



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

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO  
DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES  
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARLOS ELIZALDE".  
CUENCA, 2015**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA.**

**AUTORAS:**

**GLORIA ALEXANDRA ACERO GUALPA  
DIANA NOEMI ANDRADE NARVÁEZ  
LUISA MARICELA CHALCO VIÑANZACA**

**DIRECTOR:**

**DR. JAIME PATRICIO IDROVO URIGUEN**

**ASESORA:**

**MGT. ADRIANA ELIZABETH VERDUGO SANCHEZ**

**CUENCA – ECUADOR**

**2015**



## RESUMEN

**OBJETIVO.** Determinar los factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud “CARLOS ELIZALDE”. Cuenca, 2015

**METODOLOGÍA:** es una investigación de tipo descriptiva. Se trabajó con una muestra de 60 adolescentes embarazadas, que fueron seleccionadas de manera aleatoria tras la aplicación de encuestas sobre los factores de riesgo, previo consentimiento de sus padres y asentimiento de las adolescentes. Para la tabulación se aplicó el programa SPSS Windows y Excel. Los datos fueron presentados en tablas simples, cruzadas, con su respectivo análisis descriptivo.

**USO DE RESULTADOS:** el 83% de adolescentes embarazadas se encuentra en la adolescencia tardía, de las mismas el 32% inicia su actividad sexual en la adolescencia media, el 42% se encuentra en unión libre, el 32% trabajan, un 18% sigue cursando sus estudios. El 80% no hablan sobre sexualidad en sus hogares, 47 adolescentes conocen sobre planificación familiar. El 47% son aceptadas por su familia y cuentan con su apoyo. El 58% acuden al control en su primer trimestre de embarazo.

**Conclusión:** identificamos los factores de riesgo que predisponen al incumplimiento del control prenatal como son: ocupación, falta de apoyo familiar y educación sexual en el hogar, desconocimiento sobre planificación familiar, bajo nivel educativo, etc. Las mismas que afectan al bienestar físico, psicológico, social y espiritual de la adolescente gestante y la de su futuro hijo/a.

**Palabras Claves:** FACTORES DE RIESGO, CONTROL PRENATAL, GESTACION, ADOLESCENCIA, CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE YANUNCAY, CUENCA - ECUADOR



## ABSTRACT

**OBJECTIVE.** To determine the risk factors associated with to the lack of prenatal control care in pregnant adolescents who attend to the Health Center "Carlos Elizalde". Cuenca, 2015

**METHODOLOGY:** This is a descriptive research. We worked with a sample of 60 pregnant adolescents, who were randomly selected after conducting arisk factors surveys and to tabulate the data, SPSS program windows and Excel was applied. The results were presented in simply cross tables.

**USE OF RESULTS:** 83% of pregnant teens are in their late adolescence, From this 83% the 32% are started sexual activity in middle adolescence, the 42% are cohabiting, the 32% work, 18% are still currently studying. 80% do not talk about sexuality in their homes, 47% are accepted by their families and have their support, 58% go to the control in the first trimester of their pregnancy, 47 adolescents know about family planning.

Conclusion: we identify risk factors that predispose to the omission prenatal control such as: employment, family support and lack of sex education in the home, lack of family planning, low educational level, etc. The same that affect physical, psychological, social and spiritual welfare of the adolescent pregnant and her unborn child / a.

**Key words:** RISK FACTORS, PRENATAL CARE, PREGNANCY, ADOLESCENC, HEALTH CENTER CARLOS ELIZALDE YANUNCAY, CUENCA - ECUADOR



## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>4</b>
<b>CLAUSULA DE DERECHOS DE AUTOR</b>	<b>7</b>
<b>RESPONSABILIDAD</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	<b>17</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>17</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>20</b>
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	<b>26</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>26</b>
<b>2.1. LA ADOLESCENCIA</b>	<b>26</b>
2.1.1 DEFINICIONES	26
<b>2.2 PUBERTAD</b>	<b>27</b>
2.2.1 FISIOLÓGÍA DE LA PUBERTAD	27
<b>2.3 POBLACIÓN ADOLESCENTE</b>	<b>28</b>
2.3.1 A NIVEL NACIONAL	28
2.3.2 A NIVEL DE REGIONES	28
2.3.3 A NIVEL DEL AZUAY	29
2.3.4 A NIVEL DE CUENCA	30
<b>2.4 CLASIFICACIÓN DEL PERÍODO ADOLESCENTE</b>	<b>30</b>
2.4.1 Adolescencia temprana (10 a 13 años)	30
2.4.2 Adolescencia media (14 a 16 años)	30
2.4.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años)	31
<b>2.5 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA</b>	<b>31</b>
2.5.1 ÉPOCAS DE CAMBIOS	31
<b>2.6 CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA</b>	<b>32</b>
2.6.1 Principales Cambios físicos	33
2.6.2 Cambios biológicos	35
2.6.3 Cambios psicológicos	35
2.6.4 Cambios sociales	35
<b>2.8 EL EMBARAZO</b>	<b>38</b>
<b>2.9 EMBARAZO EN ADOLESCENTES</b>	<b>39</b>
2.9.1 DEFINICIONES	39
<b>2.10 POBLACIÓN ADOLESCENTES EMBARAZADAS</b>	<b>40</b>
2.10.1 Nivel Nacional	40
2.10.2 Nivel del Azuay	41
<b>2.11 CONTROL PRENATAL</b>	<b>42</b>
<b>2.12 ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL</b>	<b>43</b>
Según el Ministerio de Salud Pública los enfoques se clasifican en:	43
2.12.1 COMPLETO E INTEGRAL	43



2.12.2 PRECOZ	43
2.12.3 ENFOQUE INTERCULTURAL	43
2.13.4 PERIÓDICO	43
2.13.5 AFECTIVO	44
<b>2.13 FACTORES DE RIESGO</b>	<b>45</b>
2.13.1 FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES:	45
2.13.2 FACTORES DE RIESGO FAMILIARES	47
2.13.3 FACTORES DE RIESGO SOCIALES	47
<b>2.14 COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO</b>	<b>49</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>53</b>
<b>MARCO REFERENCIAL DEL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE</b>	<b>53</b>
<b>3.1 Datos Generales</b>	<b>53</b>
<b>3.3 Cartelera de servicios centro de salud “Carlos Elizalde”:</b>	<b>54</b>
<b>3.4 Equipo directivo del Centro de Salud “Carlos Elizalde”.</b>	<b>54</b>
<b>3.5 Visión</b>	<b>55</b>
<b>3.6 Misión.</b>	<b>55</b>
<b>3.7 Líneas de acción del departamento</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	<b>56</b>
<b>4.1 OBJETIVOS</b>	<b>56</b>
4.1.1 OBJETIVO GENERAL	56
4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	56
<b>4.2 DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>57</b>
4.2.1 Tipo de estudio: es un estudio descriptivo de corte transversal, porque permite describir e interpretar en un a corte de tiempo, diversos aspectos del fenómeno a investigar.	57
4.2.2 Área de estudio	57
4.2.3 Universo y muestra.	57
4.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	58
4.2.5 VARIABLES: condiciones de las entrevistadas:	58
4.2.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	58
4.2.7 PROCEDIMIENTOS	59
4.2.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	59
4.2.9 ASPECTOS ÉTICOS	60
4.2.10 Consentimiento y asentimiento informado	60
<b>CAPÍTULO V</b>	<b>61</b>
<b>5.1 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>61</b>
<b>5.2 Tabulación y análisis de datos.</b>	<b>61</b>
<b>CAPÍTULO VI</b>	<b>78</b>
<b>6.1 DISCUSIÓN</b>	<b>78</b>
<b>6.2 CONCLUSIONES</b>	<b>81</b>
<b>6.3 RECOMENDACIONES</b>	<b>84</b>
<b>6.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:</b>	<b>87</b>
6.4.1 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	91
6.4.2 PAGINAS WEB	93



<b>6.5 ANEXOS</b>	<b>95</b>
6.5.1 ANEXO 1 SOLICITUD DE PERMISO AL CENTRO DE SALUD.	95
6.5.2 ANEXO 2 FORMULARIO	96
6.5.3 ANEXO 3 CONSENTIMIENTO - ASENTIMIENTO INFORMADO	100
6.5.4 ANEXO 4 MATRÍZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	101



## CLAUSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Yo Gloria Alexandra Acero Gualpa, autor/a de la tesis “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE”. CUENCA 2015”, reconozco y acepto 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 de mi título de Licenciatura en Enfermería . El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 16 de octubre del 2015

**Gloria Alexandra Acero Gualpa**

**C.I. 0302223151**



## CLAUSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Yo Diana Noemí Andrade Narvárez, autor/a de la tesis “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE”. CUENCA 2015”, reconozco y acepto 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 de mi título de Licenciatura en Enfermería . El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 16 de octubre del 2015

---

Diana Noemí Andrade Narvárez

C.I. 0302382064





## CLAUSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Yo Luisa Maricela Chalco Viñanzaca, autor/a de la tesis “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE”. CUENCA 2015”, reconozco y acepto 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 de mi título de Licenciatura en Enfermería . El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor/a

Cuenca, 16 de octubre del 2015

Luisa Maricela Chalco Viñanzaca

C.I. 0107345126



## RESPONSABILIDAD

Yo, Gloria Alexandra Acero Gualpa , autora de la tesis “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE”. CUENCA, 2015”, Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 16 de octubre del 2015.

Gloria Alexandra Acero Gualpa

C.I. 0302223151



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## RESPONSABILIDAD

Yo, Diana Noemí Andrade Narvárez, autora de la tesis “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE”. CUENCA, 2015”, Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 16 de octubre del 2015.

---

Diana Noemí Andrade Narvárez

C.I. 0302382064



## RESPONSABILIDAD

Yo, Luisa Maricela Chalco Viñanzaca, autora de la tesis “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE”. CUENCA, 2015”, Certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 16 de octubre del 2015.

A handwritten signature in blue ink that reads "Luisa Maricela Chalco".

---

**Luisa Maricela Chalco Viñanzaca**

**C.I. 0107345126**



## AGRADECIMIENTO

*Agradecemos especialmente a Dios todo Poderoso por iluminar nuestro sendero día tras día de nuestras vidas.*

*Al personal Docente de la Escuela de Enfermería, de la Universidad de Cuenca por sus sabios conocimientos otorgados y experiencias durante estos años de formación.*

*Al Dr. Jaime Idrovo Uriguen. Director de la Tesis y a la Licenciada. Mgt Adriana Verdugo Sánchez.; asesora, por su valiosa colaboración y orientación en la elaboración de esta tesis.*

*Al personal del Centro de Salud “Carlos Elizalde” y a las adolescentes embarazadas, quienes hicieron posible de esta manera la culminación de nuestra carrera universitaria.*

*Las Autoras.*



## DEDICATORIA

*Mi tesis se la dedico con todo amor y cariño A Dios y a la Virgen María por guiarme, protegerme, cuidarme y por haberme dado las virtudes y fortalezas necesarias para salir adelante y, por haberme iluminado cada paso de mi vida estudiantil.*

*Con mucho amor y de manera muy especial a mi mami quien me dio la vida y ha estado conmigo en todo momento*

*Gracias a mí mami, mis hermanos, tíos y abue por haberme brindado todo su apoyo y con gran sacrificio, amor, comprensión la oportunidad de estudiar y terminar una carrera y por creer en mí.*

*A una persona muy especial, quien siempre me brindo sus consejos y su apoyo moral; pues con sus recuerdos cada día me da soporte y fortaleza para seguir adelante y no decaer ante los obstáculos que se presentan; además me motiva para esforzarme a conseguir todos mis objetivos propuestos*

*A todos los que me apoyaron mil gracias.....*

*Alexandra*



## DEDICATORIA

*Dedico esta tesis, agradeciendo primero a Dios, a Santo Tomás de Aquino, patrono de los estudiantes y a la Virgen María, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.*

*A mis padres Ángel y Victoria, mi respeto y con un sincero agradecimiento desde mi corazón, quienes me dieron la vida, educación, apoyo y por extenderme la mano en los momentos más difíciles, en donde la vida me ha dado duras lecciones.*

*A mi hermano Adrian con mucho cariño, por creer y confiar en mí, a mis gemelitas kōkōlas quienes con su presencia cambiaron cada minuto, cada hora, cada día de nuestras vidas, iluminando nuestras mentes y corazones con su tierno amor.*

*A las personas especiales que ahora forman parte de mi vida, gracias por su amor incondicional. A todos ellos les agradezco desde el fondo de mi alma.*

*A ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.*

*Noemí*



## DEDICATORIA

*Dedico el presente trabajo con cariño a Dios que me ha dado el don de sabiduría y fortaleza para seguir siempre adelante.*

*A mis padres Luis y Gloria, por su apoyo moral, económico que con sus sólidos principios supieron guiarme por el camino recto de la superación y el respeto; valorando el esfuerzo y el amor que supieron darme.*

*Este logro lo dedico de manera especial a mi hijo Martin, por ser fuente de inspiración y motivación a ser cada día mejor y con la sincera intención de un ejemplo a seguir, que nada ni nadie detenga en la realización de sus más nobles ideales.*

*A mi esposo Darío, que gracias a su amor, paciencia y confianza siempre estuvo en los buenos y malos momentos.*

*A mis compañeras de tesis, quienes depositaron su confianza, en que alcanzaría esta meta tan anhelada y por permitirme compartir muchas experiencias con ellas.*

*Maricela*





## CAPÍTULO I

### INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes en la actualidad es un grave problema de salud pública, pues este se ha, constituido en una de las causas actuales de generación de pobreza, sobre todo en las adolescentes pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas, ya que no acuden o acuden tardíamente a los controles en los servicios de atención prenatal. <sup>1</sup>La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. Esto se ha convertido en un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea.

La OMS establece...” la adolescencia entre los 10 y los 19 años, es un periodo de grandes cambios físicos, psicológicos, sexuales, sociales y una de las etapas más difíciles para nosotros como seres humanos en donde se busca una madurez, en la que corremos el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en nuestra vida futura.” <sup>2</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) “considera que el cuidado materno es una prioridad, que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo, y prevenir la mortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no todas las mujeres acceden al control prenatal y algunas no logran la adherencia a las recomendaciones, ni cumplir con la periodicidad de asistencia al mismo en los establecimientos de salud. Existen factores de riesgo como individuales, familiares y sociales que impiden a las gestantes adolescentes acceder y adherirse al control prenatal”.<sup>2</sup>

Por otro lado el embarazo es una experiencia maravillosa y única que debe ser disfrutada al máximo por los futuros padres, pero conlleva una gran responsabilidad, pues los cuidados que se tenga desde el inicio del mismo dependerán el crecimiento y desarrollo del futuro bebé.



El control prenatal es uno de los pilares fundamentales en los que se basa la salud materna, como lo refrendan las estadísticas mundiales, con los beneficios de su práctica rutinaria y la necesidad de establecerlo obligatoriamente, motivando o incentivando a las futuras madres para su cumplimiento, el mismo que debe ser temprano, continuo, completo y periódico que contribuya a la disminución de las tasas de morbilidad materno infantil existentes en nuestro país. <sup>3</sup>

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud “CARLOS ELIZALDE”. Cuenca, 2015. La metodología utilizada fue de tipo descriptivo, para recolectar la información se aplicó un formulario con el que identificamos los factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes.

Para la tabulación de datos se aplicó el programa Excel y SPSS 15 Windows 2007 los resultados se presentan en tablas y gráficos con su respectivo análisis descriptivo.

Este estudio está constituido por cinco capítulos, en los que se describen la información recolectada, datos de análisis que se ha referido en la investigación.

En el capítulo I, se encuentra la introducción, planteamiento del problema y justificación.

El capítulo II, contiene el Marco Teórico sustento lógico que nos permitió realizar este tema investigativo, con la revisión de teorías explicativas.

En el capítulo III, consta el Marco Referencial del Centro de Salud “Carlos Elizalde” en que resalta la reseña histórica, y el lugar en donde se realizó la atención a las adolescentes embarazadas.



En el capítulo IV, están los Objetivos y el Diseño Metodológico en el que se describe el proceso utilizado en la investigación, tipo de estudio, las técnicas de investigación, y la aplicación de las encuestas a las adolescentes embarazadas.

En el capítulo V, se realiza la presentación, tabulación y análisis de la información recolectada a través de las encuestas sobre las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las adolescentes embarazadas.

En el capítulo VI, se encuentra las conclusiones, análisis, discusión y recomendaciones, en donde resaltan los resultados obtenidos en la investigación.

Igualmente a bibliografía que sustenta la teoría explicativa. Finalmente se anotan los anexos (formularios) utilizados en la investigación.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es una condición que mundialmente se encuentra en aumento, principalmente en edades precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, aumenta la proporción de adolescentes sexualmente activos. El embarazo y la maternidad en la adolescencia temprana son hechos frecuentes y experiencias difíciles que afectan la salud integral, tanto de los padres, adolescentes, familiares y la sociedad en su conjunto.

De acuerdo a las cifras con las que maneja el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), durante el año 2011 se reportaron 45.708 partos de madres adolescentes en todo el país. De este total de casos 1.817 se dieron en la provincia de Azuay.<sup>4</sup>

En los últimos 10 años, el embarazo en adolescentes se incrementó en 2,3% anual, motivo por el cual llama la atención la estadística que detalla que el 75% son madres adolescentes y económicamente inactivas.<sup>4</sup> Con frecuencia se presenta en hogares desintegrados, con desconocimiento de los diferentes métodos anticonceptivos y el mal uso de los mismos, problemas económicos o familiares, bajos niveles de escolaridad, y en el peor de los casos, las violaciones.

Entre los factores que inciden en el incremento del número de adolescentes embarazadas, además de la falta de información, están problemas derivados de casos de violencia intrafamiliar y los resultados que genera el fenómeno de migración, sobre todo en las áreas rurales.

En Azuay, tres de cada 10 embarazos son de adolescentes entre 11 y 18 años, explicó Juanita Bersosa, concejal de la ciudad y presidenta de la Comisión de Inclusión Social, Género y grupos de Atención Prioritaria.

En el artículo de la revista *explored*, Bersosa manifestó que, según los datos que maneja dicha comisión, las mujeres que tienen hijos entre los 11 y 14 años



vuelven a procrear antes de cumplir 18 años. Las cifras también evidencian que una de cada 10 mujeres que muere en labores de parto es adolescente y dos de cada 10 niños que fallecen son hijos de madres cuya edad está entre los 15 y 19 años. <sup>5</sup>

El embarazo en la adolescencia es considerado un problema desde diferentes ópticas, ya que implica mayor riesgo de mortalidad materna, menores oportunidades de educación y en ocasiones, el abandono total de sus estudios, así como el fortalecimiento del círculo de la pobreza y un mayor riesgo de daño y mortalidad infantil. <sup>6</sup>

El embarazo y la maternidad en adolescentes se relacionan estrechamente con los contextos de la pobreza y exclusión, la falta de condiciones para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la ausencia de medidas de protección ante situaciones de riesgo. De esta forma, las jóvenes que deciden ser madres tienen que hacer frente a la resistencia del entorno social, la cual puede traducirse en el rechazo de la familia, la expulsión de la escuela y la pérdida o disminución de su red social de amistades. <sup>7</sup>

En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como Latinoamérica, en particular en el Ecuador la familia, la escuela y en general la sociedad, no aceptan fácilmente que los y las adolescentes tengan una sexualidad, por esta razón no se les educa sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con las necesidades reales. Debido a esto, las adolescentes pocas veces acceden a los servicios de salud, en donde brindan orientación sobre salud reproductiva y anticoncepción; lo cual repercute en las jóvenes de nuestra ciudad, principalmente en las adolescentes. <sup>7</sup>

Por lo tanto, la incidencia de embarazos se relaciona directamente con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información y educación sobre sexualidad. Además la educación impartida no solo debe ampliar las aspiraciones de las/los adolescentes sino potenciar su posibilidad de inserción productiva,



contribuyendo a la preparación para el ejercicio del derecho a una sexualidad saludable, plena y segura.

A pesar de que existe una alta aceptación del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes varones y mujeres, este grupo poblacional es el menos expuesto a mensajes de planificación familiar; carecen por lo general de los conocimientos y actitudes para tomar decisiones responsables respecto al inicio de su vida sexual, prevención del embarazo y el uso de métodos anticonceptivos.

Por ello se ha visto que es de suma importancia realizar la investigación sobre el incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes.



## JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son hechos frecuentes y experiencias difíciles que afectan a la salud integral, tanto de los padres y adolescentes jóvenes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí.<sup>8</sup>

Ecuador tiene la tasa más alta de fecundidad adolescente de la Sub-Región Andina (Colombia, Chile, Bolivia, Perú, Venezuela). Existen 100 nacimientos por cada mil mujeres, según el Plan Andino de la Prevención del Embarazo en Adolescentes (2007). Estas cifras han aumentado desde el 2006 y colocan a Ecuador, junto a Venezuela, a la cabeza de toda América Latina en términos de embarazo adolescente.

Según datos del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social; hay 122 mil madres adolescentes entre 12 y 19 años las mismas que no terminan el colegio y hacen un alto en su área de crecimiento personal para desarrollar el rol de madres. En Ecuador 37 de cada 100 embarazos no son deseados, debido a la falta de información y al miedo o la vergüenza de hablar abiertamente de la sexualidad.<sup>9</sup>

Según el censo de la población y vivienda realizada en el 2010, la provincia del Azuay cuenta con 37.385 habitantes entre 10 a 14 años y 37094 entre 15 a 19 años de edad, dando un total de 74.479 adolescentes. Entre las mujeres el 37.41% tuvo su primer hijo entre los 12 y 19 años de edad.<sup>4</sup>

Por lo anteriormente expuesto, las implicaciones del embarazo y la maternidad adolescente son múltiples y notorias, pudiendo traer como consecuencia riesgos de salud, tanto para la joven madre como para el/la recién nacido/a; dificultades para su pareja y para su familia, incluyendo riesgos de aborto; los múltiples obstáculos para iniciar y continuar su formación escolar; el riesgo de caer o continuar sumida en la pobreza, el riesgo de una formación deficiente



de los niños y niñas o el riesgo de ser víctimas de estigma social que enfrentan las madres adolescentes.<sup>8</sup>

El control prenatal tiene como finalidad evaluar el progreso del embarazo y descubrir problemas maternos y fetales. Según una encuesta realizada por el Observatorio de Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA) en el 2010, el 73% de embarazadas en nuestro país tienen 5 controles prenatales que son importantes para que se visibilicen las condiciones en que las gestantes adolescentes desarrollan sus embarazos.<sup>3</sup>

Por ello consideramos que es un tema de relevancia para la mujer, el niño, la madre, la familia, y la sociedad, conocer y obtener datos estadísticos reales sobre la situación de nuestras madres adolescentes y los factores de riesgo individuales, familiares y sociales de sus embarazos; situación que nos permitirá plantear un plan de intervención que facilite en un futuro cercano establecer en el centro de Salud “Carlos Elizalde” cuidados de promoción y prevención.

Nuestro papel como enfermeras y parte del equipo de salud es brindar educación en salud, considerando todos los factores de riesgo que puede producir estos hechos en la adolescente y las complicaciones que se pueden presentar en estas situaciones.

Lo antes señalado se podría ligar a la Estrategia nacional intersectorial de planificación familiar y prevención del embarazo en adolescentes (Enipla). En ella, los ministerios de salud, educación, inclusión económica y social (MIES) y Coordinador de Desarrollo Social y la secretaria del Migrante han formado un frente para trabajar sobre planificación familiar, acceso a información educación en salud sexual y reproductiva y sexual en general.

“Habla serio, sexualidad sin misterios”, es un eslogan de la campaña, que busca incentivar la conversación sobre sexualidad en el hogar, en los establecimientos educativos y otros espacios, dejando atrás miedos y tabúes que impiden tener un conocimiento claro, que podría evitar los embarazos a





temprana edad y los no deseados así como los abortos y la muerte materna, lo que beneficia a los y las adolescentes de nuestra ciudad.<sup>8</sup>

Los resultados de este estudio se presentarán a las autoridades del centro de salud "Carlos Elizalde" y en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, para implementar un enfoque diferente en la atención de las adolescentes y padres de familia, considerando no solo desde el punto de vista médico, sino también social. El embarazo en la adolescencia y la maternidad temprana son hechos frecuentes, y experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres y las adolescentes jóvenes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad.



## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. LA ADOLESCENCIA

##### 2.1.1 DEFINICIONES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como “el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio - económica” entre los 10 a 19 años de edad, se caracteriza por la pubertad, así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, acompañados de profundos cambios psicosociales de ajuste a un ambiente sociocultural cambiante.<sup>10</sup>

... “La adolescencia se define también como la etapa del desarrollo humano, que tiene un comienzo y una duración variable, la cual marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta. Es una etapa del desarrollo humano donde la persona atraviesa por varias etapas de desarrollo en su vida, y la adolescencia es considerada una etapa más”...<sup>11</sup>

Existen diversos factores que influyen en su aparición (alimentación, herencia, influencias hormonales, raza, situación geográfica), por lo que su comienzo varía de una persona a otra. La adolescencia finaliza cuando el individuo alcanza la madurez emocional y social para asumir el papel adulto, según se defina éste en su cultura.<sup>11</sup>

Tiene que individualizarse, establecer confianza en sí mismo, descubrir sus propias capacidades, y adoptar importantes decisiones relativas a su futuro. Su proceso evolutivo en todas sus dimensiones, origina nuevos estilos de vida,



crea una nueva concepción del mundo y sus valores, de las relaciones interpersonales y del sentido de la existencia.

“Aunque no todos los adolescentes manifiestan las mismas reacciones, pero comparten un cierto número de experiencias y problemas, como son: aceleración del crecimiento físico, cambio en las dimensiones corporales, cambios sexuales, mayor desarrollo de la actividad cognoscitiva, problemas de la identidad, etc.”.<sup>12</sup>

## **2.2 PUBERTAD**

Zimmermann M dice que es la manifestación biológica de la adolescencia, en la que ocurre cambios morfológicos y fisiológicos que comprometen a todos los órganos y estructuras corporales tales como: el desarrollo de las gónadas y órganos reproductores, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, impulso del crecimiento, los cambios en la estatura corporal y culmina con la capacidad de reproducirse.

### **2.2.1 FISIOLÓGÍA DE LA PUBERTAD**

El inicio de la pubertad implica una serie de cambios neurohormonales que comienza a los 10 años y termina a los 18 o 19 años. El desarrollo sexual resulta de la interacción del sistema nervioso central, el hipotálamo, el adenohipofisis y las gónadas (órganos sexuales). Al recibir el estímulo hipotalámico, la hipófisis libera la hormona folículo estimulante FSH y la hormona luteinizante LH. En el varón actúa sobre las gónadas primitivas que se encuentran en los testículos, promoviendo su desarrollo y estimulando la espermatogénesis. La luteinizante en cambio desarrolla y diferencia las células de Leyding que ante este estímulo produce testosterona.<sup>13</sup>

En la mujer la FSH estimula la secreción de estradiol que actúa a nivel de los folículos primordiales que se encuentran en los ovarios y con la presencia de la



hormona luteinizante, uno de los folículos más maduros, se transforma en ovulo femenino. Esta hormona se secreta de manera clínica e interactúa con la FSH para controlar el ciclo menstrual.<sup>6</sup>

## **2.3 POBLACIÓN ADOLESCENTE**

### **2.3.1 A NIVEL NACIONAL**

La población en el Ecuador según grupos etareos y de acuerdo al censo 2010 es: de 0 a 5 años de edad un total de 1.599.720 habitantes; de 5 a 14 años de edad; 2.440.300 habitantes; de 15 a 64 años de edad; 8.166.588 habitantes.

Según el SIISE 2009 en el Ecuador las mujeres de 15 a 24 años de edad representan el 38 % de la población adolescente en edad fértil, las cifras determinan que el 44% se encuentran en la región del litoral, el 50.7% corresponde a la sierra y un menor porcentaje en la región amazónica. “A pesar del flujo migratorio del 0.52%, la población adolescente ecuatoriana alcanza un incremento de 1.9% anual, ya que el 35% de habitantes tiene entre 15 a 17 años de edad, independientemente de otros grupos de edad.”<sup>4</sup>

### **2.3.2 A NIVEL DE REGIONES**

La población de adolescentes entre 10 a 19 años representa un 20.69%; en relación a la población total, la misma se encuentra distribuida así: <sup>4</sup>



**CUADRO N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES POR REGIONES.ECUADOR 2010**

REGIÓN	CIFRA DE ADOLESCENTES
Litoral e Insular	1.421.311 Adolescentes
Sierra	1.211.310 Adolescentes
Amazonia	102. 200 Adolescentes

**Fuente:** INEC, Censo de Población y Vivienda, 2010

**Elaborado:** por las Autoras

**CUADRO N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES DEACUERDO AL LUGAR DE**  
**VIVIENDA. ECUADOR 2010**

LUGAR DE VIVIENDA	PORCENTAJE
Urbana	63.40% Adolescentes
Rural	36.59% Adolescentes

**Fuente:** INEC, Censo de Población y Vivienda, 2010

**Elaborado:** por las Autoras

De este grupo poblacional la mayoría abandonaron sus estudios, trabajan en las calles y están expuestos a riesgos de maltrato, agresiones, etc. Es importante considerar que su distribución es irregular ya que el polo de mayor concentración es Guayaquil y su área urbana, y el distrito metropolitano de Quito. Esto se debe al proceso de migración interna.

### **2.3.3 A NIVEL DEL AZUAY**

Según el Censo de Población 2010, en la Provincia del Azuay residían cerca de 244.000 personas menores de 18 años. Este grupo de edad representa el 41% de la población. Los niños (as) y adolescentes de la provincia están distribuidos casi por igual entre las ciudades y el campo. Entre el año 2001 – 2010, el número de niños (as) aumento entre 12.500 habitantes; es decir, creció en 15%, este aumento es principalmente de adolescentes. Los datos del Censo



2010; indica que 24.340 adolescentes de 12 a 17 años no estudian y unos 11.129 adolescentes trabajan y no estudia. La población adolescente de 12 a 17 años de edad en este mismo año en la provincia del Azuay fue de 81.470 representando más del 14% de habitantes.<sup>4</sup>

En la provincia del Azuay existen 13.087 niños (as) y adolescentes comprendidos entre las edades de 5 a 17 años; de este grupo poblacional el 54% de niños (as) y adolescentes del Azuay pertenecen a hogares que no han logrado satisfacer sus necesidades de vivienda, salud, educación y empleo.<sup>4</sup>

#### **2.3.4 A NIVEL DE CUENCA**

Según el Censo de Población y Vivienda 2010, la población es de 505.585 habitantes; el 65% reside en el área urbana y el 35% en el área rural. La población entre 12 a 18 años, representa el 14% y la de 19 a 29 años, el 21%.<sup>4</sup>

### **2.4 CLASIFICACIÓN DEL PERÍODO ADOLESCENTE**

Zimmermann, M. clasifica a la etapa de la adolescencia en:

#### **2.4.1 Adolescencia temprana (10 a 13 años)**

Denominada etapa pre – adolescente, caracterizada por los cambios fisiológicos que experimenta en forma progresiva fundamentalmente de la reestructuración de su imagen corporal, los mismos que provocan incertidumbre. La relación que mantiene “ahora” con sus padres le permite participar y tomar sus propias decisiones pero aún con dependencia.

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



Determinado por la adolescencia propia de este periodo, el patrón de identidad sexual se establece y es evidente la atracción al sexo opuesto. También es común que el adolescente comienza a ser más independiente ya que para su formación dependerá de la influencia del medio externo en que se desenvuelve.

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

Fase final la misma que concluye después de cumplir los 20 años de edad. En esta etapa alcanza su altura y peso de adulto. Además se consolida la personalidad y el adolescente se integra al medio y se centra principalmente en la reestructuración de sus relaciones; en el aspecto familiar, de pareja y social. El adolescente llega a la adultez y forma su propia identidad según distintos valores, normas, amigos, etc.

## **2.5 CARACTERÍSTICAS DE LA ADOLESCENCIA**

### **2.5.1 ÉPOCAS DE CAMBIOS**

La adolescencia constituye uno de los periodos más críticos en el desarrollo humano, debido a que los/las adolescentes comienza a experimentar una serie de modificaciones definitivas durante toda la vida relacionados con el crecimiento, desarrollo y maduración, transformando al niño de dependiente a un adulto independiente con autonomía física, social y emocional.

A continuación se aclara tres términos importantes:

#### **Pubescencia**

Es el periodo que acontece a un año aproximadamente de la pubertad. Se caracteriza por una aceleración en el ritmo de crecimiento físico y por el



término de latencia de crecimiento. Secuencial a este proceso se producen cambios faciales y corporales, la maduración de los caracteres sexuales primarios y secundarios.

## **Pubertad**

Momento en la vida en el que comienza a manifestarse la madurez sexual caracterizada por una serie de cambios biológicos y fisiológicos. En las mujeres con la aparición del primer ciclo menstrual o menarquía y en los varones por diversos signos, el principal la presencia de espermatozoides en la orina.

Generalmente se establece como edad de la pubertad, los 12 años para las mujeres y los 14 años para los varones. Considerando las amplias diferencias individuales como la raza, clima, condiciones socio – económicas y la alimentación.

## **Adolescencia**

Comienza con el rápido crecimiento de la pubertad y termina en la edad adulta, cuya expectativa de mayor interés del individuo es alcanzar la plena madurez física.

### **2.6 CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA**

Está marcada por cambios interdependientes: el desarrollo se produce tanto en la esfera biológica (desarrollo y crecimiento fisiológicos) como en la psicológica (cognición, afecto y personalidad) y social (relación del individuo con otros), por lo que es importante conocer que la adolescencia se considera como una de las etapas más críticas de la vida humana debido a que el adolescente ya no es un niño pero tampoco es un adulto, es una edad de opciones ya que debe elegir sus estudios, su profesión, sus primeros romances, etc.<sup>13</sup>





### 2.6.1 Principales Cambios físicos

Krauskopf, D indica que:

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

**En la mujer.** La cantidad de grasa corporal aumenta notablemente. La maduración sexual femenina se determina por el desarrollo de los senos, la aparición del vello púbico y axilar y la menarca (primera menstruación), la pelvis sufre un cambio al ensancharse a expensas del tejido adiposo que aumenta notablemente y que empieza su redistribución.

**Los ovarios.** Aumenta de tamaño considerablemente durante los años que preceden de la menarquía alcanzando a 6 gramos en el primer periodo menstrual. En la etapa previa a la primera menstruación un número de folículos crece a gran tamaño pero la mayoría involucionan por lo que puede presentarse ciclos anovulatorios durante las primeras menstruaciones

**El útero.** Empieza a crecer, producido por proliferación miometrial con muy poco desarrollo del endometrio. Cerca de la menarquía el epitelio cervical produce abundante secreción clara que tiende a formar filamentos y que es el inicio de la estimulación estrogénica. Durante la adolescencia el crecimiento del útero es mayor en el cuerpo que en el cuello.

**La vagina.** Tiene aproximadamente 4 cm de longitud, incrementa de medio a un centímetro durante la niñez. El crecimiento comienza después de la aparición de los caracteres sexuales secundarios y continúan hasta la menarquía, llegando a una longitud promedio de 15 cm. La mucosa vaginal tiene muy poco influjo estrogénico y su coloración es rojiza al inicio, luego la mucosa vaginal se engruesa.



**Los labios mayores.** Se empiezan a congestionar y aparecer los primeros folículos pilosos con un vello delgado, para irse pigmentando y formar finas arrugas que se acentúan más en el periodo premenarquico que va así mismo cubriéndose de vello más grueso.

**El vello axilar.** Se hace presente y aparece la secreción apócrina. La actividad sebácea es intensa y puede aparecer el acné <sup>11</sup>

**CUADRO N° 3**  
**DESARROLLO MAMARIO Y DEL VELLO PÚBICO SEGÚN GRADOS DE**  
**TANNER EN LA MUJER**

<b>Estadio</b>	<b>Genitales (G)</b>	<b>Vello Pubiano (VP)</b>
<b>I.</b>	Preadolescencia. Se observa elevación de la papila de aspecto infantil.	Preadolescente. No existe vello pubiano.
<b>II.</b>	Brote mamario, crecimiento en conjunto del pezón y la areola, y recuento al proceso aumenta el diámetro areolar.	Crecimiento disperso de vello, escaso, largo, fino, ligeramente pigmentado, situado en los bordes de los labios mayores.
<b>III.</b>	Crecimiento de la mama y areola con pigmentación, el pezón aumenta de tamaño.	Vello abundante, más pigmentado, y más rizado, extendido hacia el pubis o monte de venus.
<b>IV.</b>	Proyección del pezón y de la areola formando un elevación, se observan tres contornos (pezón, areola y mama)	Distribuido en una persona adulta, pero en poca cantidad de aspecto, oscuro, rizado y denso.
<b>V.</b>	Estadio adulto. Proyección de la papila, la areola se retrae a nivel del resto de la mama.	Características de adulto, cubre la cara interna de los muslos en forma de triangulo invertido

**Fuente:** BEGOÑA, Odriozola. "Enciclopedia de los Padres de hoy" Ser Padres de un Adolescente. Bogotá. D. C. 2004. <sup>14</sup>

**Elaborado:** por las Autoras



### **2.6.2 Cambios biológicos**

Krauskopf, D, indica que: Los cambios biológicos más notorios que ocurren en el organismo del adolescente, se presentan tanto a nivel interno como externo y son los que caracterizan a la pubertad; este desarrollo genera un período de adaptación biopsicosocial en los jóvenes, conocido como adolescencia.

La sexualidad en el organismo, tiene su base biológica en el conjunto de características anatómicas y fisiológicas que diferencian a la mujer del hombre, o sea, el aparato reproductor femenino y al masculino, dichas características no se refieren solo a los órganos sexuales, sino también a las diferencias en el funcionamiento de nuestro cuerpo.

### **2.6.3 Cambios psicológicos**

Entre las transformaciones psicológicas se destaca una serie de procesos internos que por un lado se presentan como cuestiones de choque, de no identificación o diferenciación, pero que por otro se tiende a superarlas o definirla. Entre estas están la búsqueda de la independencia, la reafirmación de algunas emociones como la depresión, el aislamiento, la afirmación de motivos personales, la demostración de afecto, el interés por otro u otra, la diferenciación de sensaciones ya sean placenteras, de acercamiento, de molestia, etc.

### **2.6.4 Cambios sociales**

Los jóvenes adoptan conductas que les presentan los modelos del medio social, llegando a identificarse con ellos ya sea por su comportamiento, cultura, ideología, actividades, etcétera, o por sus propiedades físicas o materiales, dichos modelos van desde personajes políticos, científicos, deportistas, escritores, hasta protagonistas artísticos, familiares o amistades.<sup>11</sup>



## **2.7 PROGRAMAS DE SALUD QUEAMPARAN A LOS / LAS ADOLESCENTES.**

Según Borja T<sup>15</sup> el Estado es el encargado de velar por el bienestar de la población ecuatoriana, en particular los niños (as) y adolescentes y hacer cumplir sus derechos. Se menciona que los sectores público y privado deben informar periódicamente sobre programas y proyectos, establecidos acorde a la magnitud del problema, ya que sus planes o estrategias a tomar deben garantizar los derechos y el cumplimiento de lo establecido en la constitución Política del Ecuador.

En esta consideración, las políticas básicas y fundamentales de salud están orientadas a garantizar las condiciones necesarias para que todos los niños (as) y adolescentes puedan crecer y desarrollarse en forma integral. Dentro de los programas que impulsa el Ministerio de Salud Pública en: Centros, Subcentros de Salud, Hospitales y demás instituciones proveedoras de servicios de salud tenemos: Normas de Atención a la Niñez 2005, Atención Integral de la Salud, y Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral de los / las Adolescentes. De acuerdo a los programas ya indicados la atención en salud, a este grupo poblacional da mayor prioridad en:

### **ATENCIÓN EN EL PERIODO PRECONCEPCIONAL, PRENATAL Y PARTO**

Los casos que requieran atención en un nivel mayor, deben ser referidos hacia otra entidad de salud. La atención durante el embarazo es una medida profiláctica, las acciones son: reducir la mortalidad materno-infantil, detectar factores de riesgo y evitar complicaciones tales como; parto prematuro, anemia y presión arterial alta. Los servicios deben asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad.

La atención por emergencia no se podrá negar bajo ningún concepto o exigir pagos anticipados, en hospitales o clínicas. La mujer embarazada tiene derecho, desde el momento de la concepción a: alimentos, salud, vestuario,



vivienda, atención del parto, puerperio y el periodo de lactancia por un tiempo de doce meses contados desde el nacimiento del hijo o hija.

**ATENCIÓN DE RECIÉN NACIDOS (AS).** El personal que va a atender al recién nacido (a) debe estar capacitado y previamente conocer la información básica de la historia clínica perinatal para su correcta atención.

**ATENCIÓN DEL NIÑO Y NIÑA MENOR DE CINCO AÑOS.** El control del niño (a) será periódico y con enfoque integral.

**INMUNIZACIONES.** Toda persona tendrá acceso al Programa Ampliado de Inmunizaciones y recibirá su esquema de vacunas completo, para ello el personal de salud deberá brindar información y educar a la población.

**CRECIMIENTO, DESARROLLO Y NUTRICIÓN.** Se realizará por lo menos un control inicial a todo adolescente que acuda al establecimiento sea por consulta programada en escolaridad o que demande atención en forma espontánea.

**CONTROL DE SALUD BUCAL.** Promover y brindar orientación en escuelas, colegios, unidades operativas y grupos de la comunidad sobre promoción y protección.

**PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y MANEJO DEL MALTRATO A LOS NIÑOS (AS).** Constituye un problema de gran prioridad con enfoque preventivo.

**COMPONENTE DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE.** El personal de salud de la unidad operativa promoverá y coordinará la participación de los / las adolescentes. Las acciones deben asegurar y garantizar el derecho a la vida desde su concepción; a la integridad física y psíquica; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria, y a ser consultados en los asuntos que los afecten.



## EDUCACIÓN EN; SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Impartir información oportuna, desarrollar actividades de prevención y consejería en la toma de decisiones. Las estrategias del programa son; educar, y orientar sobre; la vida sexual, libre de prejuicios, mitos y estigmatizaciones.

### 2.8 EL EMBARAZO

Según la Organización Mundial de la Salud. “el embarazo es la fusión de los gametos masculino y femenino, una vez fecundado tarda de 5 a 6 días para descender a la cavidad uterina, continua el proceso y se adhiere el blastocito a la pared uterina, luego atraviesa el endometrio uterino e invade el estroma, se implanta en la superficie del epitelio anidando en él durante nueve meses, el embarazo finaliza con el inicio de una nueva vida. Este proceso dura aproximadamente 40 semanas a partir del primer día de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación.”<sup>16</sup>

“El embarazo comienza con la unión del óvulo y el espermatozoide que se lleva a cabo en el tercio externo de la trompa, una vez fecundado el cigoto tarda de cinco a seis días para su implantación en la cavidad uterina, transcurrido este tiempo comienza la nidación dentro del útero materno y se inicia una serie de procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo.”<sup>15</sup>

Ante ello los órganos y sistemas reaccionan con nuevas modificaciones morfológicas y funcionales para compensar el equilibrio. Conforme avanza la gestación el nuevo ser continua su proceso evolutivo, el mismo que atraviesa dos periodos importantes; el embrionario que comprende 12 semanas y el fetal que se inicia cuando concluye el periodo anterior; por otra parte la gestante experimenta una serie de cambios fisiogravídicos propios del embarazo.



Transcurrido los nueve meses la futura madre se prepara para el alumbramiento. El embarazo termina con el nacimiento de una nuevo ser, considerada una experiencia irrepetible y un sentimiento profundo de autorrealización de madre”...<sup>15</sup>

## **2.9 EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

### **2.9.1 DEFINICIONES**

La OMS, Define como embarazo en la adolescencia aquella gestación que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca (entre los 10 y 13 años aproximadamente.), o lo que es igual, en mujeres menores de 20 años con independencia de la edad ginecológica.

”El embarazo en la adolescencia representa mayor vulnerabilidad en los primeros 5 años postmenarquia por su prioridad a mayores riesgos maternos, perinatales y del recién nacido e irrumpe en este etapa de la vida cuando todavía aún no alcanzado la madurez física y mental, y en circunstancias adversas como: las enfermedades, carencias nutricionales, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo”.<sup>13</sup>

Considerando la adolescencia como el periodo de transición de niño a adulto, la adolescente bajo esta concepción esta predispuesta a ser atacada por situaciones que pueden alterar su desarrollo normal y estar expuesta a factores de riesgo (el embarazo no deseado), frecuentes alteraciones y mayor tendencia a desarrollar enfermedades.

El embarazo adolescente es uno de los problemas más preocupantes, sus implicaciones hacen referencia a las condiciones de desarrollo no solo de la



madre sino también del hijo y de las posibilidades efectivas de un crecimiento sano.

La inexistencia de un espacio social para que los y las adolescentes se integren a la sociedad adulta de manera independiente tendría un papel único en las decisiones libres, o menos forzadas de ser padres.

En la actualidad, el embarazo en adolescentes constituye un riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas de salud y sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etareo, lo que garantizará posteriormente un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su hijo y una repercusión positiva en el desarrollo futuro.<sup>13</sup>

“El embarazo adolescente es aquel que ocurre en las mujeres jóvenes menores de 19 años y/o que mantiene la total dependencia social y económica de su núcleo familiar de origen. Representa mayor vulnerabilidad en los primeros 5 años postmenarquia por su prioridad a mayores riesgos maternos, perinatales y del recién nacido e irrumpe en esta etapa de la vida cuando todavía aún no alcanzado la madurez física y mental, y en circunstancias adversas como: las enfermedades, carencias nutricionales, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo”<sup>13</sup>

## **2.10 POBLACIÓN ADOLESCENTES EMBARAZADAS<sup>4</sup>**

### **2.10.1 Nivel Nacional**

A nivel de la región andina, el Ecuador, es el país con la tasa más alta de embarazo adolescente, el 46,5% de las madres a nivel nacional tuvieron su primer hijo antes de los 19 años de edad, condición que puede replicarse entre sus hijos adolescentes. El embarazo en la adolescencia ha sido ampliamente





estudiado a nivel regional e internacional (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]). En la última década se evidenció un incremento de embarazo en adolescentes en un 74% entre los 10 a 14 años y de 9% entre los 15 y 19 años a nivel nacional.<sup>4</sup>

Durante el año 2011 se registraron 45708 partos de madres adolescentes, de los cuales 96.59% ocurrió en mujeres de 15 a 19 años y 3.41% entre los 10 a 14 años. El número de partos entre adolescentes se incrementó en 2.79% en relación al año precedente. En el 2011 el 18% de las madres adolescentes tenía más de un hijo.<sup>4</sup>

### 2.10.2 Nivel del Azuay

En la provincia del Azuay se reportaron 1817 partos de madres adolescentes, de los cuales 97.85% se presentó entre los 15 a los 19 años y el 2.15% entre los 10 a 14 años. Es importante anotar que en la provincia del Azuay se redujo en el 2.79% el número de partos de adolescentes al comparar con el año 2010. El 17.31% de todos los partos en la provincia fueron de madres adolescentes, el porcentaje varío según la ubicación geográfica, en la zona urbana 15.22% y en la zona rural con el 22.5%. Vivir en la zona urbana fue un factor protector de embarazo en adolescentes.<sup>17</sup>

#### CUADRO N° 4

##### Número de hijos tenidos por la madre según edad. Ecuador 2011

EDAD	TOTAL	
	N	%
MENOR 15	1.559	2.15
15 A 19	11.149	97.85
<b>TOTAL</b>	45.708	100

**Fuente:** INEC Anuario Nacimiento y Defunciones 2011.

**Elaborado:** por las Autoras



## 2.11 CONTROL PRENATAL

La Organización Panamericana de la Salud señala que el 95% de las muertes maternas son evitables y que es posible disminuir esa cifra a menos de 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos con un adecuado y oportuno programa de control prenatal y atención del parto.<sup>18</sup>

Según las Normas Maternas y Neonatales, el Control Prenatal es el conjunto de todas aquellas actividades y procedimientos asistenciales, preventivos y promocionales que el equipo de salud ofrece a la mujer embarazada,<sup>19</sup> con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a, adecuado en cantidad y calidad, previniendo las complicaciones obstétricas, (alertando a los hospitales contar con el equipamiento necesario), también preparando física y emocionalmente a la madre para el parto, lactancia materna y para un adecuado cuidado del recién nacido. Disminuyendo así la mortalidad materna y perinatal.<sup>20</sup>

Esta actividad debe ser una responsabilidad de carácter institucional a través de un grupo pequeño y estable de profesionales de la salud adecuadamente capacitados que le preste una atención directa a la gestante; que permita integrar la atención brindada antes del embarazo y con la actual, durante la gestación, en el parto y el posparto.

Las acciones básicas que incluye el control prenatal son la identificación del riesgo, la prevención y manejo de las enfermedades asociadas y propias de la gestación, la educación y la promoción en salud.<sup>21</sup>

De esta manera la atención prenatal permite:

- ❖ Promover y mantener la salud integral de la gestante y el feto.



- ❖ Asegurar la madurez, vitalidad y la salud del niño, lo cual incluye la supervisión del crecimiento y desarrollo del fetal y la prevención de anomalías congénitas debidas a factores ambientales y otras causas.
- ❖ Preparar a la madre, la pareja y la familia para el parto, el cuidado de la puérpera y el recién nacido.
- ❖ Detectar tempranamente factores de riesgo y lograr el manejo precoz de los problemas que afectan a la salud materna y fetal.<sup>19</sup>

## **2.12 ENFOQUES DEL CONTROL PRENATAL**

Según el Ministerio de Salud Pública los enfoques se clasifican en:

### **2.12.1 COMPLETO E INTEGRAL**

Atención por personal calificado.

Detección precoz del embarazo.

Control periódico e integral de la embarazada.

### **2.12.2 PRECOZ**

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

### **2.12.3 ENFOQUE INTERCULTURAL**

El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

### **2.13.4 PERIÓDICO**



Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.

#### NIVEL MINIMO EFICIENTE 5 CONTROLES

Uno en las primeras 20 semanas.

Uno entre las 22 y 27 semanas.

Uno entre las 28 y 33 semanas.

Uno entre las 34 y 37 semanas.

Uno entre las 38 y 40 semanas.

Esta frecuencia de los controles prenatales variará según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo, requerirán un número menor de controles que las de alto riesgo. Estos se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación.

#### 2.13.5 AFECTIVO

Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad. Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.

Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir. Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.

Se deben realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

Garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, por lo tanto, nuestra atención incluiría, exámenes y evaluación del embarazo y del crecimiento fetal, cálculo de la edad gestacional, de la fecha probable de parto, atención odontológica, vacunación



antitetánica, atención nutricional, apoyo psicológico, educación para la salud, preparación psicoprofiláctica, estimulación prenatal, así como enseñar a las madres a prepararse para la lactancia.<sup>20</sup>

## 2.13 FACTORES DE RIESGO

Es la característica o atributo individual, familiar y social que cuando está presente se asocia con un aumento en la posibilidad de sufrir un daño, tanto la madre, el feto o ambos.<sup>22</sup>

El embarazo en adolescentes es uno de los grandes desafíos de salud reproductiva y de los sistemas educativos. En primer lugar, es un reflejo de una deficiencia en educación sexual impartida a los/as adolescentes desde la niñez; alude a factores culturales y normativos que se expresan, ejemplo en la oposición sobre servicios de salud reproductivos e información para los jóvenes.

El principal riesgo del embarazo en adolescentes es que mantienen relaciones sexuales sin las medidas preventivas adecuadas, y hoy en día los (as) adolescentes crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine y revistas transmiten mensajes en los cuales se manifiesta que las relaciones sexuales sin estar casados son comunes y aceptadas. La incidencia del embarazo y la maternidad de adolescentes es un indicador de los aspectos disfuncionales de una sociedad que sufre rápidos cambios sociales y culturales.<sup>23</sup>

**2.13.1 FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES:** Entre estos factores tenemos:

**Según Donoso<sup>22</sup> Menarca temprana:** es la edad de la pubertad donde ha declinado actualmente alrededor de 12 a 13 años, lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, otorgando madurez reproductiva



cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. Además se suma el resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

**Inicio precoz de relaciones sexuales:** aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

**Bajo nivel educativo:** la educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo.<sup>24</sup>

**Falta o distorsión de la información:** es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc. También aparecen con relevancia categorías denominadas como: "amor romántico", no uso de métodos anticonceptivos, "irresponsabilidad masculina" y falta de conocimiento en sexualidad. El "amor romántico" se refiere al hecho que las adolescentes justifican la actividad sexual e incluso el embarazo, con la existencia de un sentimiento de amor idealizado. El no uso de método anticonceptivo se explica por: olvido de ingesta, temor a subir de peso, dificultades en el acceso a los métodos, vergüenza para solicitarlos e irresponsabilidad masculina.<sup>24</sup>



### 2.13.2 FACTORES DE RIESGO FAMILIARES:

Para Donoso<sup>22</sup> **Familia disfuncional:** es donde no existe comunicación entre padres e hijos, provocando carencias afectivas que la adolescente no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienden a recibir más afecto que vínculo de amor.

Zimmermann enuncia que la familia, desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable. Este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.<sup>13</sup>

Según Donoso<sup>22</sup> **Violencia domestica contra la mujer:** esla generada por el compañero sentimental o miembro de la familia, caracterizada por violencia física o violencia psicológica.

**Migraciones recientes:** la salida de ecuatorianos hacia otros países es un fenómeno que tiene repercusión tanto en lo económico como en lo social, desde la perspectiva individual, familiar y emocional con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

### 2.13.3 FACTORES DE RIESGO SOCIALES

Es importante que analicemos los diferentes tipos de sociedades en las que vive el adolescente.



**a.- SOCIEDAD REPRESIVA:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos.

**b.- SOCIEDAD RESTRICTIVA:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad.

**c. – SOCIEDAD PERMISIVA:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial.

**d. – SOCIEDAD ALENTADORA:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo, por lo que importan las siguientes consideraciones:

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

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

**El bajo nivel socio económico:** genera situaciones de privación y vulnerabilidad sufriendo problemas que incluyen un bajo logro académico, déficit socio emocional, y de sufrir retrasos del desarrollo, problemas del comportamiento, mala nutrición, bajo peso al nacer, embarazo precoz.<sup>23</sup>

El embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad.<sup>24</sup>





Según Donoso<sup>22</sup> **El hacinamiento:** es cuando la entidad de los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio es superior a la capacidad de acuerdo a la comodidad, seguridad e higiene.

**Rechazo social:** el individuo es excluido en forma deliberada de una relación social o interacción social experimentando un conjunto de emociones negativas, incluyendo frustración, ira intensa; la adolescente tiene el pensamiento de que al quedar embarazada retendrá a su pareja.

## 2.14 COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO

Martínez C, y Torrens R indican algunas de las complicaciones:

**Las náuseas y vómitos en el primer trimestre persistentes:** pueden llevar a la madre a una deshidratación y a una pérdida de peso importante.

**Sangrado vaginal:** pequeñas cantidades, manchas de color oscuro rojo, con o sin dolor del bajo vientre, en cualquier trimestre del embarazo.

**Disuria:** si siente molestias o ardor al orinar debe consultar con el médico. Es necesario hacer un análisis de orina para poder descartar cualquier tipo de infección urinaria.

**Edemas:** en forma rápida especialmente al final del embarazo.

**Pérdida de líquido amniótico o rotura de agua de fuente:** sentirá un líquido tibio, de olor similar al semen y de un color blancuzco con grumos o no.

**Contracciones uterinas:** un dolor que se asemeja al dolor en la menstruación. Puede sentirse en la espalda y en el bajo vientre con endurecimiento del mismo.

**Cefaleas persistentes:** pueden llegar a ser la consecuencia de un cambio en la presión arterial de la madre. La hipertensión es frecuente y se presente al final del embarazo, en pacientes primerizas, jóvenes o de edad avanzada,



puede relacionarse también con la preeclampsia, una enfermedad la cual sus consecuencias son muy graves pudiendo llegar a ser fatales.<sup>25</sup>

**Enfermedad hipertensiva gestacional:** es una de las principales causa de mortalidad y morbilidad materna y produce además restricción del crecimiento fetal y prematuridad. Se detecta luego de las 20 semanas y se caracteriza porque puede o no existir proteinuria, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%. Una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de pre eclampsia (con proteinuria) es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas.<sup>26</sup>

**Preeclampsia:** es una condición única y generalmente peligrosa que sólo ocurre durante el embarazo. Es un desorden multisistémico en el que la hipertensión diagnosticada después de las 20 semanas se acompaña de proteinuria.<sup>26</sup>

**Eclampsia:** se denomina así a la presencia de convulsiones en pacientes pre eclámpicas que no pueden ser atribuidas a otra causa. Las convulsiones suelen ser tónico clónicas suelen aparecer antes del trabajo de parto.<sup>26</sup>

**Aborto:** Se define como la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación con un producto con un peso menor a 500gr, talla fetal de 25cm y de 18cm coronilla - rabadilla.<sup>26</sup>

Peláez J<sup>27</sup> indica que la **amenaza de aborto:** Se presenta con amenorrea, metrorragia de cantidad variable, dolor hipogástrico y/o lumbar.

Dentro de los signos hay sangrado uterino confirmado por especuloscopia, cuello uterino sin modificaciones, útero con tamaño acorde con tiempo de embarazo y prueba de embarazo positiva.

**Parto prematuro:** Es aquel que se produce después de las 20 semanas o antes de las 37 semanas de gestación. Las investigaciones han determinado



que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas.

Según Fescio R ySchwarcz R la **Rotura Prematura de Membranas:** se da de manera espontánea la rotura del corion y del amnios, una o más horas antes de que se inicie el trabajo de parto. Aumenta la morbi mortalidad materna a expensas de la infección.

**Anemia:** la anemia es una disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre. Los síntomas en la mamá pueden ser cansancio, falta de aire y falta de energía. El bebé no se verá afectado por esto. La causa más común es el déficit alimentario. Hay que comer más. Te recomendarán comidas ricas en hierro, zumos de cítricos y a veces comprimidos con hierro y ácido fólico. Si el nivel de hemoglobina desciende de forma alarmante, será necesaria una transfusión de sangre.

**Factor Rh:** la incompatibilidad de Rh es la incompatibilidad del grupo Rh entre la sangre de la madre y de su feto. Como resultado, la mujer puede producir anticuerpos contra los glóbulos rojos del feto. Los anticuerpos ocasionan la destrucción de un número más o menos importante de estos glóbulos produciendo en ocasiones la denominada enfermedad hemolítica del recién nacido, una variedad de anemia. Para intentar combatir esta anomalía hay diferentes procedimientos que varían según la gravedad. Se pueden inyectar anticuerpos anti-Rh en la madre Rh-negativo. En ocasiones, se administra al feto una transfusión de sangre intrauterina. Sólo en algunos casos se le practicarán transfusiones al bebé una vez haya nacido.<sup>28</sup>

**Polihidramnios y oligoamnios:** llamamos polihidramnios al exceso de líquido amniótico. En ocasiones, este exceso será normal: cuando el bebé sea grande o cuando el embarazo sea múltiple. Pero también puede ser consecuencia de



una enfermedad de la madre como la diabetes o una enfermedad del bebé como las llamadas malformaciones congénitas.

Los oligoamnios son lo contrario, la disminución de la cantidad de líquido amniótico.<sup>29</sup>



## CAPÍTULO III

### MARCO REFERENCIAL DEL CENTRO DE SALUD CARLOS ELIZALDE

#### 3.1 Datos Generales

- ❖ **Nombre de la institución:** Centro de Salud Inclusivo “Carlos Elizalde”.
- ❖ **Dirección:** Vicente Malo y Paseo del Salado.
- ❖ **Horario de atención:** lunes a domingo: 8h00 a 17:00. Emergencia las 24 horas.
- ❖ **Parroquia:** Yanuncay.
- ❖ **Cantón:** Cuenca.
- ❖ **Provincia:** Azuay.
- ❖ **Teléfonos:** 4112848.
- ❖ **Ubicación geográfica:** se encuentra ubicada al Suroeste de la provincia del Azuay, con una extensión territorial de aproximadamente 2.175 km<sup>2</sup>, que constituye la cuarta parte de la provincia. Los límites son los siguientes:

**CUADRO N° 5**

<b>NORTE:</b>	Av. Primero de Mayo
<b>SUR:</b>	Autopista
<b>ESTE:</b>	Av. Américas
<b>OESTE:</b>	Av. Solano

**Fuente:** Datos Generales del Centro de Salud Carlos Elizalde.

**Elaborado:** por las Autoras

- ❖ **Tipo de institución:** Tipo C.

**3.2 Reseña histórica.** El Centro de Salud “Carlos Elizalde” se inicia en el año 1989 como Subcentro de Salud N° 4 Yanuncay, funcionando con 2 médicos tratantes y 2 personas encargadas de enfermería, y un pequeño Botiquín, bajo el programa de salud familiar y comunitaria, atendiendo a poblaciones como son Yanuncay; Misicata, Baños, Huizhil, Narancay, Guzho, Minas, Nero. Viendo la necesidad imperante de mejora el servicio el año de 1992 se inicia la



construcción del actual Centro de Salud que lleva el nombre de “Carlos Elizalde” en honor al Director Nacional del FASBASE que en ese entonces era el Dr. Elizalde.

## CUADRO N° 6

### 3.3 Cartelera de servicios centro de salud “Carlos Elizalde”:

❖ Ginecología y obstetricia: planificación familiar, atención prenatal, Papanicolaou.
❖ Medicina Familiar.
❖ Pediatría: control del niño sano
❖ Atención de profilaxis
❖ Medicina. General
❖ Calificación de discapacidad
❖ Medicina General
❖ Odontología general
❖ Sala de primera acogida (Atención víctimas de violencia)
❖ Atención diferenciada a adolescentes
❖ Nutrición
❖ Trabajo social.
❖ Emergencia y maternidad, las 24:00, atención de partos en libre posición.
❖ Vacunación y enfermería
❖ Psicología
❖ Terapia física
❖ Laboratorio
❖ Farmacia
❖ DOTS
❖ Visita domiciliaria, atención comunitaria y control escolar.

**Fuente:** Datos Generales del Centro de Salud Carlos Elizalde.

**Elaborado:** por las Autoras

### 3.4 Equipo directivo del Centro de Salud “Carlos Elizalde”.

En el área de consulta externa se cuenta con 9 consultorios médicos, 1 vacunatorio y 1 estación de enfermería donde se preparan a los pacientes que se atienden en todas las especialidades antes mencionadas. El personal que labora son 4 enfermeras, 3 internas de enfermería, 1 interno de nutrición, 9



médicos, 3 licenciadas de laboratorio clínico, la directora actual es la Dra. Diana López.

**3.5 Visión.** Al encontrarse la parroquia de Yanuncay en el sector urbano de la ciudad de Cuenca se encuentra bajo la administración de la Alcaldía de Cuenca, al frente se encuentra el Consejo Cantonal, encargado de proponer y modificar leyes y ordenanzas, se compone por 16 miembros: 15 concejales más el alcalde, que también es el que preside el concejo, siendo todos ellos elegidos de forma democrática y por sufragio universal para un periodo de 4 años. Además tenemos la Gobernación del Azuay, la tenencia política, la prefectura, que se encuentra ubicada en el parque Calderón, en el centro de la ciudad de Cuenca.

A nivel local tenemos los líderes comunitarios conformados por los presidentes barriales.

**3.6 Misión.** La misión prioritaria del subcentro de Salud “Carlos Elizalde” es la de prestación de servicios médicos integrales en prevención, curación y rehabilitación. Los servicios con los que cuenta el Centro de Salud en consulta externa son: Medicina general, Familiar, Pediátrica, Ginecológica, Obstétrica, Dermatología, Odontología, Vacunación, farmacia, nutrición, Laboratorio, Emergencia, Sala de Partos, control de enfermedades de transmisión sexual, sala de primera acogida, interculturalidad, atención a discapacitados, Control Sanitario, Trabajo Social.

**3.7 Líneas de acción del departamento.** En cuanto a las actividades de promoción y prevención, se han formado y fortalecido los clubes de crónicos, club de embarazadas, club de adolescentes, club de embarazadas, club de madres y club de niños con problemas de malnutrición, estos diferentes grupos prioritarios se reúnen una vez al mes, y llevan a cabo las actividades planteadas según el cronograma, hay un médico, enfermera y psicólogo responsable de cada grupo.



## CAPÍTULO IV

### 4.1 OBJETIVOS

#### 4.1.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud “Carlos Elizalde” en el periodo 2015.

#### 4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los principales factores de riesgo individuales, familiares y sociales asociados al incumplimiento del control prenatal.
- Determinar los factores sociales tales como: edad, residencia, procedencia, estado civil, nivel de instrucción y ocupación de las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de salud.
- Identificarla primera consulta médica de las adolescentes embarazadas al Control Prenatal del Centro de Salud “Carlos Elizalde”.





## 4.2 DISEÑO METODOLÓGICO

**4.2.1 Tipo de estudio:** es un estudio descriptivo de corte transversal, porque permite describir e interpretar en un acorte de tiempo, diversos aspectos del fenómeno a investigar.

**4.2.2 Área de estudio:** se realizó en el Centro de Salud “Carlos Elizalde” de la parroquia Yanuncay de la ciudad de Cuenca.

### 4.2.3 Universo y muestra.

**Universo:** el universo estuvo constituido por 150 adolescentes embarazadas entre las edades de 10 a 19 años que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde” de la parroquia Yanuncay de la ciudad de Cuenca.

**Muestra:** todas las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años que acudieron a Consulta Externa del Centro de Salud “Carlos Elizalde”. Se estimó una muestra de 60 adolescentes las mismas que fueron seleccionadas de manera aleatoria y de acuerdo al cálculo muestral con la aplicación de la siguiente fórmula:

$$\text{Formula } n = \frac{m}{C^2 (m-1) + 1}$$

**n** = tamaño de la muestra.

**m** = tamaño de la población.

**c** = error admisible (0.10)

$$\frac{150 M}{C (m - 1) + 1} \quad \frac{150}{2.49} \quad 60.24 = 60$$

$$0.01 ( 149 ) + 1$$



#### 4.2.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

##### **Inclusión**

- Adolescentes embarazadas de 10 a 19 años de edad que acudieron al control prenatal en el Centro de Salud “Carlos Elizalde”.
- Asentimiento explícito de participación, firmado por las adolescentes y consentimiento por los padres.

##### **Exclusión**

- Adolescentes embarazadas que presentaron complicaciones graves.
- Adolescentes embarazadas que presentaron abortos.
- Adolescentes embarazadas con enfermedades crónicas.
- Adolescentes embarazadas cuyos padres no firmaron el asentimiento informado.

**4.2.5 VARIABLES:** condiciones de las entrevistadas: edad, estado civil, ocupación, instrucción, residencia, factores de riesgo individuales, familiares, sociales y complicaciones

#### 4.2.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

**Métodos:** Es una investigación cuantitativa, que nos permitió el manejo de datos numéricos, los mismos que se interpretaron a través del análisis estadístico, para identificar la primera consulta médica de las adolescentes embarazadas al Control Prenatal del Centro de Salud “Carlos Elizalde”.

**Técnicas:** se utilizó la entrevista para la aplicación de encuestas a las adolescentes embarazadas en estudio.

**Instrumentos:** se utilizaron:



- ❖ Formulario de encuesta dirigida a la adolescente embarazada con preguntas cerradas que permitieron la obtención de información acerca de: edad, residencia, procedencia, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, factores de riesgo individuales, familiares y sociales. La duración de la encuesta fue de 10 a 15 minutos.
- ❖ Estos datos fueron recolectados por las investigadoras durante 4 horas diarias, por 2 meses.

#### 4.2.7 PROCEDIMIENTOS

- Presentación y solicitud del permiso a la institución: Centro de Salud “Carlos Elizalde”. **(Ver anexo 1)**
- Elaboración del formulario de encuesta para la recolección de información y aplicación a las personas en estudio. **(Ver anexo 2)**
- Recolección de la información, previa la aplicación y firma del asentimiento informado a los padres y / o representantes de las adolescentes menores de 18 años de edad **(Ver anexo 3)** y el consentimiento informado por parte de las adolescentes mayores a los 18 años **(Ver anexo 3)**. La información se recolectó a través de una encuesta utilizando, un formulario que incluye; datos generales del grupo de estudio: edad, ocupación, estado civil, y otros. Además los factores asociados al incumplimiento del control prenatal en adolescentes comprendidas entre las edades de 10 a 19 años.

#### 4.2.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Se realizó la clasificación de datos, enumerando los formularios de la entrevista; el análisis de la información se realizó por medio de tablas de 2 x 2, Los datos recolectados se ingresaron en una base de datos del programa estadístico SPSS 15 Windows 2007 y Excel, a partir de estas se generaron tablas con su respectivo análisis descriptivo.



#### **4.2.9 ASPECTOS ÉTICOS**

Las entrevistas se aplicaron a las adolescentes embarazadas que acudieron al control prenatal del Centro de Salud “Carlos Elizalde”; se realizó por medio de una encuesta, la misma que se trató con absoluta confidencialidad, además de que, no representó gasto económico ni afectó la salud de la encuestada.

#### **4.2.10 Consentimiento y asentimiento informado**

Una vez leído el formulario de la entrevista, los representantes y las adolescentes embarazadas firmaron y aceptaron participar en esta investigación, teniendo en cuenta que la entrevista no representaba perjuicio para ellas y tendrían el derecho de retirarse en cualquier momento.



## CAPÍTULO V

### 5.1 PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 5.2 Tabulación y análisis de datos.

**Tabla N° 1. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: edad. Cuenca, 2015**

EDAD	TOTAL	
	N <sup>o</sup>	%
14 – 16	10	17
17 – 19	50	83
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta  
**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** las edades de las adolescentes embarazadas oscilan entre los 14 a 19 años, las cuales un 17% se encuentran dentro de la adolescencia media y 83% están cursando por adolescencia tardía.



**Tabla N° 2. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: procedencia y residencia. Cuenca, 2015**

PROCEDENCIA	RESIDENCIA					
	RURAL		URBANA		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
AZUAY	24	40	22	37	46	77
CAÑAR	1	2	1	2	2	3
OTROS	5	8	7	12	12	20
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>50</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** el 77% de las adolescentes son residentes de la provincia del Azuay. Mientras que el 3% proceden de la provincia de Cañar y el 20% de las provincias de Manabí, Guayas y Morona Santiago. Así mismo un 40% habitan en el área rural, otros 37% en la zona urbana de la provincia del Azuay, un 2% representa a la provincia del Cañar de las zonas rural y urbano, de las provincias de Manabí, Guayas y Morona Santiago el 8% residen en la zona rural y el 12% en la zona urbana.



**Tabla N° 3. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: edad y estado civil. Cuenca, 2015**

ESTADO CIVIL	EDAD					
	14-16		17-19		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
SOLTERA	10	17	3	5	13	22
CASADA	0	0	21	35	21	35
UNION LIBRE	0	0	25	42	25	42
DIVORCIADA	0	0	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>50</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** del grupo de análisis de 14 a 19 años el 42% ha optado por la unión libre. El 35% de adolescentes embarazadas han formalizado la relación de pareja; ejerciendo así una maternidad y paternidad responsable, el 22% de adolescentes gestantes son solteras ejercen el papel de crianza de su hijo sin la figura paterna, actualmente este grupo asume el doble de responsabilidad y el 1 % representa un divorcio.



**Tabla N° 4. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: instrucción y ocupación. Cuenca, 2015**

INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN							
	ESTUDIA		TRABAJA		OTROS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
NINGUNA	3	5	0	0	0	0	3	5
PRIMARIA	8	13	8	13	0	0	16	27
SECUNDARIA	0	0	11	18	23	38	34	56
SUPERIOR	0	0	0	0	7	12	7	12
<b>TOTAL</b>	11	18	19	32	30	50	60	100

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** el 50% de madres adolescentes se encuentran realizando actividades dentro de su hogar, mientras que el 32% trabajan en negocios familiares u otras actividades para ayudar a solventar los gastos, el 18% se encuentra estudiando; en cuanto al nivel de instrucción de las madres adolescentes 57% de ellas ha cursado y terminado la educación secundaria, seguidamente tenemos 16% con primaria completa, el 7% de ellas tienen educación superior y un 3% es analfabeta.





**Tabla N° 5. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: inicio de menarca. Cuenca, 2015**

INICIO MEMARCA	TOTAL	
	N <sup>0</sup>	%
10—13	30	50
14 – 16	29	48
17 – 19	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta  
**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** el 50% adolescentes tuvieron el inicio de la menarca entre los 10-13 años, el 48%de 14-16 años, y un 2% de 17-19 años.



**Tabla N° 6. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: IVSA. Cuenca, 2015**

IVSA	TOTAL	
	Nº	%
10—13	0	0
14 – 16	19	32
17 – 19	41	68
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** el 68% de adolescentes inicio su vida sexual activa entre las edades de 17-19 años, y el 32% de adolescentes de 14-16 años. Y satisfactoriamente evidenciamos que no habido inicio de vida sexual activa en las edades de 10-13 años en donde prevalece el inicio de la menstruación.



**Tabla N° 7. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: existe migración en la familia y quien migro. Cuenca, 2015**

QUIEN MIGRO	EXISTE MIGRACION EN LA FAMILIA					
	SI		NO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PADRE	17	28	0	0	17	28
MADRE	8	13	0	0	8	13
HERMANOS	30	50	0	0	30	50
CONYUGUE	5	9	0	0	5	8
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** según los datos obtenidos tenemos que el 100% de los familiares de las adolescentes han migrado, con pérdida del vínculo familiar, llegando a ser uno de los factores para que se dé un embarazo en adolescentes, ya que no cuentan con el apoyo, con un concejo, una orientación adecuada referente al embarazo en adolescentes. El 50% son hermanos, el 28% padres, el 13% madres y 8 % del conyugues.



**Tabla Nº 8. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: edad, estado civil y abandono durante el embarazo. Cuenca, 2015**

EDAD	ESTADO CIVIL	ABANDONO DURANTE EL EMBARAZO							
		CONYUGUE		FAMILIARES		AMIGOS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%	N	%
14 – 16	SOLTERA	7	12	3	5	0	0	10	17
	SOLTERA	0	0	3	5	0	0	3	5
17 – 19	CASADA	0	0	3	5	18	30	21	35
	UNIONLIBRE	0	0	0	0	25	42	25	42
	DIVORCIADA	0	0	0	0	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>		7	12	9	15	44	73	60	100

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** en los siguientes datos obtenidos tenemos que el 35% de adolescentes embarazadas conviven en unión libre y el mismo porcentaje se encuentra en edad tardía además han sufrido abandono por parte de sus amistades. El 35% son casadas ejerciendo así una paternidad y maternidad responsable y cruzan por la edad tardía pero presentaron un 30% de abandono de sus amigos y 5 % de familiares; el 17% son adolescentes de edad media, están solteras y han sufrido abandono 12 de su conyugue y 5 % de sus familiares.



**Tabla Nº 9. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: reacción de sus familiares y rechazo. Cuenca, 2015**

RECHAZO	REACCIÓN							
	ACEPTACIÓN		APOYO		NEGACIÓN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
AMISTADES	0	0	0	0	1	2	1	2
FAMILIARES	8	13	0	0	1	2	9	15
CONYUGUE	0	0	0	0	7	12	7	12
TRABAJO	0	0	0	0	1	1	1	1
NINGUNO	20	33	18	30	4	7	42	70
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>47</b>	<b>18</b>	<b>30</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** el 70 % de adolescentes gestantes no presentaron rechazo por parte de sus familiares, pero si un 15% de las cuales y 2% negación por parte de sus amistades; el 12 % hubo rechazo y negación por parte del conyugue y el 1% en el trabajo. Por lo tanto al decidir tener su hijo , la adolescente enfrenta un gran desafío, ya que la crisis de maduración, la desintegración familiar, y la relación de pareja inestable deteriora su formación integral.



**Tabla N° 10. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: complicaciones y edad. Cuenca, 2015**

COMPLICACIONES	EDAD					
	14-- 16		17-- 19		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
NAUSEA Y VOMITO	5	8	6	10	11	18
SANGRADO VAGINAL	4	7	5	8	9	15
DISUREA Y EDEMA	0	0	3	5	3	5
PERDIDA DE LIQUIDO AMNIOTICO	0	0	2	3	2	3
CONTRACCIONES UTERINAS	1	2	0	0	1	2
EHG	0	0	7	12	7	12
RIESGO DE ABORTO	0	0	4	7	4	7
ANEMIA	0	0	8	13	8	13
NINGUNA	0	0	15	25	15	25
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>50</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** entre los datos estadísticos más importantes tenemos que 25% no ha presentado complicaciones en el transcurso de su embarazo comprendidas dentro de la edad tardía; el 18 % presentaron náusea y vómito. El 15 % presentó sangrado vaginal, 13% anemia, 12% enfermedad hipertensiva gestacional, 7% riesgo de aborto. No presentaron cifras no muy relevantes como disurea y edema 5%, pérdida de líquido amniótico 3% y 2% contracciones uterinas.



**Tabla Nº 11. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: donde vive y con quién vive. Cuenca, 2015**

CON QUIÉN VIVE	LUGAR DONDE VIVE							
	CASA		DEPAR		CUARTO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MADRE	3	5	1	2	0	0	4	7
AMBOS	1	1	1	2	3	5	5	8
PAREJA	43	72	3	5	0	0	46	77
SOLO		0	5	8	0	0	5	8
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>78</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** entre los datos más relevantes tenemos que el 77% de adolescentes embarazadas viven con su pareja y si relacionamos con el lugar donde viven el 72% en una casa y el 5% en un departamento; pero el 8% convive con ambos padres quienes les proporcionan su apoyo, amor y comprensión que la adolescente necesita en esos momentos o viven solas. El 7 % habita en el hogar de su madre.



**Tabla Nº 12. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: edad y número de hijo. Cuenca, 2015**

EMBARAZO ACTUAL	EDAD					
	14 - 16		17 - 19		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PRIMERO	10	17	28	47	38	63
SEGUNDO	0	0	20	33	20	33
TERCERO	0	0	2	3	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>50</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** según los datos obtenidos encontramos que el 63% tiene su primer hijo, el 33% su segundo y el 3% el tercer bebe, el 83% están en las edades de 17-19 años, el 17% comprende las edades de 14-16 años. Lo cual nos indica que las jóvenes en su mayoría están en su adolescencia tardía y tienen su embarazo con un periodo intergenesico corto, lo cual afecta negativamente para su salud y la de su futuro hijo.





**Tabla N° 13. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: estado civil y trimestre de control. Cuenca, 2015**

ESTADO CIVIL	TRIMESTRE DE CONTROL							
	PRIMERO		SEGUNDO		TERCERO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SOLTERA	5	8	7	12	1	2	13	22
CASADA	20	33	1	1	0	0	21	35
UNION LIBRE	13	21	12	20	0	0	25	41
DIVORCIADA	0	0	0	0	1	2	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>63</b>	<b>20</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** el 41% de las adolescentes viven en unión libre, 35% son casadas, 22% solteras y asumen su responsabilidad sola situación que es determinante para las consecuencias psicológicas y sociales el 2% son divorciadas. Acuden al control prenatal 63% en su primer trimestre, 33% en el segundo trimestre, y 4% al tercer trimestre.



**Tabla Nº 14. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: comunicación sobre sexualidad y relación con los padres. Cuenca, 2015**

RELACIÓN CON LOS PADRES	COMUNICACIÓN SOBRE SEXUALIDAD					
	RARA VEZ		NUNCA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
EXCELENTE	8	13	20	33	28	47
BUENA	1	2	11	18	12	20
REGULAR	2	3	4	7	6	10
MALA	1	2	13	22	14	23
<b>TOTAL</b>	12	20	48	80	60	100

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** aquí observamos que el 80% nunca habla de sexualidad con sus padres, el 20% habla de sexualidad rara vez. El 47% tienen una excelente relación con los padres, 23% tienen una mala relación con sus padres por lo que sufren abandono negación y exclusión del hogar, el 20% una buena relación, 10% una relación regular con los padres.



**Tabla N° 15. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: edad y existencia de violencia en el hogar. Cuenca, 2015**

VIOLENCIA EN EL HOGAR	EDAD					
	14 - 16		17-19		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
PADRE	5	8	0	0	5	8
MADRE	2	3	0	0	2	3
HERMANOS	1	2	0	0	1	2
CONYUGUE	2	3	0	0	2	3
NINGUNO	0	0	50	83	50	83
<b>TOTAL</b>	10	17	50	83	60	100

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** según datos obtenidos se determinó que el 83% no sufre violencia en su hogar esta comprende las edades de 17-19 años, esta mejoría se debe a la implementación de leyes de protección a la mujer ,niña y adolescente,17% comprende la edad entre los 14-16 años entre ellas el 8% sufre violencia de su padre ,el 3% por parte de su madre,1%por parte de los hermanos,2% de parte del conyugue, según las cifras decimos que las adolescentes tienen temor y en este caso debemos concientizar a que se denuncie este tipo de agresiones y evitar que haya más víctimas que lamentar.



**Tabla N° 16. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: conocimiento sobre planificación familiar. Cuenca, 2015**

CONOCE SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	TOTAL	
	N <sup>0</sup>	%
SI	47	78
NO	13	22
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100</b>

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** de acuerdo a estos datos estadísticos tenemos que el 78% de las madres adolescentes si conoce planificación familiar, el 22% no.



**Tabla N° 17. Distribución de 60 adolescentes embarazadas que acudieron al Centro de Salud “Carlos Elizalde”, según: uso de planificación familiar. Cuenca, 2015**

USA PLANIFICACION FAMILIAR	TOTAL	
	N <sup>0</sup>	%
SI	17	28
NO	43	72
<b>TOTAL</b>	60	100

**Fuente:** formulario de Encuesta

**Elaborado:** por las Autoras

**ANÁLISIS:** del grupo en estudio un 72% no utiliza métodos de planificación familiar, apenas el 28% de adolescentes gestantes si. Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método de calendario los cuales no siempre son bien utilizados.



## CAPÍTULO VI

### 6.1 DISCUSIÓN

El embarazo en adolescentes en la actualidad es un grave problema de salud pública, pues este se ha constituido en una de las causas actuales de generación de pobreza, sobre todo en las adolescentes pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas, ya que no acuden o acuden tardíamente a los controles en los servicios de atención prenatal.<sup>1</sup> La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. Esto se ha convertido en un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea.

Luego de haber realizado el análisis de los resultados obtenidos en la presente investigación en el Centro de Salud “Carlos Elizalde” de la Ciudad de Cuenca, se encontró que lo que contribuye de una u otra forma al incumplimiento de control prenatal en adolescentes embarazadas lo constituye la ocupación de las adolescentes, pues el 50 % realiza otras actividades, el 32 % trabaja y 18% estudian motivo que dificulta la asistencia a su control prenatal. Comparando con un estudio realizado en Cuba se encontró que más del 50% de las adolescentes embarazadas no acuden frecuentemente a los controles prenatales por realizar sus actividades y otro 50 % por estudiar y trabajar.<sup>30</sup>

La falta de comunicación sobre sexualidad por parte de sus familiares es otro factor, ya que el 80% nunca habla sobre sexualidad en su hogar y 20 % rara vez tienen esta conversación.

En Argentina la principal fuente de información de los adolescentes fueron sus amigos, se encontró también que el 86% de los encuestados acusaron a los adultos de no decir la verdad cuando se les preguntaban aspectos sobre la sexualidad.<sup>30</sup>



Otro dato interesante según las adolescentes investigadas señalan que las principales causas para que se produzca un embarazo es el desconocimiento sobre el uso de los métodos anticonceptivos 72%. Una investigación realizada en una parroquia de la provincia de Loja (Malacatos) en el 2008, señala que las causas de embarazo en adolescentes son por problemas familiares, divorcio de los padres, seguido del desconocimiento de los diferentes tipos de métodos anticonceptivos o el uso incorrecto de los mismos.<sup>31</sup>

Analizando nuestro estudio el 48% de adolescentes iniciaron su vida sexual activa entre los 14 – 16 años. En un estudio realizado en Perú se encontró que el 54% de las adolescentes de 14-16 años eran sexualmente activas y sus explicaciones más comunes para la no utilización de anticonceptivos fueron: falta de conocimientos, dificultades en el acceso a anticonceptivos, ambivalencia y miedo a discutir aspectos sexuales con los adultos.

En un estudio realizado en Paraguay se encontró que un número considerable de adolescentes conoce algún método anticonceptivo, pero muy pocas explicaron correctamente su uso. Hay una actitud positiva con respecto al uso y desean mayor información.<sup>30</sup>

En Brasil, se realizó un estudio con 32 adolescentes y encontraron que 30 de ellas conocían algún método al momento de la primera relación sexual, pero sólo 15 usaron alguna protección.<sup>30</sup>

Con relación al estado civil encontramos en nuestro estudio que el 22% corresponde a adolescentes solteras, el 35% casadas y el 42 % unión libre. Al comparar con el estudio de Navia V.<sup>32</sup>, encontramos un porcentaje casi similar en donde se reporta que el 64% son solteras, el 20% unión libre y el 16% son casadas. En ambos estudios no se identificó viudas.

En la presente investigación con relación a la migración no hubo una correlación, estadísticamente significativa; A pesar de que otros estudios realizados en países en desarrollo, cita Gonzáles J<sup>33</sup>, hay una falta de la



estructura familiar y se ven obligados a insertar nuevos miembros a su núcleo familiar por la falta de la integridad familiar que provoca el factor de migración.

Con respecto a la menarquia precoz en relación de otros estudios como lo menciona Gonzales J<sup>33</sup>, mientras más temprana es la curiosidad y el desarrollo sexual existirá más posibilidades de tener su primera relación sexual no planificada y como consecuencia el embarazo en la adolescencia.





## 6.2 CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Describir los principales factores de riesgo individuales, familiares y sociales asociados al incumplimiento del control prenatal.</li> </ul>	<p>Un 73% de las adolescentes embarazadas estudiadas sufrieron abandono por parte de sus amigos; mientras un 15% lo hicieron por parte de sus familiares y un 12% de adolescentes embarazadas presentaron abandono por parte de su conyugue.</p> <p>El 47% presento aceptación; mientras un 30% le apoyaron y en un 23% hubo negación.</p> <p>El 63% iba a tener su primer hijo, el 33 % su segundo hijo y este se da con un periodo intergenesico muy corto, así tenemos que un 3% de las adolescentes va a tener su tercer niño.</p> <p>El 80% nunca han hablado sobre este tema con sus padres y el 20% de ellas solo hablaron rara vez.</p> <p>El 78% de las adolescentes tuvieron conocimiento sobre el tema de las cuales lo aplicaron un 28%; así mismo el 22% de adolescentes no conocían sobre este contenido.</p> <p>El 83% de las adolescentes embarazadas no han sido víctima, pero se pudo evidenciar que un 8% sufren violencia en su hogar por parte de sus padres, el 3% por parte de su madre y conyugue además un 3% lo son por parte de sus hermanos.</p> <p>Se determina una migración del 100% dentro de la vida de las adolescentes embarazadas, así en el 50% migraron hermanos, en el 28% los padres, 13% madres y 9% los conyugues.</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Determinar los factores sociales tales como: edad, residencia, procedencia, estado civil, nivel de instrucción y ocupación de las adolescentes embarazadas que acuden al servicio de salud.</li> </ul>	<p>El 77%de adolescentes embarazadas viven con su pareja, mientras que 8% de ellas viven con sus padres o solas y 7% viven con su madre. Además el 78% de ellas habitan en una casa, mientras que 17% en un departamento y el 5% en cuartos.</p> <p>El 100%de las adolescentes embarazadas oscilan entre los 14 y 19 años que corresponde a la etapa de la adolescencia media.</p> <p>El 77% de adolescentes son procedentes de la provincia del Azuay; mientras que 3% procede de Cañar y el 5% es procedente de Manabí, Guayas y el Oro. Así mismo un 40% habitan en el área rural, otros 37% en la zona urbana de la provincia del Azuay y que todas contaron con los servicios básicos.</p> <p>En relación al estado civil, el 42% de adolescentes se mantiene en unión libre, el 35% de adolescentes embarazadas han formalizado la relación de pareja, un 22% son solteras asumiendo su rol de madre y todas las responsabilidades con la crianza de su hijo. Y una de ellas en su temprana edad ha sufrido un divorcio.</p> <p>El 50% de madres adolescentes se encuentra realizando actividades dentro de su hogar, mientras que el 32% trabajan en negocios familiares u otras actividades, y apenas un 18% se encuentra estudiando a pesar de su embarazo, debido a que cuenta con un apoyo económico por parte de sus padres o conyugue.</p> <p>El 57% de ellas ha cursado y terminado la educación</p>
---	--



<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar la primera consulta médica de las adolescentes embarazadas al Control Prenatal del Centro de Salud “Carlos Elizalde”.</li> </ul>	<p>secundaria, seguidamente el 26% tiene la primaria completa, 12% de ellas tienen educación superior, y apenas un 5% es analfabeta. Cabe indicar que es preocupante que en la actualidad aun existan madres que no saben leer ni escribir.</p> <p>El 63% de las madres adolescentes acudieron al control durante el primer trimestre de gestación, el 33% de adolescentes acudieron en el segundo trimestre y el 4% al tercer trimestre. Según podemos decir que de esta forma se logra disminuir más de la mitad los riesgos de salud o complicaciones tanto para la madre como para su hijo.</p> <p>Las complicaciones más comunes que se presentaron con un 18% fue de náusea y vómito, 15% sangrado vaginal, 12% EHG, 7% riesgo de aborto, 5% disuria y edema, 3% con pérdida de líquido amniótico, 2% presentaron contracciones uterinas.</p>
---	---

Se concluye que el embarazo en adolescentes es una problemática dentro de la sociedad que mayoritariamente se presenta dentro de la adolescencia media, como consecuencia de la falta de comunicación con sus padres sobre el tema de la sexualidad, las condiciones socioculturales que incitan a un inicio temprano de relaciones sexuales, sin tener la responsabilidad que esto amerita. Cabe indicar la inseguridad en sí misma por cursar esta etapa de su vida, por la falta de protección de sus padres, para de esta manera tener afecto por parte de ellos.



### 6.3 RECOMENDACIONES

#### AL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

- ◆ El embarazo en la adolescencia se comporta como un riesgo elevado, haciéndose necesario la ejecución de políticas de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que se encaminen a reducir las tasas de embarazo en este grupo etáreo; así como identificar los factores de riesgo para el individuo y el impacto que estos tienen sobre la salud.
  
- ◆ El estado debe implementar áreas de consejería al servicio de la población, fomentando su participación en temas como: sexualidad, salud sexual y reproductiva, incluyendo derechos sexuales y reproductivos con claridad y precisión, especialmente a nivel de escuelas y colegios. El Ministerio de Salud Pública como portador en Servicios de Salud y la Universidad de Cuenca, como formadores de recursos de bien deben priorizar los programas de atención primaria que permita fomentar estilos de vida saludables en mujeres en edad fértil, que son mujeres cada vez más vulnerables, en donde se pueda prevenir embarazos tempranos, enfermedades de transmisión sexual y tratar a tiempo las patologías.
  
- ◆ A los Centros de atención de Primero, Segundo, Tercer nivel y otras instituciones proveedoras de servicios de salud de la Ciudad de Cuenca y sus Cantones aledaños sugerimos capacitarse en forma continua, permanente y recibir asesoramiento específicamente en; sexualidad, salud sexual y reproductiva, así también a las unidades operativas trabajar en equipo y coordinación con el Ministerio de Salud Pública, con el propósito de priorizar la educación de los embarazos en adolescentes,



la mortalidad materna e infantil y garantizar los servicios en cuidados obstétricos, la atención prenatal, el parto oportuno con personal capacitado, lactancia y cuidados de RN; ya que toda mujer tiene derecho a la salud gratuita, atención óptima, utilización de métodos anticonceptivos de calidad y libre acceso a programas durante su embarazo.

## **A LA SOCIEDAD**

- ◆ A las autoridades del Centro de Salud “Carlos Elizalde” que se organice y realice talleres para padres, representantes y alumnos/as donde se desarrollen temas de interés para mantener la unión familiar, la comunicación entre padres e hijos, fomentando el crecimiento afectivo, personal, familiar, social y un aumento en la autoestima, permitiendo un manejo ético, y la práctica de valores que permitan el desarrollo de las familias, consideramos que la utilización de estrategias participativas es importantes para obtención de prácticas y conocimientos sobre la realidad de este tema desarrollado incidiendo de manera positiva en búsqueda de una posible solución a este problema social que habitan en el área urbana y rural y en los sectores marginales principalmente.
- ◆ Crear una cultura participativa de las/os adolescentes y posibilitar su inserción en organizaciones que promuevan las iniciativas del sujeto joven hombre o mujer, como un sujeto de derecho en su dimensión integral; esto permitirá potenciar las organizaciones juveniles lo que influir en forma positiva en su propio desarrollo instaurando estilos de vida.
- ◆ El “embarazo en la adolescencia” es un tema de gran relevancia en la actualidad por lo que sugerimos; ejecutar los programas que respaldan a este grupo poblacional y promover la participación de las estudiantes, en la promoción de la salud sexual y reproductiva y la prevención del embarazo precoz en adolescentes enfatizando mayor prioridad a grupos de riesgo.



- ◆ Esperamos que el presente trabajo investigativo aporte información y sirva de apoyo para nuestras/os colegas en la institución de su formación en salud al servicio de la comunidad en sociedad.



#### 6.4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Family Care International. “Buenas prácticas en materia de prevención del embarazo adolescente” Octubre 2008.
2. Issler Juan. Embarazo en la Adolescencia. Agosto/2001. pág.11-23. Consultado 2015 Abr 10. Disponible en:  
[http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html).
3. Departamento de Maternidad Gratuita, Ministerio de Salud Pública. Consultado 2015 Abr 10. Disponible en:  
<http://www.acnna.org/seguimiento-y-cualificacion/productos/sugerencias-tematicas/97-el-control-prenatal-determinante-de-la-calidad-de-vida-de-las-ninas-y-ninos>
4. INEC - Instituto Nacional de Estadística y Censos 2010. Consultado 2015 Abr 10. Disponible en:  
[http://inec.gob.ec/inec/index.php?lang=es&option=com\\_xmap&Itemid=](http://inec.gob.ec/inec/index.php?lang=es&option=com_xmap&Itemid=).
5. Explored. 3 de cada 10 embarazos son de adolescentes en Azuay. Publicado el 05/Junio/2013 | 00:56. Consultado 2015 Abr 10. Disponible en  
<http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/3-de-cada-10-embarazos-son-de-adolescentes-en-azuay-582893.html>.
6. Estadísticas Sobre Embarazos Adolescentes: estadísticas: español.pregnacy-info.netestadisticas \_de\_embarazos\_adolescentes.
7. Vega B, Quizhpe A, Campoverde J. Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la comunidad. Rev. Bol InProy Cerca. 1 (1): 21. 2010.



8. Plan nacional de prevención del embarazo, en adolescentes. Consultado 2015 Abr 10. Disponible en [www.prenatal .tv/.../ecuador /EmbarazoAdolescencia-ecu.pdf](http://www.prenatal.tv/.../ecuador/EmbarazoAdolescencia-ecu.pdf).
9. El Universo. Ecuador, segundo país en América Latina en Embarazo Adolescente; 2012.Consultado 2015 Abr 10. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2012/02/24/1/1384/mas-17-jovenes-ecuador-son-madres-solo-venezuela-lo-supera-america-latina.html>.
10. Díaz V. El Embarazo de las Adolescentes en México. Rev. Gac. Med. Mex.139 (1):23.Marzo 2004 al Marzo 2010.
11. Krauskopf, D, “Dimensiones del desarrollo y la salud mental en la adolescencia” en indicador de la salud en adolescencia OPS/OMS/ Asociación para el estudio de la adolescencia, Costa Rica; 1995.
12. Ordoñez J. “Encuesta Demográfica y de Salud Materno Infantil”. Cepar. Quito-Ecuador 2005.
13. Zimmermann M. “Sexualidad Programa Educativo Infancia y Adolescencia” .Madrid España. Cultural S.A; 1996 .pág. 64- 72.10.
14. Begoña, Odriozola. “Enciclopedia de los Padres de hoy” Ser Padres de un Adolescente. Bogotá. D. C; 2004.
15. Borja T. “Sexualidad: diversidad y procesos de desarrollo” CECAFEC (Centro Ecuatoriano de Capacitación y Formación de Educadores de la Calle). 2da Edición. Quito-Ecuador.
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. Pag.6. Consultado 2015 Abr 10. Disponible en:





[http://www.cnna.gov.ec/\\_upload/Plan\\_Prevenccion\\_Embarazo\\_Adolescente.pdf](http://www.cnna.gov.ec/_upload/Plan_Prevenccion_Embarazo_Adolescente.pdf).

17. Vega B. Informe exploratorio de las encuestas pre intervención proyecto CERCA/Universidad de Cuenca; 2012.
18. UNICEF. Situación de la infancia. Buen comienzo en la vida. 2005. Consultado 2015 Abr 10. Disponible en: [www.unicef.org. co/05-mort.htm](http://www.unicef.org/co/05-mort.htm).
19. Granada M, Vázquez M. “La Mujer y el Proceso Reproductivo” Organización Panamericana de la Salud. Bogotá – Colombia. Editora Guadalupe LTDA; 1990.
20. Ministerio de Salud Pública. Componente normativo materno. Sistema nacional de salud CONASA (consejo nacional de salud); Agosto 2008.
21. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software. 6. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Norma técnica para la detección temprana.
22. Donoso E, Faúndez A, Pérez A. Control Prenatal. En: Obstetricia. Capítulo 12 - 2da Edición. Editorial Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda.; 1992. pág. 156-167.
23. Indicadores SIISE – Si Mujeres
24. Portales médicos.com. Factores de Riesgo en Adolescentes Embarazadas Consultado 2015 Abr 10. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2497/1/Factores-de-Riesgo-en-las-Adolescentes-Embarazadas.html>
25. Martínez C, Torrens R. Enfermería Obstétrica y Ginecológica .Barcelona España; 2012.
26. Núñez O. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Edición 1; 2003. Consultado 2015 Abr 10. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00363634200300070001](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00363634200300070001)



27. Peláez J. Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de Ángel Maida y cols. Rev Sogia. 1996. vol 3(1): 13-16.
28. Fescio R, Schwarcz R. Obstetricia. 6ta. ed. Buenos Aires. El Ateneo; 2005. pag 184-187.
29. El embarazo.net. Complicaciones frecuentes durante el embarazo. Consultado 2015 Abr 10. Disponible en: <http://semanas.embarazo.net/complicaciones-frecuentes-durante-el-embarazo.html>
30. "Resúmenes IV Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la infancia y la adolescencia" 1999. TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ALGUNAS PERSPECTIVAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES. HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES. LEON, 1997 - 2000. AUTOR: Dra. JEANNEVIVE O'MALLY ALFARO.
31. CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 14 A 18 AÑOS DE EDAD EN EL COLEGIO EXPERIMENTAL "PIO JARAMILLO ALVARADO" SECCION VESPERTINA DE LA CIUDAD DE LOJA PERIODO 2009 – 2010. AUTORA :Tatiana Elizabeth Tandazo Jaramillo
32. Navia, V. Disfunción familiar y factores psicosociales que intervienen en el intento de suicidio en adolescentes del Hospital Obrero N 2 caja nacional de salud. Rev. Med. Vol.: 20. N<sup>o</sup>. 30. JUNIO 2009.
33. Gonzales J. conocimientos, actitudes y practicas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. Rev. Salud Pública. Vol : 11 N<sup>o</sup>1. Febrero 2009. Pág. 14 – 26.



#### 6.4.1 BIBLIOGRAFÍA. CONSULTADA

- ❖ Begoña, Odriozola. “Enciclopedia de los Padres de hoy” Ser Padres de un Adolescente. Bogotá. D. C; 2004.
- ❖ Borja T. “Sexualidad: diversidad y procesos de desarrollo” CECAFEC (Centro Ecuatoriano de Capacitación y Formación de Educadores de la Calle). 2da Edición. Quito-Ecuador.
- ❖ Diaz V. El Embarazo de las Adolsecentes en Mexico. Rev. Gac. Med. Mex.139(1):23.Marzo 2004 al Marzo 2010.
- ❖ Donoso E, Faúndez A, Pérez A. Control Prenatal. En: Obstetricia. Capítulo 12 - 2da Edición. Editorial Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda; 1992. pag 156-167.
- ❖ Estadísticas Sobre Embarazos Adolescentes: estadísticas: español.pregnacy-info.netestadísticas\_de\_embarazos\_adolescentes.
- ❖ FamilyCare International. “Buenas prácticas en materia de prevención del embarazo adolescente” Octubre 2008.
- ❖ Fescio R, Schwarcz R. Obstetricia. 6ta. ed. Buenos Aires. El Ateneo; 2005. pag 184-187.
- ❖ Granada M, Vázquez M. “La Mujer y el Proceso Reproductivo” Organización Panamericana de la Salud. Bogotá – Colombia. Editora Guadalupe LTDA; 1990.
- ❖ Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2005. Oxford: Update Software. 6. República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Norma técnica para la detección temp
- ❖ Indicadores SIISE – Si Mujeres
- ❖ Krauskopf, D, “Dimensiones del desarrollo y la salud mental en la adolescencia” en indicador de la salud en adolescencia OPS/OMS/ Asociación para el estudio de la adolescencia, Costa Rica; 1995.
- ❖ Martínez C, Torrens R. Enfermería Obstétrica y Ginecológica .Barcelona España; 2012.



- ❖ Ministerio de Salud Pública. Componente normativo materno. Sistema nacional de salud CONASA (consejo nacional de salud); Agosto 2008.
- ❖ Núñez O. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. Edición 1; 2003.
- ❖ Ordoñez J. “Encuesta Demografica y de Salud Materno Infantil”. Cepar. Quito-Ecuador 2005.
- ❖ Pelaez J. Adolescente embarazada: Características y riesgos. Comentarios al trabajo de AngelMaida y cols. Rev Sogia.1996.vol 3(1): 13-16.
- ❖ Vega B. Informe exploratorio de las encuestas pre intervención proyecto CERCA/Universidad de Cuenca; 2012.
- ❖ Vega B, Quizhpe A, Campoverde J. Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la comunidad. Rev. Bol InProy Cerca. 1 (1): 21. 2010.
- ❖ Zimmermann M. “Sexualidad Programa Educativo Infancia y Adolescencia” .Madrid España. Cultural S.A; 1996 .pág. 64- 72.10.



## 6.4.2 PAGINAS WEB

- ❖ Departamento de Maternidad Gratuita, Ministerio de Salud Pública. Disponible en: <http://www.acnna.org/seguimiento-y-cualificacion/productos/sugerencias-tematicas/97-el-control-prenatal-determinante-de-la-calidad-de-vida-de-las-ninas-y-ninos>
- ❖ El embarazo.net. Complicaciones frecuentes durante el embarazo. Disponible en: <http://semanas.lembarazo.net/complicaciones-frecuentes-durante-el-embarazo.html>
- ❖ El Universo. Ecuador, segundo país en América Latina en Embarazo Adolescente; 2012. Disponible en: <http://www.eluniverso.com/2012/02/24/1/1384/mas-17-jovenes-ecuador-son-madres-solo-venezuela-lo-supera-america-latina.html>.
- ❖ Explored. 3 de cada 10 embarazos son de adolescentes en Azuay. Publicado el 05/Junio/2013 | 00:56. Disponible en <http://www.explored.com.ec/noticias-ecuador/3-de-cada-10-embarazos-son-de-adolescentes-en-azuay-582893.html>
- ❖ INEC - Instituto Nacional de Estadística y Censos 2010, disponible en: [http://inec.gob.ec/inec/index.php?lang=es&option=com\\_xmap&Itemid=](http://inec.gob.ec/inec/index.php?lang=es&option=com_xmap&Itemid=).
- ❖ Issler Juan. Embarazo en la Adolescencia. Agosto/2001. pág.11-23. Disponible en:[http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html).
- ❖ Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. Pag.6. Disponible en: [http://www.cnna.gov.ec/\\_upload/Plan\\_Prevencion\\_Embarazo\\_Adolescente.pdf](http://www.cnna.gov.ec/_upload/Plan_Prevencion_Embarazo_Adolescente.pdf).
- ❖ Plan nacional de prevención del embarazo ,enadolescentes.disponible en [www.prenatal .tv/.../ecuador /EmbarazoAdolescencia-ecu.pdf](http://www.prenatal.tv/.../ecuador/EmbarazoAdolescencia-ecu.pdf).
- ❖ Portales médicos.com. Factores de Riesgo en Adolescentes Embarazadas Disponible



en:<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2497/1/Factores-de-Riesgo-en-las-Adolescentes-Embarazadas.html>.

- ❖ UNICEF. Situación de la infancia. Buen comienzo en la vida. 2005. [www.unicef.org.co/05-mort.htm](http://www.unicef.org.co/05-mort.htm).



## 6.5 ANEXOS

### 6.5.1 ANEXO 1 SOLICITUD DE PERMISO AL CENTRO DE SALUD.



Fundada en 1867  
UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Oficio N° 010-DEE-2015.  
Cuenca, 14 de enero de 2015.

Dr. Mario Zambrano  
**DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD "CARLOS ELIZALDE"**  
Presente.-

De mi consideración:

Con un cordial saludo me dirijo a ustedes, para solicitar de la manera más comedida, autoricen a quien corresponda, para que las Srtas. Estudiantes de la Escuela de Enfermería: DIANA ANDRADE y ALEXANDRA ACERO, realicen su trabajo de investigación sobre: *FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO EN EL CONTROL PRENATAL DE MADRES ADOLESCENTES, EN EL CENTRO DE SALUD "CARLOS ELIZALDE", DURANTE EL PERIODO 2015*, previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería.

En espera de su atención favorable a la presente, me suscribo de Ud. (s), no sin antes expresar mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

  
Mgt. Adriana Verdugo Sánchez  
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA





6.5.2 ANEXO 2 FORMULARIO

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD "CARLOS ELIZALDE". C UENCA, 2015

DATOS PERSONALES:

Cuantos años tiene Ud.: [ ] años

Lugar de donde procede?:

Azuay.....

Cañar.....

Otros.....

Lugar de residencia?:

Dirección ..... donde vive?.....

Rural.....

Urbano.....

Cual es su estado civil?

Soltera [ ]

Casada [ ]

Union libre [ ]

Divorciada [ ]

Viuda [ ]

Ocupación

Estudia SI [ ] NO [ ]

Trabaja SI [ ] NO [ ]

Otros SI [ ] NO [ ]

Nivel de instrucción

Ninguna [ ]





- Primaria
- Secundaria
- Superior

**FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES.**

**Inicio de la menarca.**

- 10 – 13 años
- 14 – 16 años
- 17 – 19 años

**Inicio de vida sexual a qué edad.**

- 10 – 13 años
- 14 – 16 años
- 17 – 19 años

**Su embarazo actual es su?**

- 1<sup>ro</sup> hijo.....
- 2<sup>do</sup> hijo.....
- 3<sup>er</sup> hijo.....

**A que trimestre se realizó su primer control prenatal?**

- 1ER trimestre
- 2DO trimestre
- 3 ER trimestre

**Conoce Ud. que es planificación familiar? SI..... NO.....**

**A usado anteriormente método de planificación familiar?SI..... NO...**

**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES.**

Con quien convive Ud.?.....

Padre.....Madre.....Ambos.....Pareja.....Hermanos.....Sola.....Otros.....

**Como es la relación con sus padres?**

Excelente.....Buena.....Regular.....Mala.....



**Durante su embarazo ha habido Abandono de?:**

Conyugue	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Familiares	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Amigos	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Ninguno	SI....		NO.....	

**Cual fue la Reacción de sus familiares y conyugue?:**

Aceptación   
Apoyo   
Negación   
Abandono

**Tiene algún familiar que haya migrado?**SI.....NO.....

**Quién es?**

Padre.....  
Madre.....  
Hermanos.....  
Conyugue.....

**Existe comunicación sobre sexualidad en su casa?**

Siempre.....  
Rara vez.....  
Nunca.....

**FACTORES DE RIESGO SOCIALES.**

**El lugar donde vive es?**

Casa.....  
Departamento.....  
Cuarto.....

**Existe violencia dentro de su hogar?**

Padre.....  
Madre.....  
Hermanos.....  
Conyugue.....  
Ninguno.....

**Existió Rechazo por parte de?:**

Docentes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Amistades	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>



Familiares      SI     NO   
Conyugue      SI     NO   
En el colegio    SI     NO   
En el trabajo    SI     NO

**A TENIDO COMPLICACIONES DURANTE SU EMBARAZO?.**

Nausea y vomito.....  
Sangrado vaginal.....  
Disuria y edema.....  
Perdida de liquido amniotico.....  
Contrcciones uterinas.....  
EHG.....  
Aborto.....  
Anemia.....  
Ninguno .....



### 6.5.3 ANEXO 3 CONSENTIMIENTO - ASENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO - ASENTIMIENTO INFORMADO

Sr usuario/a:

Nosotras Alexandra Acero, Noemí Andrade y Maricela Chalco estudiantes egresadas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca, estamos realizando la tesis previa a la obtención del título de licenciadas en Enfermería, con el tema **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INCUMPLIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD “CARLOS ELIZALDE”. CUENCA, 2015**

Con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados al incumplimiento del control prenatal en gestantes adolescentes que acuden al Centro de Salud “CARLOS ELIZALDE”. Cuenca, 2015. La misma que se realizara mediante una entrevista y a su vez la aplicación de encuestas.

Una vez concluida la investigación, los resultados obtenidos serán utilizados de manera ética y confidencial por lo que no representa ningún riesgo para Ud. De igual manera no tendrá ningún costo ni recibirá compensación económica por su participación en este estudio, además tiene derecho a negar su participación o a retirarse del estudio en cualquier momento.

Si Ud. Está de acuerdo en formar parte de esta investigación le solicitamos se digne firmar el presente documento, así como consignar su número de cédula de Identidad.

Agradecemos su participación y colaboración.

_____	_____	_____
NOMBRE	N <sup>0</sup> CEDULA	FIRMA
<b>Representante:</b>		
_____	_____	_____
NOMBRE	N <sup>0</sup> CEDULA	FIRMA



## 6.5.4 ANEXO 4 MATRÍZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo cronológico transcurrido desde el momento del nacimiento a la actualidad	Tiempo en años.	Años cumplidos de las adolescentes	10 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
Residencia	Lugar donde vive la persona	Hecho de vivir en un lugar determinado.	Información de la entrevistada	Rural Urbana
Procedencia	Lugar de nacimiento de una persona	Lugar de origen	Provincia a la que pertenece	Cuenca Azogues Otros
Estado civil	Situación civil de las personas lo cual hace que tengan deberes y derechos	Estado sentimental con otra persona.	Estado civil de la pareja	Soltera Casada Unión Libre Divorciada Viuda
Ocupación	Actividad laboral que realiza la persona en cualquier ámbito.	Soporte económico.	Estudia Trabaja Otros:	Si.... No..... Si.... No..... Si..... No.....
Nivel de instrucción	Es un proceso mediante el cual se adquieren conocimientos, valores, para el bien de uno mismo y el de los demás.	Nivel de estudio de la persona.	Años de estudio aprobados	Ninguna Primaria Secundaria Superior
Factores de riesgo individuales	Riesgo individual que pertenece la adolescente embarazada.	Biológico	Inicio de la menarca Inicio de vida sexual a qué edad?  Su embarazo actuales?  A que trimestre se realizó su primer control prenatal?	10 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años  1 <sup>ro</sup> hijo..... 2 <sup>do</sup> hijo..... 3 <sup>er</sup> hijo.....  1 <sup>ER</sup> trimestre 2 <sup>DO</sup> trimestre 3 <sup>ER</sup> trimestre



			<p>Conoce Ud. que es planificación familiar?</p> <p>A usado anteriormente método de planificación familiar</p>	<p>SI...NO..</p> <p>SI...NO...</p>
Factores de riesgo familiares	Factor de riesgo que presenta una probabilidad aumentada de daño en su capacidad de cumplir sus tareas o funciones básicas.	Problemas que se presentan dentro del ámbito familiar.	<p><b>Durante su embarazo ha habido abandono de:</b></p> <p>Conyugue</p> <p>Familiares</p> <p>Amigos</p> <p>Ninguno</p> <p>Cual fue la reacción de sus familiares y conyugue.</p> <p>Con quien convive ud?.....</p> <p>Como es la relación con sus padres?</p> <p>Tiene algún familiar que haya migrado Quienes?</p> <p>Existe comunicación sobre sexualidad en su casa?</p>	<p>Si.... No.....</p> <p>Si.... No.....</p> <p>Si.... No.....</p> <p>Si.... No.....</p> <p>Si..... No.....</p> <p>Si..... No .....</p> <p>Aceptación</p> <p>Apoyo</p> <p>Negación</p> <p>Abandono</p> <p>Ninguno</p> <p>Padre..</p> <p>Madre...</p> <p>.Ambos....</p> <p>Pareja.....</p> <p>Hermanos....S</p> <p>ola...</p> <p>Otros</p> <p>Excelente...</p> <p>Buena.....</p> <p>Regular.....M</p> <p>ala....</p> <p>SI...NO..</p> <p>Padre ...</p> <p>Madre...</p> <p>Hermanos...</p> <p>Conyugue..</p> <p>Siempre...</p> <p>Rara vez.....</p> <p>Nunca...</p>
Factores de riesgo sociales	Riesgo en el grupo social al que pertenece la adolescente	Problemas que se presentan dentro del ámbito social.	<b>Existió Rechazo por parte de:</b> Docentes Amistades	<p>Si..... No.....</p> <p>Si..... No.....</p> <p>Si.... No....</p>



	embarazada		<p>Familiares Conyugue En el colegio En el trabajo</p> <p>El lugar donde vive es?</p> <p>Existe violencia dentro de su hogar?</p>	<p>Si..... No..... Si..... No..... Si..... No.....</p> <p>Casa..... Departamento..... Cuarto.....</p> <p>Padre..... Madre..... Hermanos... Conyugue..... Ninguno.....</p>
Complicaciones	Alteración que se presenta durante el embarazo.	Enfermedades o síntomas que presenta la adolescente embarazada.	A tenido complicaciones durante su embarazo?	<p>Nausea y vomito..... Sangrado vaginal..... Disuria y edema..... Perdida de liquido amniotico... Contrcciones uterinas..... EHG..... Aborto..... Anemia..... Ninguno</p>