUCION DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO SEGUN LA RELACION FAMILIAR Y SI EXISTE O NO UNA CONVERSACIÓN SOBRE LA SEXUALIDAD, CUENCA 2012**

VARIABLE		CONVERSAN DE SEXUALIDAD		Total
		NO	SI	
RELACIÓN FAMILIAR	REGULAR	5	3	8
	BUENA	46	20	66
	EXELENTE	28	11	39
Total		79	34	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** Las adolescentes nos indican existe una relación familiar regular que tampoco conversan sobre la sexualidad, pero las 3 adolescentes nos dicen que aunque exista un regular relación pero si hay una conversación aunque sea poco, 46 de las adolescentes revelan que hay una buena relación familiar, pero no concurre una conversación sobre este tema, igual 20 de estas adolescentes explican que si hay un dialogo sobre la sexualidad; 28 de estas jóvenes nos dicen que hay una excelente relación con su familia, pero no hay una plática sobre la sexualidad; aunque 11 de estas adolescentes dicen si dialogan sobre la sexualidad con su familia. Las adolescentes nos exteriorizan una información muy importante ya que con esto podemos decir que las jóvenes por tener los medios de comunicación a su alcance pueden buscar información y sin supervisión de un adulto.



TABLA N° 13

**DISTRIBUCIÓN DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO SEGUN SU EDAD Y EL PESO, CUENCA 2012**

VARIABLE	PESO			Total
	40-60	61-70	+70	
EDAD 14-16	26	12	5	43
17-19	50	15	5	70
Total	76	27	10	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** según nuestra investigación nos indican las adolescentes de 14- 16 años de edad 26 pesan 40 a60 kg; 12 de 61 a 70 kg, mientras que 5 de ellas pesan más de 70kg; de los 17 -19 años de edad 50 chicas pesan de 40-60kg; y 15 jóvenes de 61 a70 kg, mientras que 5 de estas pesan más de 70kg.



TABLA N° 14

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO SEGUN LA EDAD Y LA TALLA, CUENCA 2012**

VARIABLE	TALLA		Total
	1.50-1.55	1.56- 1.62	
EDAD 14-16	33	10	43
17-19	57	13	70
Total	90	23	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** Según nuestra investigación nos indica que las adolescentes de 14 a 16 años de edad; 33 jóvenes tienen una talla de entre 1.50 – 1.55cm, mientras 10 de ellas entre 1.56- 1.62cm; de los 17 a 19 años observamos que 57 chicas miden entre 1.50 a 1.55cm, y de ellas 13 jóvenes de 1.56-1.62cm.



TABLA N° 15

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1PUMAPUNGO SEGUN SU EDAD Y EL NUMERO DE GESTACIONES, CUENCA 2012**

VARIABLE	NUMERO DE GESTACIONES		Total
	1	2	
EDAD 14-16	34	9	43
17-19	55	15	70
Total	89	24	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** A través de la encuesta podemos explicar que de 14 a 16 años de edad, 34 adolescentes indican que es el primer embarazo; mientras que 9 jóvenes nos dicen que es el segundo embarazo aunque la frecuencia sea poco pero es un riesgo alto tanto social como económico y moral de las adolescentes y de las familias que los rodean, también de 17 a 19 años de edad, 55 adolescentes nos indican que es su primer embarazo, y las 15 chicas con su segundo embarazo. Nos damos cuenta que un alto número de adolescentes son primigestas, donde hay un factor de riesgo desde el punto de vista de la edad.



TABLA N°16

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 PUMAPUNGODE ACUERDO A LA EDAD Y EL NÚMERO DE PARTOS, CUENCA 2012**

VARIABLE	NÚMERO DE PARTOS		Total
	NINGUNO	1	
EDAD 14-16	28	15	43
17-19	50	20	70
Total	78	35	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANÁLISIS.-** Edad de 14 a 16 años, 28 jóvenes no explican no tienen ningún parto anterior y 15 adolescentes nos afirman que ya han tenido un parto; de igual manera de 17 a 19 años 50 chicas nos informan que no han tenido partos anteriores, pero 20 de estas sí lo tienen. Al observar nos damos cuenta que existe un bajo número de las adolescentes que son multíparas y un embarazo con intervalos intergenesicos cortos.



TABLA N° 17

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1PUMAPUNGO SEGÚN LA EDAD Y LA REACCION DE LA FAMILIA, CUENCA 2012**

VARIABLE	LA REACCION DE LA FAMILIA			Total
	NEGACION	APOYO	ACEPTO	
EDAD 14-16	7	21	15	43
17-19	6	22	42	70
Total	13	43	57	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** Las adolescentes de 14 a 16 años de edad a 7 chicas han negado los familiares y 21 con sus apoyos mientras que 15 los aceptaron; de 17 a 19 años de edad 6 familiares negaron y 22 apoyaron y de estas 42 aceptaron el embarazo de las jóvenes.



TABLA N°18

**DISTRIBUCION DE 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1PUMAPUNGO SEGUN LA EDAD Y LA OCUPACION ACTUAL, CUENCA 2012**

VARIABLE	OCUPACIÓN ACTUAL				Total
	NINGUNA	AMA DE CASA	ESTUDIANTE	VENDEDORA	
EDAD 14-16	8	8	24	3	43
17-19	4	20	38	8	70
Total	12	28	62	11	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** La mayoría de las adolescentes atendidas en el centro de salud N° 1, de 14 a 16 años, 24 son estudiantes, 8 ama de casa, 3 son vendedoras, 8 de no tienen ningún tipo de ocupación en la actualidad; de 17 a 19 años 38 de las adolescentes son estudiantes, 20 ama de casa, 8 vendedora, y 4 de ellas no trabajan. Nos damos cuenta que la mayoría de las adolescentes son estudiantes que en las instituciones educativas no socializan sobre este tema, o por la tecnología de internet son más propensas las adolescentes a ver informaciones de adultos y confundo de la sexualidad con el sexo y en sus hogares no pone la atención en sus hijas.



TABLA N° 19

**DISTRIBUCION DE LAS 113 ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD N° 1 SEGUN LA EDAD Y LOS ANTECEDENTES PERSONALES, CUENCA 2012**

VARIABLE	ANTECEDENTES PERSONALES				Total
	NO REFIERE	I.T.U.	ANEMIA	ALERGIAS	
EDAD 14-16	8	17	5	13	43
17-19	13	34	8	15	70
Total	21	51	13	28	113

**FUENTE:** Encuestas realizadas en Centro de Salud N°1 Pumapungo; Cuenca 2012

**ELABORADO POR:** Eva Cazho, Jenny Gaona, Lorena Padilla

**ANALISIS.-** Las adolescentes de 14 a 16 años, 13 nos explican que tienen alergias, 5 anemia, 17 de ellas I.T.U, 8 no refieren, mientras que de 17 a 19 años 34 presentan infección de tracto urinario, 15 presentan alergias, 13 no refieren, 8 con anemia. Es significativa que las adolescentes acerca de las alergias dependen del estilo de vida cotidiana, y acerca de las I.T.U es por el hecho del embarazo que el organismo produce cambios significativos de cambios hormonales o por vestir ropa muy apretada



## 5.2 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

### 5.2.1 CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
<ul style="list-style-type: none"><li>Determinar la frecuencia de embarazos en mujeres adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pumapungo.</li></ul>	<p>1. De las mujeres adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud N°-1 Pumapungo, la edad que con mayor frecuencia la de 14 a 19 años la mayoría proceden de zona urbano- rural de la ciudad de Cuenca. Debido a que existe la migración y falta de apoyo de sus familiares que incluso hay abandono por parte de su pareja, se observa que la mayoría de las jóvenes deciden unirse a su pareja al enterarse que están embarazadas y por esta razón muy pocas culminan sus estudios secundarios y superiores.</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>Identificar los factores de riesgo en las adolescentes embarazadas, mediante la aplicación de un formulario de variables de salud y socio demográficos</li></ul>	<p>2. El grupo de factores de riesgo que se relacionó con la aparición de complicaciones fue el de factores de riesgo sociales: estado civil soltero, residencia rural, funcionalidad familiar deficiente, migración de un miembro de la familia, promiscuidad, analfabetismo o escolaridad primaria incompleta, difícil acceso a los servicios de salud, y control prenatal menor a 5 ocasiones.</p> <p>La complicación más frecuente fue la anemia identificada en pacientes durante el embarazo.</p>



<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer un plan de atención de Enfermería de apoyo y educacional para las mujeres embarazadas adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pumapungo.</li></ul>	<p>3. La mayor parte de las adolescentes no tienen conocimientos suficientes sobre educación sexual, sexualidad, planificación familiar, el uso de métodos anticonceptivos, es por esta razón que la mayor frecuencia de embarazos son no deseados, para evitar que estas frecuencias sigan avanzando, el centro de salud de Pumapungo ya cuenta con planes de atención a adolescentes, y también brinda apoyo emocional mediante club de embarazadas a todas las madres adolescentes.</p>
---	--



### 5.2.2 RECOMENDACIONES

1. Es necesario hacer una concientización. A través de charlas sobre educación sexual a los padres de familia de los jóvenes para que ellos desde su hogar orienten a sus hijos a promover educación sexual responsable para que su futuro sea una entera satisfacción.
2. Evitar el rechazo de la familia y de la sociedad
3. Se debe incluir una educación sexual, sexualidad y planificación familiar en todos los centros de enseñanza en Escuelas, Colegios, Universidades tanto a nivel público como privado de la provincia y del país y así poder cumplir obligaciones y derechos de los adolescentes sobre su sexualidad.
4. Es necesario que los niveles de atención de salud pública que aumenten sus esfuerzos para mejorar la calidad y cantidad de atención a la población que acuden día a día.



### 5.3 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <http://docs.google.com/DETERMINANTES DE LA MUERTE MATERNA>.
2. Bookmiller, Mal, M. et al. Enfermería Obstétrica, 5ª Edición. Ed. EL MANUAL MODERNO, México, 1969.
3. Reeder, S. Enfermería Materno-Infantil. Décimo quinta Edición. México. Editorial Mexicana.
4. Organización Mundial de la salud.
5. Molina R: Adolescencia y embarazo. Capítulo 14. Pérez-Sánchez: Obstetricia. 2ª Edición. Santiago, Chile: Ediciones Técnicas Mediterráneo Ltda. 1992; 179-84.
6. [http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo\\_adolescente](http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo_adolescente)
7. EMBARAZO NO DESEADO CRECE EN ADOLESCENTES; ElTiempo.com.ec; Fecha de Publicación: 2009-09-25 00:00; disponible en:<http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/24455-embarazo-no-deseado-crece-en-adolescentes>
8. Consulte más información sobre la situación del embarazo en adolescentes en la página del UNFPA - Ecuador
9. ALTA INCIDENCIA DE EMBARAZOS PRECOCES Y ADOLESCENTES; Publicado el 04/Marzo/2012 / 00:59; Opinión de Diario HOY; disponible en: <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/alta-incidencia-de-embarazos-precoces-y-adolescentes-536995.html>
10. En Azuay se toman medidas para prevenir los embarazos en adolescentes; publicado el Lunes, 26 de Septiembre de 2011 17:54; Disponible en: [http://www.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com\\_content&view=article&id=195:en-azuay-se-toman-medidas-para-prevenir-los-embarazos-en-adolescentes&catid=53:provinciales&Itemid=243](http://www.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=195:en-azuay-se-toman-medidas-para-prevenir-los-embarazos-en-adolescentes&catid=53:provinciales&Itemid=243)
11. MANUAL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería; Edición 2008. realizado por la licenciada: LIA PEZANTES.



12. KRAUSKOP f D. Adolescencia y educación; Décima tercera Edición; Costa Rica; Editorial Universidad Estatal a Distancia San José 2007.
13. <http://www.educasexo.com/adolescentes/la-sexualidad-en-la-adolescencia.html>.
14. Casas, J. Ceñal, M. desarrollo del adolescente. Universidad de Medicina del adolescente; Hospital de Mostoles; Madrid; 2005; Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo\\_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
15. ENFERMERIA MATERNO INFANTIL, Cuarta Edición interamericana 1987, DORIS C. BETHEA; página 118
16. A. PEREZ SANCHEZ - E.DONOSO SIÑA; OBSTETRICIA; Tercera Edición, Editorial MEDITERRANEO, Chile 1999 página: 245
17. ENFERMERIA MATERNO – INFANTIL; DORIS C. BETHEA, Cuarta Edición INTERAMERICANA, 1987, página: 115 – 116
18. “ADOLESCENCIA Y EMBARAZO” OBSTETRICIA; MOLINA, R.: Cap. 14, Segunda Edic. 1992 – Publicac. Técnicas MEDITERRANEO – Santiago de Chile. Disponible en: [www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes](http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes).
19. ALTO RIESGO OBSTETRICO; ALFREDO JIJON LETORT, MARCO SACOTO AGUILAR, ANDRES CORDOVA UNDA; Primera Edición; ECUADOR 2006; página: 29
20. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA; Prof. Dr. Juan R. Issler; Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto /2001; disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)
21. ALTO RIEGO OBSTETRICO; ALFREDO JIJON LETORT- MARCO SACOTO AGUILAR- ANDRES CORDOVA UNDA; Primera Edición, ECUADOR 2006; página: 30
22. REVISTA ELECTRONICA “EMBARAZO ADOLESCENTE” Universidad de Chile, Facultad de Medicina; departamento de Pediatría y cirugía Infantil; disponible en: [ebookbrowse.com/5-embarazo-adolescente-pdf-d46024282](http://ebookbrowse.com/5-embarazo-adolescente-pdf-d46024282); página: 44-45.



23. Manual de ATENCIÓN Y NUTRICIÓN PRENATAL Y PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES; “Cursos de Formación de mediadores Modulo 5; Edición: Abril 2003.
24. <http://www.monografias.com/trabajos13/casclin/casclin.shtml>
25. <http://www.embarazada.com/Etapas016B.asp>
26. <http://www.womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/complicaciones-embarazo.cfm>
27. Guía Básica para la Atención y manejo de las emergencias obstétricas por niveles e complejidad “MSP, UNFPA, OPS; Quito-Ecuador 1996; Pagina:38-39



**ANEXOS**

**ANEXO N° 1**

**Operacionalización de las variables**

<b>VARIABLES: EMBARAZO EN ADOLESCENTES</b>			
<b>Concepto</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Es aquel embarazo que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10-13 años aproximadamente).	Características generales de los adolescentes	<b>Edad:</b> Años cumplidos desde el nacimiento	12-14 14-16 16-18 18-19
		<b>Procedencia – Residencia</b> :Lugar de nacimiento de la persona o lugar donde vive actualmente	Urbano Rural País Cantón Provincia
		<b>Estado civil:</b> Mediante el cual dos personas de distinto sexo establecen una unión regulada por la ley.	Soltera Unión libre Casada Viuda Divorciada
		<b>Grado de escolaridad:</b> Medio fundamental para adquirir y transmitir conocimientos.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universidad
		<b>Ocupación:</b> Tipo de actividad que realiza la persona durante la semana	Trabaja Estudia Ama de casa Ninguna
		<b>Relación familiar:</b>	Excelente Muy buena Buena Regular Malo



<b>VARIABLE: FACTORES DE RIESGO MATERNO FETALES</b>			
<b>Concepto</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
Es toda característica asociada a una mayor probabilidad de sufrir un daño tanto para la madre como para el producto de la gestación.	Características ginecológicas	Edad de la menarca	Entre 11- 13 Entre 13- 14 Entre 14- 15 Después de 15
		Uso de métodos de planificación familiar	Siempre A veces Nunca
		Educación sexual	Si No
		Edad de 1°relación sexual	Entre 11- 13 Entre 13 – 15 Entre 16 – 18 Después de 18
		Planificación del embarazo	Si No
		Gestas anteriores	Ninguna Uno Dos



<b>COMPLICACIONES MATERNO- FETALES</b>			
<b>Concepto</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
	Incidencia	complicaciones maternas	Anemia Hemorragia Pre-eclampsia RPM Muerte materna Otras complicaciones
	Incidencia	Complicaciones fetales	Aborto Sufrimiento fetal Muerte neonatal Otras complicaciones



## **ANEXO N° 2**

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

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

Nosotras Eva Cazho Yupa, Lorena Padilla Romero, Jenny Gaona Castillo, 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 2011 a 2012.

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**

- ❖ Lorena Padilla Romero.
- ❖ Eva Cazho Yupa.
- ❖ Jenny Gaona Castillo

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

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

**ANEXO N° 3****Entrevista Personal****CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES:**

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es su estado civil? Unión Libre \_\_\_\_\_ Soltera \_\_\_\_\_ Casada \_\_\_\_\_ Viuda \_\_\_\_\_  
Divorciada \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál es su grado de escolaridad?: Analfabeta \_\_\_\_\_ Primaria Incompleta \_\_\_\_\_ Completa \_\_\_\_\_  
Secundaria Incompleta \_\_\_\_\_ completa \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_
4. ¿Qué Religión profesa?: Católica \_\_\_\_\_ Evangélica \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_
5. ¿A qué edad le vino por primera vez su menstruación? \_\_\_\_\_
6. ¿A qué edad inició su vida sexual? \_\_\_\_\_
7. ¿Su embarazo actual fue deseado? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
8. ¿Cómo se sintió al encontrarse embarazada?: Alegre \_\_\_\_\_ Triste \_\_\_\_\_ Deprimida \_\_\_\_\_ Con  
miedo \_\_\_\_\_ Temor \_\_\_\_\_
9. ¿Cómo se siente ahora? Alegre \_\_\_\_\_ Resignada \_\_\_\_\_ Rechazada \_\_\_\_\_ Frustrada \_\_\_\_\_
10. ¿Cuál fue la reacción de su familia?: Aceptó \_\_\_\_\_ Apoyó \_\_\_\_\_ Negación \_\_\_\_\_
11. ¿Cómo asume usted el embarazo?: obligación \_\_\_\_\_ Voluntad \_\_\_\_\_ Exigencia de otras  
personas \_\_\_\_\_
12. ¿Este niño que va a tener es él: Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_
13. ¿Conoce usted que es planificación familiar?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
14. ¿Ha usado anteriormente métodos de planificación familiar?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
15. ¿Cuántos años cumplidos tiene su pareja?: \_\_\_\_\_
16. ¿Cuál es su grado de escolaridad?: Primaria completa \_\_\_\_\_ Secundaria completa \_\_\_\_\_  
Superior \_\_\_\_\_
17. ¿Cuál es su ocupación actualmente? Estudiante \_\_\_\_\_ Profesor \_\_\_\_\_ agricultor  
\_\_\_\_\_ no trabaja \_\_\_\_\_

**CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS DE LAS ADOLESCENTES:**

18. ¿Trabaja actualmente? : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
19. ¿Cuál es su ocupación actualmente?: Ama de casa \_\_\_\_\_ Profesora \_\_\_\_\_ Estudiante \_\_\_\_\_  
Vendedora \_\_\_\_\_ lavandera \_\_\_\_\_ Ninguna \_\_\_\_\_
20. ¿Cuántas horas trabaja usted?: 1 a 4 horas \_\_\_\_\_ 5 a 8 horas \_\_\_\_\_ más de 8 horas \_\_\_\_\_
21. ¿Cuál es el salario mensual que recibe?: 30\$ \_\_\_\_\_ 40\$ \_\_\_\_\_ 50\$ \_\_\_\_\_ más de 60\$ \_\_\_\_\_
22. ¿En su casa tiene energía eléctrica?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
23. ¿Tiene acceso a medios de comunicación?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



24. ¿Cuáles?: TV \_\_\_ Radio \_\_\_ Revistas \_\_\_ Internet \_\_\_

### SITUACIÓN FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES:

25. ¿Con quienes convive en su casa?: Padre \_\_\_ Madre \_\_\_  
Ambos \_\_\_ Pareja \_\_\_ Sola \_\_\_ Otros Familiares \_\_\_

26. ¿Cómo es la relación familiar con sus padres?: Excelente \_\_\_ Bueno \_\_\_ Regular \_\_\_  
mala \_\_\_

27. ¿Tiene algún familiar que haya migrado? Si \_\_\_ No \_\_\_

28. ¿Quién de ellos? Papá \_\_\_ Mamá \_\_\_ Hermanos \_\_\_ Otros \_\_\_

29. ¿Alguna persona que vive en su casa consume alcohol?: Si \_\_\_ No \_\_\_

30. ¿Cuántas horas al día se dedica a conversar con sus padres?: 1 Hora \_\_\_ Toda la tarde \_\_\_  
De 3-5 horas \_\_\_ Ninguna \_\_\_

31. ¿Conversan de sexualidad en su casa?: Si \_\_\_ No \_\_\_

32. ¿Ha recibido maltrato en su casa?: Si \_\_\_ No \_\_\_

33. ¿Qué tipo de maltrato ha recibido?: Verbal \_\_\_ Físico \_\_\_ Sexual \_\_\_ Psicológico \_\_\_

34. ¿Cuál es la frecuencia con que recibe el maltrato?: diario \_\_\_  
Rara Vez \_\_\_

35. ¿Tienen alguna norma de conducta establecida en su casa?: Si \_\_\_ No \_\_\_  
Cuáles \_\_\_\_\_

### Medidas Antropométricas.

Talla	Peso

### INMUNIZACIONES

Vacuna Antitetánica	Fecha	Ultima
Primera		
Segunda		

### GINECOLOGICOS

Historia menstrual	
Historia sexual compañeros	
Uso de anticonceptivos	
FUM	

### ANTECEDENTES OBSTETRICOS

N. de gestaciones	
N. y tipos de abortos	
N. de partos	
N. de hijos nacidos vivos	
N. de hijos que viven actualmente	
N. de hijos fallecidos	
Fecha del último parto	
Peso del RN de mayor peso	

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Tuberculosis	
Diabetes	
Hipertensión	
Cardiopatías	
Infecciones urinarias	
Enfermedades de transmisión sexual	
Anemia crónica	
Eruptivas	
Traumas	
Alergias	

**ANTECEDENTES FAMILIARES.**

Tuberculosis	
Diabetes	
Hipertensión	
Enfermedades mentales	
Enfermedades de transmisión sexual	
Embarazo gemelar	
Enfermedades congénitas	

## ANEXO N°4



Las autoras en fase de recolección de datos





**Recolección de información con la colaboración de una adolescentes; en el centro de salud Nº-1 Pumapungo, cuenca.**



**Colaboración del personal de enfermería del centro de salud Nº- 1 Pumapungo.**