



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

“MIEDOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 19 AÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RICAURTE, CUENCA 2015.”

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

AUTORAS: NELLY NOEMI CHUQUI SIGUA.

LUISA JOHANA LAFEBRE MEDINA.

JENNY ALEXANDRA SONGOR VALLADAREZ.

DIRECTORA: LCDA. DOLORES AMPARITO RODRIGUEZ SÁNCHEZ

ASESORA: LCDA. ELVA SUSANA RIVERA YELA

CUENCA – ECUADOR

2016



RESUMEN

ANTECEDENTES: El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública que va en aumento e implica riesgos, consecuencias y miedos que se enfrentan en el periodo de gestación, los cuales se exponen por cambios físicos y falta de información en las adolescentes.

OBJETIVO: Identificar los miedos relacionados con el proceso de embarazo y parto en adolescentes entre 12 y 19 años del Subcentro de Salud Ricaurte. Cuenca, 2015.

MATERIAL Y MÉTODOS: Comprende un estudio cuantitativo descriptivo, constituido por 122 adolescentes embarazadas seleccionadas en el Subcentro de Salud a través de la aplicación de encuestas y entrevistas, previo consentimiento de las adolescentes involucradas y de sus padres. Los datos fueron procesados y analizados a través de los programas SPSS, Microsoft Excel, los resultados se presentan en gráficos y tablas simples con sus respectivos análisis.

RESULTADOS: El 10% de adolescentes embarazadas que asisten al subcentro de salud de Ricaurte a ser atendidas están entre los 12 a 14 años, el 40 % entre los 15 y 17 años, y el 50% se encuentran con edad superior a los 18 años, el 74,08% tienen miedo a sufrir un aborto.

CONCLUSIONES: La adolescencia es un conjunto de cambios fisiológicos, sociales y emocionales; dependiendo de la edad de la adolescente y del tiempo que ha transcurrido entre su desarrollo y el embarazo puede haber más o menos complicaciones. A través de las encuestas pudimos determinar que las adolescentes presentan miedos durante el embarazo y el parto.

PALABRAS CLAVES: MIEDOS, EMBARAZO, PARTO, ADOLESCENTES, SUBCENTRO DE SALUD RICAURTE.



ABSTRACT

BACKGROUND: Teen pregnancy is a public health problem that is increasing and involves risks, consequences and fears they face in the gestation period, which are set by physical changes and lack of information on adolescent girls.

TARGET: Identify fears about the process of pregnancy and childbirth in adolescents between 12 and 19 years of Ricaurte Subcentro Health. Cuenca, 2015.

MATERIALS AND METHODS: It comprising a quantitative descriptive study consisting of 122 pregnant teenagers selected in the health sub center through the use of surveys and interviews, with the consent of the involved adolescents and their parents. Data were processed and analyzed through SPSS, Microsoft Excel programs, the results are presented in simple graphs and tables with their analysis.

RESULTS: The 10% of pregnant adolescents attending health sub-center Ricaurte to be served are between 12-14 years, 40 % between 15 and 17 years, and 50% are with over 18 years of age, the 74.08 % have fear of having an abortion.

CONCLUSIONS: The adolescence is a set of physiological, social and emotional changes; depending on the age of the teenager and the time that has elapsed between their development and pregnancy may be more or fewer complications. Through surveys we determined that adolescents have fears during pregnancy and childbirth.

KEYWORDS: FEARS, PREGNANCY, CHILDBIRTH, TEENAGERS, SUBCENTRE RICAURTE HEALTH.



Contenido

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	17
1.1. INTRODUCCIÓN	17
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.3. JUSTIFICACIÓN	20
CAPÍTULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1 ANTECEDENTES	21
2.2 LA ADOLESCENCIA	24
2.2.1 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA	24
2.2.2 DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA	26
2.2.3. VIDA SOCIAL Y AFECTIVA EN LA ADOLESCENCIA	34
2.2.4. CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR Y EL EMBARAZO	35
2.2.5. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	38
2.2.6. DEMOGRAFÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	45
2.2.7 EL EMBARAZO Y CAMBIOS QUE SE PRODUCEN TRIMESTRALMENTE	46
2.2.8. COMPLICACIONES EN UN EMBARAZO ADOLESCENTE	48
2.2.9. MIEDOS MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN DURANTE EL EMBARAZO	49
2.2.9.1 MIEDO A SUFRIR ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO	50
2.2.9.2. MIEDO A SUFRIR UN ABORTO	51
2.2.9.3. MIEDO A QUE ÉL BEBÉ PRESENTE ALGÚN DEFECTO O MALFORMACIÓN	51
• CAUSAS DE LAS MALFORMACIONES EN EL EMBRIÓN	52
¿QUÉ SON LOS DEFECTOS DEL TUBO NEURAL?	53
2.2.9.4. MIEDO A SER RECHAZADA POR LA SOCIEDAD DURANTE EL EMBARAZO	53
2.2.9.5. MIEDO A LOS CAMBIOS FÍSICOS DURANTE EL EMBARAZO	55
2.2.10 MIEDOS DURANTE EL PARTO	57
2.2.10.1 MIEDO AL DOLOR DURANTE EL PARTO Y SUS POSIBLES CONSECUENCIAS	57
2.2.10.2 MIEDO A DAR DE LACTAR DEBIDO AL DOLOR QUE PRESENTA	59
2.2.10.3 MIEDO AL CAMBIO DE VIDA POR EL NACIMIENTO DEL BEBÉ	62
2.2.10.4 MIEDO AL TENER AL BEBÉ	62
2.2.10.5 CONFLICTOS E INCOMUNICACIÓN CON LA FAMILIA	62
2.2.10.6 MIEDO E INSEGURIDAD ANTE LA NUEVA SITUACIÓN	63
2.2.10.7 MIEDO AL RECHAZO SOCIAL	63
2.2.10.8 MIS NÁUSEAS Y MAREOS MATUTINOS NO ME DEJAN COMER Y TENGO MIEDO DE QUE MI BEBÉ NO ESTÉ BIEN ALIMENTADO	63
2.2.10.9 HE COMIDO ALIMENTOS PROHIBIDOS Y HE BEBIDO ALCOHOL ¿PERJUDICARÁ A LA SALUD DEL BEBÉ?	63
2.2.11. RIESGOS EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES	64
2.2.12. EFECTOS SOCIALES	65
CAPÍTULO III	66
OBJETIVOS	66
3.1. OBJETIVO GENERAL	66
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	66
CAPÍTULO IV	67



4. DISEÑO METODOLÓGICO.	67
4.1. TIPO DE ESTUDIO.	67
4.2. ÁREA DE ESTUDIO.	67
4.3. UNIVERSO Y MUESTRA.	67
4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.	67
4.5. VARIABLES.	68
4.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	68
4.5.2. MATRIZ METODOLÓGICA.	71
4.6. PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.	73
MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.	73
4.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.	73
4.8. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS.	73
4.9. RECURSOS.	74
4.9.1. RECURSOS HUMANOS.	74
4.9.2. RECURSOS MATERIALES.	74
CAPÍTULO V.	75
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	75
GRÁFICO N° 1.	75
GRÁFICO N° 2.	76
GRÁFICO N° 3.	77
GRÁFICO N° 4.	78
GRÁFICO N° 5.	79
GRÁFICO N° 6.	80
GRÁFICO N° 7.	81
GRÁFICO N° 8.	82
GRÁFICO N° 9.	83
TABLA N° 1.	84
TABLA N° 2.	85
TABLA N° 3.	86
TABLA N° 4.	87
TABLA N° 5.	88
TABLA N° 6.	89
TABLA N° 7.	90
TABLA N° 8.	91
CAPÍTULO VI.	92
6. DISCUSIÓN.	92
7. CONCLUSIONES.	95
8. RECOMENDACIONES.	96
9. BIBLIOGRAFÍA.	97



<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	97
ANEXOS	102
<u>ANEXO 1</u>	103
<u>CONSENTIMIENTO INFORMADO</u>	103
<u>ANEXO 2</u>	104
<u>OFICIO PARA AUTORIZACIÓN</u>	104
<u>ANEXO NRO. 3</u>	106
<u>FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</u>	106
<u>ANEXO NRO. 4</u>	107
<u>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</u>	107



DERECHOS DE AUTOR

Yo Luisa Johana Lafebre Medina, autora de la tesis “MIEDOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 19 AÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RICAURTE, 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 Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 14 de Abril de 2016.

Luisa Johana Lafebre Medina

C.I: 0104095096



DERECHOS DE AUTOR

Yo Jenny Alexandra Songor Valladarez, autora de la tesis “MIEDOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 19 AÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RICAURTE, 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 Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 14 de Abril de 2016.

Jenny Alexandra Songor Valladarez

C.I: 0105776991



DERECHOS DE AUTOR

Yo Nelly Noemi Chuqui Sigua, autora de la tesis “MIEDOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 19 AÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RICAURTE, 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 Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 14 de Abril de 2016.

Nelly Noemi Chuqui Sigua

C.I: 0106544174



RESPONSABILIDAD

Yo Luisa Johana Lafebre Medina, autora de la tesis “MIEDOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 19 AÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RICAURTE, CUENCA 2015.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de Abril de 2016.

Luisa Johana Lafebre Medina

C.I: 0104095096



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

Yo Jenny Alexandra Songor Valladarez, autora de la tesis “MIEDOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 19 AÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RICAURTE, CUENCA 2015.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de Abril de 2016.

Jenny Alexandra Songor Valladarez

C.I: 0105776991



RESPONSABILIDAD

Yo Nelly Noemi Chuqui Sigua, autora de la tesis “MIEDOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 19 AÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RICAURTE, CUENCA 2015.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 14 de Abril de 2016.

Nelly Noemi Chuqui Sigua

C.I: 0106544174



DEDICATORIA

A Dios, 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 Ana y Felipe por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo, a mi abuelita Claudina por quererme y apoyarme siempre, esto también se lo debo a ella, a mis hermanos Claudia, Bryan por estar conmigo y apoyarme siempre, a mis sobrinos David, Jennifer y Emilia los quiero mucho.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

JOHANA LAFEBRE.



DEDICATORIA

Dedico la presente tesis a Dios por permitirme cumplir uno más de mis sueños y bendecirme en el día a día. A mi padre y hermana por todo su apoyo incondicional, estuvieron allí en los momentos difíciles, fueron un gran impulso para lograr mi objetivo y gracias a ellos soy lo que soy, por ayudarme a cumplir mis logros y saber que siempre cuento con ellos. A mi hijo, Emilio, motivo de inspiración para cada uno de mis proyectos A mis maestros por ser los guías en el trayecto de todos estos años en la universidad por su apoyo y motivación para la culminación de este estudio en base a su experiencia. A mis amigas por su paciencia y comprensión, son un pilar fundamental en mi vida, con ellos compartí momentos únicos llenos de alegrías y tristezas, gracias por su apoyo.

JENNY SONGOR



DEDICATORIA

Este trabajo de investigación lo dedico en primer lugar a Dios por darme vida y salud para poder cumplir mis sueños, además dedico esto de manera muy especial a mi madre que ha sido fundamental en mi vida, gracias a su apoyo incondicional que siempre me dio, de igual manera a mis hijas Emily y Camila que han sido mi fortaleza y mi inspiración para continuar adelante y poder conseguir mi meta. A mis familiares, amigos, docentes y compañeros; que me han sabido apoyar día a día.

NELLY CHUQUI.



AGRADECIMIENTO

En el presente trabajo de tesis queremos agradecer a Dios en el desarrollo de nuestro trabajo de investigación, a la Lcda. Amparito Rodriguez Sánchez directora de tesis por guiarnos con sus conocimientos en base a su experiencia y su paciencia hacia nosotros, a nuestra asesora Lcda. Susana Rivera por su apoyo y consejos brindados; al “Subcentro de Salud Ricaurte”, a sus directivos y a las adolescentes embarazadas por darnos apertura y facilidad para realizar el trabajo permitiéndonos vivir experiencias únicas. Un especial agradecimiento a la escuela de enfermería y a sus docentes que nos han aportado con los conocimientos necesarios para poder llegar hasta donde nos encontramos y a nuestros queridos familiares que han sido el pilar fundamental en nuestros logros, brindándonos su apoyo moral y afectivo, siempre incentivando a cumplir nuestras metas.

LAS AUTORAS.



CAPÍTULO I.

1.1. INTRODUCCIÓN.

Los resultados del último censo de población y vivienda efectuados por el Instituto Ecuatoriano de Estadística y Censos (INEC) en el año 2010, muestra la realidad del embarazo entre las adolescentes ecuatorianas. De los 3,6 millones de madres que existen en Ecuador, más de 122 mil son adolescentes que se ubican en rangos de edades de 10 a 19 años, con diferencias significativas según su nivel de instrucción, etnia e ingresos económicos. La mayoría de estos embarazos que se presentan no son planificados o deseados.

Según las estadísticas del INEC, solo 30.575 del total de las madres pertenecen a la Población Económicamente Activa (PEA), de las cuales la mayoría, el 11,5%, son comerciantes de tiendas y el 10% son asistentes domésticas.

En cuanto al estado civil, el 55% se une con su pareja, mientras que el 20% queda soltera; el 18% se casa, el 7% se separa y el porcentaje restante se divorcia o llega a enviudar. (1)

En datos más actualizados se puede observar la situación del país, donde de las más de 7 millones de mujeres; 3.645.167 son madres, de ellas 122.301 son adolescentes. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en el 2011 los partos de adolescentes de 12 a 14 años representaron el 1.85%, y de 15 a 19 años el 2.7%. De esta manera se puede observar el crecimiento de madres adolescentes que pronto serán cabezas de hogar. (2)

Los miedos que se presentan en la adolescente en el periodo de concepción, formación, crecimiento y nacimiento de sus hijos, se presentan por la falta de información y los problemas psicosociales a los que se encuentran expuestas.

La manera de enfrentar una adolescente el reto de ser madre se encuentra rodeado de un entorno de dependencia por su edad, enfrentándose a la aceptación del embarazo, identificación del estado civil y el análisis de los factores morales establecidos por la sociedad.



Las madres adolescentes además se enfrenta a miedos e interrogantes más concretos como el de ¿qué comerán?, ¿dónde vivirán?, ¿qué educación le brindará?; todos estos aspectos enfocados a lo económico por la búsqueda de un mejor futuro. De la misma manera las adolescentes embarazadas se encuentran en un gran estado de confusión al enfrentar su situación con su pareja y en muchos de los casos quedarse solas. Por lo que es importante contar con conocimiento sobre los miedos que afrontan las jóvenes madres, para de esta manera poder brindarles un apoyo en su proceso de gestación y parto, permitiéndoles prepararse para afrontar las circunstancias que se presentan desde el momento de la concepción.

Las actividades de enfermería frente a las adolescentes embarazadas deben estar enfocadas en la promoción de los diferentes cambios y riesgos que se manifiestan durante el transcurso del embarazo, siendo de mayor relevancia los miedos ocurren en el primer trimestre, a través de este estudio se obtendrá la información de los miedos más relevantes que se presentan en las adolescentes embarazadas en el ámbito familiar, social, económico, y físico.



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Según datos del informe de indicadores de desarrollo del Banco Mundial 2012, Ecuador es el sexto país con la tasa de fecundidad adolescente más alta, después de Nicaragua, República Dominicana, Guatemala, Honduras y Venezuela. (3)

Además, solo en 2011 se registraron 45.708 partos en madres adolescentes. Por regiones, un 55,3% de estos partos se registra en la Costa versus el 38,4% en la Sierra y el 6,3% en la Amazonía. (4)

Considerando que por miedo al qué dirán, las adolescentes embarazadas, a veces esconden el embarazo para evitar enfrentar a sus padres e inician los controles de gestación tarde. Algunas preocupadas por su aspecto físico hacen dietas estrictas y poco equilibradas. Arriesgando no solo su salud sino también al niño.

Analizando el entorno social en el sector de Ricaurte se puede establecer que los problemas más amplios por los cuales existe un alto grado de embarazo en adolescentes es la falta de información, la migración, la ausencia de una persona familiar que contribuya en su conocimiento sobre la sexualidad y genere un vínculo de seguridad y estabilidad emocional para controlar de esta manera el inicio de su vida sexual y los embarazos.

Las adolescentes no cuentan con el conocimiento de cómo enfrentar su estado de ánimo en el embarazo a nivel social, familiar, emocional, psicológico y aceptar los cambios físicos que presentara su cuerpo durante el desarrollo y parto, generando grandes temores que afectan su estado emocional y físico.

Debido a toda esta problemática encontrada se ha planteado este tema de investigación sobre ¿Cuáles son los miedos que presentan en el proceso de embarazo y parto las adolescentes entre 12 y 19 años de la parroquia de Ricaurte?



1.3. JUSTIFICACIÓN.

Dentro del proceso de desarrollo psicológico que enfrentan las adolescentes embarazadas existen miedos y dudas, en ciertos casos enfrentando problemas de salud u otras enfermedades propias del embarazo, al igual que el no saber la manera de reaccionar al momento del parto o como realizarlo, ya sea por la falta de apoyo familiar, de un seguimiento del proceso por un médico o la falta de interés en el proceso de gestación y parto. Por lo que se ha planteado nuestro tema de investigación.

En base los estudios realizados por el INEC en donde se evidencia que de los 3,6 millones de madres que existen en Ecuador, más de 122 mil son adolescentes que se ubican en rangos de edades de 10 a 19 años.

Es probable que al principio del embarazo se angustien y sientan miedo al pensar en la posibilidad de perder al bebé, por los malestares comunes de la gestación, falta de información y apoyo económico y el desinterés en los procesos que presentan las adolescentes embarazadas, es importante identificar los miedos más frecuentes que afrontan con la finalidad de generar estrategias de control y posibles mecanismos de cómo enfrentar los miedos a los que están expuesta durante su embarazo y parto.

Debido a los cambios físicos en las adolescentes que se manifiestan mayoritariamente desde los 12 a 19 años de edad, con la presencia de la menarquia por lo que se ha propuesto tratar con este grupo de adolescentes temas de control de natalidad, mecanismos de protección y cuidados que deben tener para poder evitar la reincidencia en un embarazo no deseado o la adquisición de enfermedades de transmisión sexual.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

A nivel mundial se reporta que, alrededor del 50,0% de los adolescentes entre 15 y 19 años de edad tienen vida sexual activa, existe un incremento anual de aproximadamente del 10,0% de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años y hasta los 19 años de edad. El 25,0% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y el 60,0% de estas gestaciones ocurren en los primeros seis meses de relaciones sexuales; el 35,0% de las madres adolescentes son solteras y entre el 60,0% y 70,0% de estos embarazos son no deseados, así podemos comprender los efectos psicológicos de este fenómeno. (5)

Luego de la creación del Hogar Materno Carlos J. Finlay con sus objetivos precisos, la incidencia del embarazo en la adolescencia no fue relativamente alta pero sí ocupa una cifra preocupante (no sobrepasó 50%, ya que de acuerdo con el total de ingresos, en 235 pacientes del Hogar Materno, de diciembre 2007 a diciembre del 2010, la incidencia del embarazo en la adolescencia fue de 86, lo que representa 36,6%, siendo la etapa de la adolescencia predominante la tardía. Existen estudios en Etiopía y Nigeria realizados por la Organización Mundial para la Salud (OMS), en el 2011 donde la edad para concebir el embarazo se encuentra entre los 13 y 14 años (Adolescencia temprana) ya que las niñas se casan muy pronto, incluso antes de empezar a menstruar, dice el Dr. Luc de Bernis, asesor principal de salud materna en el UNFPA, donde expresa igualmente que la pobreza influye en la probabilidad que tienen las jóvenes de quedar embarazadas.(6)

Washington, DC, 11 de octubre de 2012 (OPS/OMS).- En América Latina y el Caribe, el 18% de los nacimientos son de madres de 15 a 19 años. Por otra parte, se estima que del total de abortos inseguros en la Región, el 15% se producen entre las adolescentes. (7)

En América Latina y el Caribe, cada año hay 1,2 millones de embarazos no planificados en adolescentes, 51% de los cuales ocurren en adolescentes no casadas.



Según estudios, un tercio de las que no quieren quedar embarazadas en América Latina y el Caribe no utiliza ningún tipo de método anticonceptivo (7).

Estudios han demostrado que las madres adolescentes menores de 15 años son cuatro veces más vulnerables a la mortalidad materna y a un mayor riesgo de complicaciones como anemia, toxemia, hipertensión, placenta previa, y el nacimiento prematuro del bebé (7).

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas los principales riesgos en la salud sexual reproductiva de los adolescentes son: el inicio no planeado, involuntario o desprotegido de su vida sexual; la exposición a embarazos no deseados o planeados en condiciones de riesgo; el riesgo a contagiarse con infecciones de transmisión sexual, la más grave es el VIH/sida. Este problema tiene magnitudes amplias, puesto que un gran número de adolescentes menores de 20 años son sexualmente activos y aproximadamente 60% no utiliza métodos anticonceptivos. 90% de los embarazos no planeados de jóvenes se manifiestan en países en desarrollo, de los cuales 38% sucede en Latinoamérica en grupos sociales que viven la pobreza extrema, la desigualdad y la inequidad de género. (8)

Se plantea un estudio de tipo transversal retrospectivo descriptivo en el cual se entrevistaron 15 mujeres que fueron madres adolescentes en hospitales de Bogotá y externas. Se obtuvo información del estado civil anterior, durante, después del nacimiento del primer hijo y el actual, se observó que predomina el estado civil soltero antes de dar a luz al primer hijo. Durante el embarazo, alrededor del 40% de las entrevistadas optaron por la unión libre o el matrimonio legal. Después del nacimiento del primer hijo un 53% de las mujeres estaban con su pareja; actualmente, de las 15 entrevistadas el 60% están unidas, 33% permanecen solteras, y una minoría se encuentra separada (6,6%). (8)

Se recolectaron datos sobre el grado de instrucción educativa de 90 embarazadas adolescentes (100%) del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima durante el periodo Enero -Febrero; 2012; peruanas de nacimiento y con un proceso completo de



atención en dicha institución de salud; así como también, se recolectaron sus edades, estado civil y conos de Lima de procedencia (9).

Se obtuvo como resultado, que 41 adolescentes (45,20%) tuvieron una Secundaria Incompleta; 12 adolescentes (14 %) terminaron su Secundaria; de las cuales, 7 (7,90%) ejercieron estudios Técnicos y 5 (6,10%) estudios Superiores. Así también, se encontró que 63 (69,54%) de las embarazadas adolescentes de la muestra escogida se encontraban entre los 17 y 19 años de edad; 25 (27,73%) de las embarazadas adolescentes entre 14 y 16 años y 2 (2,72%) entre 10 y 13 años de edad (9).

Según el estudio 'Miedo al parto', de 2011, realizado por un equipo de matronas de distintos centros hospitalarios españoles. Conforme se acerca la fecha del nacimiento del bebé, muchas mujeres embarazadas experimentan cierta ansiedad ante el momento del parto. Esta intranquilidad es algo natural, el 70% de las embarazadas tiene miedo a que el bebé no nazca bien. (10)

El mismo trabajo concluye que los mayores temores de la embarazada están relacionados con el estado del bebé. Según este informe, el 69,7% de las gestantes tiene miedo a que el pequeño sea lesionado o muera en el parto, mientras que el 56% teme que nazca con malformaciones. En cuanto a su propia integridad física, la preocupación más señalada por las gestantes es el miedo a un desgarro durante el parto (35,1%) (10).

Según el Instituto Alan Guttmacher, en Latinoamérica se producen unos 6 millones de abortos al año y 10% de todos estos abortos ocurren en adolescentes. Por otro lado, el mismo instituto reporta que las mujeres menores de 20 años contribuyen en forma desproporcionada con los casos de complicaciones y mortalidad relacionadas con abortos. La OMS tiene datos sobre embarazos involuntarios que causan a nivel mundial, por lo menos 20 millones de abortos en condiciones de riesgo, lo cual produce la muerte de unas 80 mil mujeres. Según estadísticas, uno de cada cuatro abortos practicados en Cuba en el año dos mil correspondía a adolescentes, hecho que no resulta casual. Sucede que a pesar de los riesgos que conlleva para la vida,



ésta sigue siendo la solución más socorrida para las parejas que no desean tener hijos.

2.2 LA ADOLESCENCIA.

Se considera el período de ciclo de vida humano comprendido entre la niñez y la juventud, durante la cual se observan cambios significativos en lo referente a: maduración sexual, orden psicológico, pensamiento lógico y formal, así como en el relacionamiento social. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años, que incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales. En cambio, el Código de la Niñez y Adolescencia del Ecuador considera adolescentes a la persona de ambos sexos entre 12 y 18 años. (11)

La condición de la adolescencia se presenta de forma diferente en cada individuo, dependiendo de características individuales y de grupo, en esta etapa se refleja la personalidad y se generan ajustes para lograr la aceptación en los diferentes escenarios sociales, emocionalmente son inestables, y el desarrollo de la personalidad dependerá de varios aspectos entre ellos el hereditario, condiciones sociales familiares y ambientales, en vista de dichos cambios y nuevas experiencias los adolescentes son susceptibles a tomar conductas inadecuadas en lo referente a su sexualidad. (12)

2.2.1 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.

a) Adolescencia temprana.

Es la primera etapa del desarrollo, va desde los 10 a los 13 años de edad, se caracteriza porque comienza a experimentar cambios físicos a una gran velocidad, en esta fase aparecen los caracteres sexuales secundarios.

Los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, sino que son consecuencias o se derivan de los cambios físicos. El adolescente observa cómo su cuerpo se desarrolla y cambia, y esto provoca una gran curiosidad y una situación extraña, las transformaciones acercan al adolescente a su grupo de amigos, que también experimentan los mismos cambios, por lo que existe una identificación grupal.



Durante esta fase no se producen cambios psicológicos porque en lo que se refiere a los procesos cognitivos, el adolescente sigue pensando en concreto, no ha desarrollado la abstracción del pensamiento, no percibe las implicaciones futuras y se encuentra todavía muy lejos del pensamiento adulto. Los contactos con el otro sexo tienen un carácter exploratorio, también lejos del deseo sexual adulto.

b) Adolescencia media.

Esta etapa va desde los 14 a 16 años de edad, el adolescente ya ha finalizado casi por completo su maduración sexual: sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha adquirido el 95% de su estatura. A partir de este momento, los cambios físicos se hacen más lentos, lo que le permite al adolescente fijar su imagen corporal y desarrollar más fácilmente una imagen de sí mismo, además se produce importantes cambios psicológicos y sociales.

Durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras, aunque en circunstancias conflictivas, como etapas de estrés, puede sufrir regresiones hacia el pensamiento concreto y ser incapaz de percibir estas implicaciones. La capacidad de percibir en abstracto provoca que el joven desarrolle también una cierta capacidad discursiva, además de identificarse con otras personas, grupos e ideologías. El adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí mismo, un rol que proyecta hacia los demás. La pertenencia a un grupo social y la necesidad de independencia respecto del grupo familiar también son consecuencias directas de los cambios psicológicos y cognitivos durante esta etapa.

El narcisismo y la sensación de invulnerabilidad es otra de las consecuencias de los cambios psicológicos del adolescente. Proyecta su imagen hacia el resto del mundo con el objetivo de acaparar atención. La sensación de invulnerabilidad y de fortaleza hacen que el adolescente pueda ser más agresivo en ciertas circunstancias y puede acarrear comportamientos de riesgo, como el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.



El contacto con el otro sexo se incrementa, aunque no sólo responde a un deseo sexual creciente, sino también al narcisismo y la exploración de los propios límites del adolescente, que necesita poner a prueba el grado de atracción que posee.

c) Adolescencia tardía.

Esta etapa va desde los 17 a los 19 años de edad, el desarrollo físico y sexual ha terminado el adolescente ya es físicamente adulto y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción.

El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y el joven puede pensar sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona.

A partir de este momento, el adolescente comienza a enfrentarse a las exigencias del mundo adulto, las necesidades de atención y de pertenencia a un grupo pierden importancia en pro del fomento de las relaciones individuales. (13)

2.2.2 DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA.

En general el paso desde la infancia a la adultez no ocurre como un proceso continuo y uniforme. El crecimiento biológico, cognitivo, emocional, social y psicosexual puede ser bastante asincrónico. En el logro de cada uno de estos aspectos suelen haber oscilaciones hasta que se consolida el cambio.

1. Desarrollo Somático.

Dentro del desarrollo somático se encuentra:

- Desarrollo de las características sexuales primarias relacionadas a los órganos de reproducción: crecimiento del pene, testículos, ovario, útero, vagina, clítoris y labios genitales mayores y menores.
- Desarrollo de las características sexuales secundarias: aparición del vello pubiano y axilar; en los varones barba y el vello en las piernas, brazos y pecho;



en las muchachas, aparición del botón mamario y desarrollo de los pechos, cambios de voz, posteriormente la menarquia.

- Adquisición de la madurez sexual (capacidad reproductiva).
- Desarrollo de las glándulas sudoríparas y sebáceas.
- Aumento en la velocidad de crecimiento, cambio en proporciones corporales, peso fuerza, coordinación motora.

En las mujeres la pubertad se inicia uno o dos años antes que en los hombres.

Los cambios fisiológicos aparecen en la adolescencia temprana teniendo una gran repercusión psicológica tanto para el adolescente como para quienes lo rodean. Estos cambios externos implican también cambios en el esquema corporal.

Frente a los cambios, el adolescente tiende a centrarse en sí mismo intentando adaptarse a este nuevo cuerpo que le puede producir sensaciones contradictorias. Son frecuentes las interrogantes acerca de cuán normal o no es su desarrollo y cuán atractivo puede resultar para los demás. Así también, son esperables las comparaciones y el interés creciente en la anatomía sexual y fisiológica, incluyendo preguntas acerca de la menstruación, masturbación, orgasmo, etc.

Es en la adolescencia media y tardía donde se podrá ir integrando esta nueva imagen corporal. Una vez que ya se han ido experimentando la mayoría de los cambios puberales, el adolescente tiende a centrarse en hacer atractivo su cuerpo, pasando largas horas preocupado por su estética. Como parte de la búsqueda de una identidad propia y de su expresión en la imagen corporal, es frecuente que el adolescente experimente con su apariencia física buscando diversas formas de vestirse, de peinarse, e interesándose por la moda.

2. Desarrollo Cognoscitivo.

La adolescencia es el período durante el cual la capacidad de adquirir y utilizar conocimientos llega a su máxima eficiencia, capacidad que se va acentuando progresivamente desde los 11 -12 años. Según la teoría cognitiva de Piaget (1969) el joven pasa desde la etapa de las operaciones concretas a las operaciones formales



que permiten el pensamiento abstracto, donde el grado de sutileza y complejidad de su razonamiento se hace mayor.

El adolescente logra desprenderse de la lógica concreta de los objetos en sí mismos y puede funcionar en estados verbales o simbólicos sin la necesidad de otros soportes. Se constituye así en un individuo capaz de construir o entender temas y conceptos ideales o abstractos. Esta capacidad se supone que llegará a formar parte de la casi totalidad de los adolescentes entre los 17 -18 años.

Al aparecer las operaciones formales el adolescente adquiere varias capacidades nuevas importantes:

- Puede tomar como objeto a su propio pensamiento y razonar acerca de sí mismo.
- Puede considerar no sólo una respuesta posible a un problema o explicación a una situación, sino varias posibilidades a la vez.
- Agota lógicamente todas las combinaciones posibles.
- El pensamiento operativo formal le permite distinguir entre verdad y falsedad, es decir comparar las hipótesis con los hechos.
- Puede tramitar la tensión a través del pensamiento y ya no sólo a través de la actuación.

Este tipo de pensamiento recientemente adquirido brinda la capacidad del adolescente para entenderse consigo mismo y el mundo que lo rodea.

El adolescente es capaz no sólo de captar el estado inmediato de las cosas, sino de entender los posibles estados que éstas podrían asumir. La conciencia de la discrepancia entre lo real y lo posible, contribuye a convertir al adolescente en un "rebelde". Constantemente compara lo posible con lo real y descubre en lo real la multitud de las fallas latentes. Todo esto lo hace ser crítico y puede ser conflictivo ante los adultos.



La aparición del pensamiento operativo formal (hipotético-deductivo) afecta también al adolescente en la idea que se forma de sí mismo. Comienza a dirigir sus nuevas facultades de pensamiento hacia adentro y se vuelve introspectivo, analítico y autocrítico.

El adolescente toma una actitud teórica-intelectualizadora, dominada por el pensamiento hipotético deductivo. Esto supone que el adolescente está permanentemente en la ejercitación de esta nueva capacidad de pensar acerca de los demás y de sí mismo, buscando y exigiendo explicaciones acerca de todo lo que lo rodea.

Estas nuevas capacidades se tiñen de egocentrismo, especialmente en la etapa inicial de la adolescencia. Existe una incapacidad para diferenciar los intereses y motivos propios de los ajenos y como está preocupado de sí mismo, cree que todos los que lo rodean están pendientes de su conducta y apariencia. También como consecuencia del egocentrismo se cree único y especial, no sujeto a leyes naturales que afecten a los demás.

El joven tiende también a la ensoñación, a fantasear, pasando largas horas dedicadas a esto. El fantasear constituye un espacio intermedio entre el jugar y el pensar racional simbólico. Aunque supone experimentar con las nuevas posibilidades que le da la evolución en su pensamiento, para el adolescente el "soñar despierto" ocupa un lugar distinto en su campo de conciencia que el pensar racional. Existe, en la mayoría de los jóvenes, la clara diferenciación entre los contenidos de las fantasías, la acción de fantasear y los contenidos del pensar racional y el contacto con la realidad externa que éste exige. Como el soñar, el fantasear tiene también una connotación de realización de deseos que puede ser altamente placentera y exige reducción de la sensorialidad dado el grado de invasión de imaginación visual-auditiva en el campo de la conciencia. Es una mezcla entre sueño y vigilia, acción y simbolización, juego y pensamiento. Un adolescente fantaseando es un sujeto que parece en estado de trance. Esta "acción dentro de la mente" puede realizarse en un espacio privado y ser parte de la intimidad, por ejemplo, encerrado en su pieza recostado en su cama, como también puede implicar una actitud "distraída" en sus tareas cotidianas.



El adquirir la capacidad de razonar sobre sí mismo y el mundo lo lleva a uno de los principales problemas de esta etapa: el de construir su propia identidad. Comienza a preguntarse ¿Quién soy? ¿Qué quiero? ¿Para dónde voy?

Se espera que a medida en que se va avanzando en la adolescencia se irá adquiriendo mayor objetividad para evaluar lo que se percibe, habrá una mayor complejidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad.

3. Desarrollo Emocional.

Los adolescentes se enfrentan a la difícil tarea de formarse un sentido de identidad. Los que son y lo que les hace únicos. Según la Asociación Estadounidense de Psicología (2002), la identidad está formada por dos componentes:

- **Auto-concepto:** Un conjunto de creencias sobre uno mismo, que incluye los objetivos, roles, intereses, valores y creencias religiosas o políticas.
- **Autoestima:** Cómo se siente la persona acerca de su auto-concepto.

Los adolescentes desarrollan un sentido de identidad experimentando con distintas maneras de presentarse, sonar y comportarse.

Los adolescentes también tienen que llevarse bien con otros y hacer amigos. Para ello, tienen que conquistar algunas habilidades clave:

- Reconocer y manejar las emociones
- Desarrollar empatía
- Aprender a resolver conflictos de manera positiva
- Aprender a cooperar (14)

4. Desarrollo Social.

En la adolescencia uno de los cambios más significativos que supone esta etapa, es el paso desde la vida familiar a la inserción en la vida social.



Se espera del adolescente una inserción autónoma en el medio social y que alcance el estatus primario: asumir una independencia que lo exprese personalmente y dirigirse hacia roles y metas que tengan consonancia con sus habilidades y que estén de acuerdo con las probabilidades ambientales.

El joven procura que sus sentimientos de adecuación y seguridad provengan de sus propias realizaciones, las que confronta frecuentemente con su grupo de pares o compañeros de edad similar.

En la adolescencia temprana se tiende a establecer una relación cercana de amistad con uno o más amigos del mismo sexo. Este vínculo es estrecho y el contacto con miembros del otro sexo suele hacerse en grupo. Hay una fuerte desidealización de las figuras de autoridad, tendiendo al distanciamiento, desobediencia y evitación de dichas figuras.

En la adolescencia medio el grupo de pares como tal comienza a tener mayor relevancia. Es aquí donde cobra importancia la pertenencia al grupo del barrio, grupos deportivos, grupos de amigos, etc. Estas pertenencias desempeñan variadas funciones, siendo las principales:

- Proporcionarle al individuo la oportunidad de aprender a relacionarse con sus compañeros de edad.
- Aprender a controlar su conducta social.
- Adquirir destrezas e intereses propios de la edad.
- Compartir problemas y sentimientos comunes.

En este período se tiende a asumir los valores y códigos del grupo de pares, lo que aumenta la distancia con los padres, existiendo una tendencia "anti-adulto".

En la adolescencia tardía los valores del grupo dejan de tener tanta importancia, siendo los propios valores acordes a la identidad los que se privilegian. Respecto a las figuras de autoridad, se comienza a producir una reconciliación y reparación.

Estos vínculos tardíos suponen menos explotación y experimentación que en la adolescencia media, ya no está todo centrado en la aceptación del grupo de pares



sino que se puede compartir con los amigos de un modo más íntimo y diferenciado. Lo óptimo es que se desarrolle una independencia flexible, es decir que el joven concilie un rol definido, pero al mismo tiempo autónomo, que le permita contrastar sus valores. Esto va a depender de la solidez previamente lograda en el proceso de socialización.

Si el adolescente fracasa en ser aceptado en un grupo, pueden aparecer conductas de aislamiento o de extrema dependencia a los pares o a determinados grupos a quienes imitará y a los cuales se someterá.

En general, las relaciones con iguales del mismo sexo y del sexo opuesto durante la adolescencia, sirven de prototipo de las relaciones adultas en las interacciones con los miembros del mismo sexo y del sexo opuesto. El adolescente que todavía no ha aprendido a entenderse bien con sus pares en esta etapa, cuando llegue a la edad adulta se enfrentará con serios obstáculos que le dificultarán su inserción social.

La mayor independencia que el adolescente va adquiriendo, y la mayor conciencia de realidad que va desarrollando, le hacen percibir el mundo más descarnadamente y a expresar juicios y pensamientos propios. Los padres tienden a enjuiciar al adolescente y comparan su comportamiento anterior con el actual, atribuyendo los cambios a la influencia del grupo de iguales. Así, es frecuente por ejemplo, la frase "a mi hijo me lo cambiaron los amigos", lo que denota la falta de comprensión en dichos padres respecto a que muchos de los cambios experimentados por su hijo son parte del desarrollo.

Es frecuente escuchar a algunas madres que dicen tener un hijo modelo, porque es tranquilo, no sale a ninguna parte y no tiene amigos, ni "malas juntas". Es importante señalar que esta situación no es necesariamente la ideal y que puede llegar a ser incluso bloqueadora de un desarrollo social más sano del joven hacia la autonomía.

5. Desarrollo psicosexual.

La sexualidad en la adolescencia se desarrolla en tres áreas:



- **Física:** aparición de los caracteres sexuales secundarios que preparan al individuo para participar en el acto sexual.
- **Psicológica:** Se manifiesta en el conocimiento, la curiosidad y las intenciones acerca de la sexualidad. El pensamiento proposicional le permite al adolescente imaginarse como persona sexual y elaborar planes. La mayoría de estas actividades ocurren en la imaginación del adolescente.
- **Social:** Comprende la involucración sexual efectiva con otras personas la que se refleja en sus elecciones de objetos sexuales siendo cada expresión un reflejo de la experiencia contextual del adolescente, donde la familia es su ámbito más inmediato.

Como ya se ha mencionado, una de las tareas más importantes del adolescente es consolidar su identidad. Esta supone identificarse permanentemente con sus objetivos, con sus ambiciones relativas a la sexualidad, con el tipo de relaciones que establece con los otros, etc.

La identidad sexual es parte fundamental de la identidad del yo y normalmente es más conocida como identidad del género (da cuenta del sexo psicológico). Durante la adolescencia, el joven se identifica con su propio sexo (sexo identificado), es decir, asume los rasgos, actitudes, conducta verbal, gestual y motivaciones propias de su género.

Este sexo identificado necesita ser reconfirmado por los otros (por ejemplo, relaciones con pares de su mismo sexo, relaciones eróticas con el otro sexo, etc.) y por el propio adolescente, para asegurarse de su aceptación y lograr la adaptación social. El rol sexual es el comportamiento de cada individuo como hombre o mujer, y la orientación sexual se refiere al objeto hacia el cual se dirige el impulso sexual.

Cuando se llega a la adolescencia no comienza la identidad de género ni el rol sexual, éste viene desde el nacimiento, imbuido en las actitudes y los valores de la familia, de la cultura en general y de las subculturas específicas. Así como el significado atribuido a la sexualidad en la adolescencia variará dependiendo de los mitos familiares y culturales respecto a este tema.



La falta de experiencia en el trato con el sexo opuesto, la timidez, las bromas groseras respecto al sexo, la falta de información, las vivencias desagradables o inesperadas con el otro, etc. pueden afectar una sana identidad sexual. Incluso las experiencias traumáticas en esta etapa pueden complicar la identidad sexual y desencadenar o favorecer alteraciones psicopatológicas.

Es esperable que en la adolescencia temprana el impulso sexual sea relativamente indiferenciado, de hecho las fantasías o conductas homosexuales aisladas, realizadas como parte de la exploración de la sexualidad, no conforman por sí mismas una identidad homosexual. Es en la adolescencia tardía donde se espera que ya se haya consolidado una clara orientación heterosexual que permita una adecuada formación de pareja. (15)

2.2.3. VIDA SOCIAL Y AFECTIVA EN LA ADOLESCENCIA.

La construcción de la vida social y afectiva durante la adolescencia se halla influida por elementos de diversa índole, que guardan relación con factores individuales, familiares y sociales de los sujetos, específicamente, en el plano de las relaciones afectivas tienen especial relevancia, en primer lugar, el carácter singular que para el adolescente tengan las relaciones en el ámbito familiar y, en segundo lugar, los significados que asigne a las relaciones con amistades y noviazgos. Ambos tipos de relaciones han de constituirse en componentes fundamentales a la hora en la que el adolescente delimita su ámbito social y afectivo fuera del correspondiente a la familia. El adolescente pone a prueba el ejercicio de su libertad y autonomía respecto del mundo adulto en la elección de las personas que integran su grupo afectivo de referencia.

Las decisiones acerca de la composición del núcleo de amistades y de las personas elegidas para mantener relaciones sentimentales, por un lado, y las actividades y los intereses compartidos con su núcleo afectivo de referencia, por otro lado, son ocasión de poner a prueba la independencia del adolescente frente a madres y padres. Por eso mismo, ambas esferas de ejercicio de independencia de los adolescentes, como hemos señalado en un estudio anterior suelen constituirse en fuente de tensiones y conflictos en las relaciones entre ellos y su familia.



La vida familiar y la vida social resultan dos ámbitos elegidos por los adolescentes como aquellos que tienen más importancia en su vida. De acuerdo a la información recabada en el presente estudio, el tiempo de ocio proporciona la atmósfera apropiada para desarrollar una vida social y familiar gratificante. Algo más de la mitad de los adolescentes disfrutaba al compartir el tiempo libre con la familia, si bien en este grupo era mayor el porcentaje de chicas (61,2%) que el de chicos (47,7%) que dijeron gustar del tiempo libre que pasaban con la familia.

El adolescente descubre paulatinamente que debe empezar a definir gustos, intereses y preferencias en relación con la construcción de su mundo afectivo-sexual. Ejercitar esas decisiones, mediante las que ha de ir construyendo su autonomía e independencia, afectará aspectos cruciales para el desarrollo de una vida afectiva y sexual saludable. Uno de los campos preferidos para adoptarlas corresponde a las determinaciones acerca de la definición de sus relaciones sentimentales, trátense de relaciones informales, de relaciones de noviazgo o de aquellas correspondientes al inicio de su ejercicio de la sexualidad. (16)

2.2.4. CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR Y EL EMBARAZO.

a) Artículos relacionados a la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia.

“SECCIÓN CUARTA

Mujeres embarazadas

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, Social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia. (17)



b) Régimen del buen vivir.

CAPÍTULO PRIMERO

Inclusión y equidad

Art. 363.- El Estado será responsable de:

Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.(17)

c) Ley orgánica de la salud.

SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Art. 22.- Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.



Art. 23.- Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello.

Art. 24.- Los anticonceptivos importados por la autoridad sanitaria nacional, requerirán del registro sanitario nacional además del registro sanitario del país de origen, así como el control de calidad y seguridad del producto, previo a su distribución.

Art. 25.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afro ecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona.

Art. 26.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas.

Art. 27.- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductivos, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello. Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra.

Art. 28.- Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y



participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.

Art. 29.- Esta Ley, faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 447 del Código Penal. Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención.

Art. 30.- La autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones”. (17)

2.2.5. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad y el final de la adolescencia, Issler señala al embarazo en la adolescencia como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica (edad ginecológica cero = edad de la menarquia), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”. (18).

1. Factores de riesgo de embarazos.

Factores de riesgo Existen muchas y muy variadas causas, pero la más importante es la falta de educación sexual. Los padres de familia, muchas veces evaden esta responsabilidad y la dejan a cargo de los maestros. 8 Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

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

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



c) Factores de riesgo sociales; Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes. (19)

d) Datos y cifras.

Según la OMS 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de adolescentes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. (20)

Según el censo del 2010 realizado en Ecuador registra a 122.301 madres adolescentes, de las cuales el 34,1% terminaron instrucción primaria, mientras que el 56,7% tienen instrucción secundaria, en cuanto al estado civil el 55,8% de las adolescentes están en unión libre, 15,7% casadas, solteras en un 20,2%. En el ámbito económico el 75,2% pertenece a la población económicamente inactiva, mientras que el 24,8% si es activa económicamente.

El mayor porcentaje de embarazo en adolescentes por región corresponde la costa con un total del 55,3%, y en menor cantidad se encuentra la región de galápagos con el 0,14%. (21)

Según datos del Instituto de Estadística y Censos, INEC, en el Ecuador, durante el año 2012, se reportaron 45.708 partos de madres adolescentes, de los cuales 1.817 sucedieron en Azuay. Eso representa el 17,51 por ciento del total de partos en la provincia. (22)

En base a estas cifras los Ministerios de Salud, Educación, Inclusión Económica y Social han desarrollado planes estratégicos para prevenir el embarazo, logrando para



el 2013 una reducción del 3,9% de los embarazos, sin embargo anualmente las estadísticas del INEC, registran a nivel nacional 44.700 mil embarazos en adolescentes, lo que significa que 2 de cada 10 mujeres que está embarazada es adolescente, por lo tanto todavía sigue siendo una tasa alta, es por esta razón que Ecuador ocupa el segundo lugar en las tasas de embarazo en adolescentes en América Latina. (23)

e) Tasas de natalidad.

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana.

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. (24)

f) Causas del Embarazo en la Adolescencia.

Como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes:

- El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.
- La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos
- La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.



- Disminución de la edad de pubertad, por inicio precoz de las relaciones sexuales.
- Por la falta de instrucción académica.
- Por desconocimiento de la sexualidad.
- Por no uso de protección contraceptiva, para "aguantar" a la pareja, buscando afecto,
- Por problemas domésticos.
- Por escasa percepción del riesgo.
- Por la educación sexual "que no llega".
- El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.
- Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición.
- La falta de una buena educación sexual. (25)

g) Consecuencias del embarazo en adolescentes.

➤ Consecuencias obstétricas.

Los embarazos en adolescentes se han incrementado durante los últimos años y son un problema social y reproductivo. En México el 19% de los nacidos vivos son productos de madres menores de 20 años.

El inicio temprano de la vida sexual incrementa el riesgo de enfermedades de transmisión sexual; se ha reportado que la prevalencia de infecciones del tracto genital femenino por tricomonas y candida incrementa durante el embarazo en adolescentes, es importante mencionar que las adolescentes tuvieron mayor frecuencia de anemia. Según la Organización Mundial de la Salud la edad más segura para el embarazo es de los 20 a los 24 años, algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en adolescentes, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. (26)

- **La Mortalidad Materna.** Las jóvenes entre los 15 y 19 años corren un riesgo mayor durante la gestación, ya que estos embarazos se consideran de alto riesgo, además son más frecuentes las complicaciones durante el parto y



pudiendo provocar la muerte. La probabilidad es de 5 a 1 en relación de mujeres de 20 a 29 años de edad.

- **La Mortalidad Infantil.** Los niños de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de morir durante los primeros cinco años de vida que aquellos niños nacidos de mujeres de 20 a 29 años de edad.
- **Embarazo no deseado:** La mayoría de las adolescentes su primera reacción es no querer que nazca el producto y más aún cuando sabe que la pareja tampoco quiere saber nada al respecto. Los padres en ocasiones comparten la noticia con gusto y otras como un lamentable hecho.
- **El Aborto:** El aborto como una medida de solución para estas jóvenes no deja de tener sus complicaciones. A pesar de que en abril del 2007, la Asamblea Legislativa del D.F. en México, despenalizó el aborto para las mujeres que así lo decidieran sólo hasta la 12^o semana de gestación. Sin embargo, se tiene tres problemas por resolver a) la insuficiencia de los hospitales para la solución de estos problemas, b) utilizarlo como método anticonceptivo y c) a practicarse otro aborto aún de forma clandestina. La investigadora Fátima Juárez, denuncia que en este país 33 de cada mil en edad reproductiva interrumpe voluntariamente el embarazo.

En el mundo cada año se efectúan unos veinte millones de abortos inseguros.

Complicaciones del aborto:

- Trombosis de la vena ovárica.
- Desgarros cervicales.
- Perforación uterina.
- Restos de placenta provocando infecciones.
- Placenta previa.
- Partos prematuros.
- Estrés postraumático
- **Métodos anticonceptivos:** Los adolescentes difícilmente acuden al doctor como pareja para investigar cual es el mejor método anticonceptivo de acuerdo a su edad y condición fisiológica Y recurren al más usado el de barrera (el condón en 74 %). Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Cada año a



nivel mundial 1 de cada 20 adolescentes puede adquirir una infección de este tipo.

Aspecto asociado a la falta de asistencia a los centros de salud, por parte de las parejas en caso de presentar una ETS, cabe señalar que en la mayoría de los casos las parejas ya han tenido parejas anteriores lo que origina un problema mayor y más alarmante ya que en los últimos años se han elevado las cifras de la clamidia, herpes, la gonorrea y VIH, (en una población de 976 alumnos universitarios el 3% afirmó haber contraído alguna de estas infecciones (27).

➤ **Consecuencias psicosociales.**

A menor edad también serán menores las posibilidades de aceptar el embarazo y de criar al niño, al tener la obligación de cumplir con el papel de madre a edades tempranas. Una adolescente no transita a la adultez por el simple hecho de estar embarazada, ella seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo.

Las jóvenes de 10 a 13 años suelen tener grandes temores frente al dolor y a los procedimientos invasivos y generalmente el parto es muy difícil debido a que pierden el control con facilidad. En estos casos, lo ideal es que sean atendidas por personal profesional sensitivo y capacitado para esta labor, que pueda acompañarlas y contenerlas y que les explique de manera clara y concreta todo el proceso por el que están pasando, para reducir el estrés de la embarazada.

Las adolescentes de 14 a 16 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada. Generalmente en este grupo de edad, las chicas están más preocupadas por los cambios que está sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar. Es común que exhiban sus vientres y es clásico que manifiesten ¡a mí no me va a pasar!, condiciones todas que dificultan su preparación para la maternidad, tomando la crianza inmediata como un juego. Sin embargo, los problemas aparecen después, cuando tienen que hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de vida anterior al embarazo. En estos casos, al igual que en el anterior, el soporte familiar



con el que cuenten, así como el trabajo de los equipos de salud que las acompañen fungirán, si son positivos, como factores protectores.

En el ámbito social, el embarazo en adolescentes y los problemas asociados a él presentan tipologías distintas según el sector social en el que se manifiesten. En el nivel rural generalmente conduce a uniones tempranas y los problemas que se presentan generalmente son de orden biológico, como desnutrición y un malo o nulo control prenatal o de deficiente calidad y problemas económicos.

En el nivel suburbano las consecuencias son deserción escolar, económicos, uniones conyugales inestables que presentan frecuentemente violencia intrafamiliar, abortos provocados, mala atención del embarazo y del parto. A nivel urbano popular, el embarazo en una adolescente es considerado como un evento inesperado que restringe las ambiciones de progreso familiar.

En el nivel medio-medio y medio-alto, la problemática que el embarazo en adolescentes presenta esta mediada principalmente por las aspiraciones que tienen los jefes de familia de este nivel a lograr que sus hijos terminen la universidad, así como el hecho de que la dependencia de los jóvenes se prolonga hasta muy avanzada la tercera década de la vida. Por lo tanto, cuando éste ocurre, tiene un significado de accidente y generalmente termina en abortos inducidos, algunas veces sin claro consentimiento de la adolescente o en uniones tempranas no siempre satisfactorias para la joven pareja, a costa de prolongar la dependencia de su familia.

En la mayoría de los casos, independientemente del nivel social del que proceda la adolescente embarazada, la asistencia al control prenatal se inicia cuando la situación del entorno familiar empieza a estabilizarse, lo que generalmente ocurre de la mitad del embarazo hacia adelante.

El que la adolescente reciba tardíamente una adecuada atención médica, es un factor que agrava aún más, la condición de riesgo durante la gestación, la cual en sí misma ya se encuentra comprometida.

Por otro lado, a nivel individual, para la adolescente el embarazo puede significar varias cosas: comprobar su fertilidad; considerar a ese hijo como algo que le



pertenece, que la va querer y a quien va a querer como ella misma no fue querida; como una salida a una situación que ya no tolera, que puede ser un ambiente de abuso de cualquier tipo o la expresión de una condición no resuelta, como por ejemplo la muerte de alguno de los padres o su divorcio o como una salida hacia la vida cuando la adolescente presenta enfermedades crónicas, sea cual fuere la situación individual o grupo social al que pertenece la joven, un embarazo en la adolescencia implica repercusiones biológicas, sociales, económicas y psicológicas que clasifican la situación como de muy alto riesgo. Esto amerita que sea visualizado desde una perspectiva integral, considerando a la familia, a la sociedad, los medios de comunicación, el sector salud y educativo, entre otros. (28)

➤ **Consecuencias socio-económicas.**

En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos. (29)

2.2.6. DEMOGRAFÍA Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

El Ministerio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) presentaron los resultados de Demografía y salud sexual y reproductiva de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT).

La ENSANUT que se hizo a 20 mil viviendas y 92.500 personas de cero a menos de 60 años a escala nacional, estudia los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y las enfermedades crónicas más prevalentes. Adicionalmente, se estudió la situación de la salud sexual y reproductiva de la población ecuatoriana en mujeres desde los 15 años hasta los 49 años y de los hombres en el mismo rango de edad.

Según esta encuesta existe un descenso paulatino de la fecundidad en el Ecuador. En el período comprendido entre 1975 y 1979, cada mujer en edad fértil tenía en promedio 5,4 hijos. Para el período 2007- 2012, ese número se redujo a 3 hijos. Este comportamiento se mantiene tanto a nivel urbano como rural.



Entre las provincias con una menor tasa de fecundidad están Tungurahua, El Oro, Galápagos, Chimborazo y Cotopaxi. En cambio, Morona Santiago se ubica como aquella con una mayor tasa de fecundidad con 5,5 hijos por mujer.

En el caso de la fecundidad adolescente (15 a 19 años) se registró un aumento de 11% entre el periodo 1999- 2004 y el 2007-2012.

En cuanto a salud sexual y reproductiva, los datos de la encuesta, cuya cobertura abarca a las 24 provincias del país, indican que existe un mayor porcentaje de mujeres frente a hombres que conocen y se realizan la prueba del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Adquirido). La relación es del 64,6% frente a un 48%.

De igual forma, se observa un mayor uso de métodos anticonceptivos en las mujeres con respecto a los hombres. La esterilización femenina es el método más utilizado para evitar tener hijos. Este tipo de práctica se incrementó en alrededor de 8 puntos porcentuales entre el 2004 y el 2012 al pasar del 24,2% al 32,3%. Otros métodos que crecieron en casi cinco puntos fueron la inyección y el implante. Mientras tanto, se redujo el uso de métodos como las pastillas anticonceptivas, el dispositivo intrauterino (DIU) y el método del ritmo.

2.2.7 EL EMBARAZO Y CAMBIOS QUE SE PRODUCEN TRIMESTRALMENTE.

El embarazo dura aproximadamente 40 semanas, a partir del primer día de su último período normal. Las semanas se dividen en tres trimestres. Sepa qué les pasa a usted y a su bebé durante estas tres etapas.

1. Primer trimestre (Semana 1 a Semana 12).

Para algunas mujeres, la imagen corporal constituye una gran preocupación durante el embarazo.

Durante el primer trimestre su cuerpo experimenta muchos cambios. Los cambios hormonales afectan a casi todos los órganos del cuerpo. Estos cambios pueden desencadenar síntomas, incluso durante las primeras semanas de embarazo.

La ausencia del período menstrual es una señal clara de que está embarazada. Otros cambios posibles son:

- Cansancio extremo.



- Hinchazón y sensibilidad de los senos, también es posible que tenga los pezones prominentes.
- Dolor de estómago, con o sin vómitos (náuseas matutinas),
- Antojos o rechazo por ciertos alimentos.
- Cambios de humor.
- Estreñimiento (dificultad para tener movimientos intestinales).
- Necesidad de orinar más a menudo.
- Dolor de cabeza.
- Acidez.
- Pérdida o aumento de peso.

A medida que su cuerpo cambia, quizás tenga que cambiar su rutina diaria, como acostarse más temprano o comer varias comidas pequeñas. Afortunadamente, la mayoría de estas molestias desaparecen a medida que avanza el embarazo.

2. Segundo trimestre (Semana 13 a Semana 28).

Para la mayoría de las mujeres, el segundo trimestre del embarazo es más llevadero que el primero. Pero es igualmente importante mantenerse informada acerca de su embarazo durante estos meses.

Quizás note que síntomas como las náuseas y la fatiga desaparecen. Pero ahora se producen otros cambios nuevos y más notorios en el cuerpo. Su abdomen aumentará a medida que el bebé siga creciendo.

A medida que su cuerpo cambie para adaptarse al bebé, usted podrá presentar:

- Dolores corporales, como dolor de espalda, de abdomen, en la ingle o en los muslos
- Estrías en el abdomen, pechos, muslos o nalgas
- Oscurecimiento de la piel alrededor de los pezones
- Parches de piel más oscura, generalmente sobre las mejillas, la frente, la nariz o el labio superior. Los parches a menudo son iguales en ambos lados de la cara. Esto a veces se denomina el cloasma del embarazo.
- Adormecimiento u hormigueo en las manos, llamado síndrome del túnel carpiano.



- Picazón en el abdomen, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Hinchazón de los tobillos, los dedos y la cara.

3. Tercer trimestre (Semana 29 a Semana 40)

Algunas de las molestias del segundo trimestre van a continuar. Además, muchas mujeres tienen dificultades para respirar y notan que tienen que ir al baño incluso con más frecuencia. Esto se debe a que el bebé está creciendo y ejerce más presión sobre sus órganos.

Algunos cambios nuevos en el cuerpo que quizás note durante el tercer trimestre son:

- Falta de aire
- Acidez
- Edema de los tobillos, los dedos y la cara
- Hemorroides
- Senos sensibles, que pueden dejar escapar una sustancia acuosa que se elimina antes de producirse la leche, llamada calostro
- Hernia umbilical
- Contracciones, que pueden ser una señal del trabajo de parto verdadera o falsa

A medida que se acerca a la fecha de parto, el cuello uterino se vuelve más blando y delgado (lo que se denomina ablandamiento). Este es un proceso normal y natural que ayuda al canal del parto (vagina) a abrirse durante el proceso de parto.

2.2.8. Complicaciones en un embarazo adolescente.

El embarazo en la adolescencia está asociado con un mayor índice de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el bebé. Como explica la Dra. Bárbara Castro, de la Unidad de ginecología de la Adolescencia del Hospital Universitario La Paz de Madrid, el organismo de la adolescente tiene unas necesidades para su propio desarrollo en las que puede interferir la gestación, con los consiguientes riesgos de malnutrición o retraso en el desarrollo óseo, entre otros.

La adolescente se encuentra en una etapa de inmadurez, al rechazo, sientan vergüenza, sufra problemas de adaptación o de falta de apoyo emocional, ya que por lo general no tiene pareja, o la relación no está consolidada.



Además, muchas de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas en los dos años siguientes al nacimiento del primer bebé, lo que dificulta todavía más continuar con los estudios y conlleva generalmente una mala situación económica en el futuro, que también afectará al bienestar de los hijos.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones durante el embarazo como:

- Placenta previa.
- Preeclampsia (hipertensión arterial durante el embarazo).
- Parto prematuro.
- Anemia grave.
- Rotura prematura de aguas.
- Mayor riesgo de que no acuda a las visitas ginecológicas, o no siga los consejos de su médico.
- Mayores dificultades durante el trabajo de parto.

2.2.9. MIEDOS MÁS FRECUENTES QUE SE PRESENTAN DURANTE EL EMBARAZO.

La mujer percibe amenazas constantes sobre sí misma, sobre su salud y bienestar, con un componente importante: que no se le permite reconocer abiertamente, porque el embarazo está idealizado y se hace suponer que debe vivirse con alegría y euforia y que, por lo tanto, quien perciba temor será una “mala mamá” o una persona que “no está preparada”. Presentan temor a enfrentar el parto y posteriormente al periodo de lactancia.

Los miedos en el embarazo generan estrés en la mujer gestante. Este estrés influye negativamente en su estado físico y psicológico. Por ello es importante tratar de controlar estos miedos y vivir el embarazo con el mayor optimismo posible.

La mamá adolescente necesita cuidados ginecológicos, como cualquier embarazada e incluso más. Cuanto más temprana sea esa atención, mejor para el bebé y la propia



madre. La incidencia de algunas complicaciones del embarazo es mayor durante la adolescencia, como la hipertensión, el crecimiento retardado del feto o el bajo peso del bebé al nacer.

Los estudios indican que la mayoría de las adolescentes que se encuentran en periodo de gestación no desean tener el bebé y que la nueva situación se convierte en un trauma difícil de aceptar para ellas. Produciendo sentimientos conflictivos acompañados de: Rechazo hacia el bebé, conflictos e incomunicación con la familia, miedo e inseguridad ante la nueva situación de saber si va o no va a ser capaz de cuidar del niño y miedo al rechazo social. (30)

2.2.9.1 Miedo a sufrir alguna enfermedad durante el embarazo.

- **La rubéola.-** Es una enfermedad vírica que cuando se padece durante el período de gestación (especialmente durante los 5 primeros meses), ocasiona lesiones cardíacas, oculares y auditivas en el feto. Por eso, es muy importante saber si se está vacunada antes de quedarse embarazada, y si no lo está, es recomendable vacunarse y esperar a quedarse embarazada un mínimo de tres meses, con el fin de evitar malformaciones en el feto.
- **La toxoplasmosis.-** Es provocada por un pequeño parásito que puede encontrarse en los excrementos de los gatos (evitar acariciarlos y limpiarlos) y en la carne cruda o casi cruda. Esta enfermedad provoca síntomas que suelen pasar desapercibidos (una ligera erupción, hinchazón de ganglios, un poco de fiebre), pero puede ocasionar lesiones muy graves o incluso la muerte del feto.

Hay menor peligro si la mujer contrae la enfermedad durante el primer trimestre de embarazo, y es peor si la contrae durante los últimos meses. En el caso de haberla sufrido antes de estar embarazada estaría inmunizada.

- **El factor Rh.-** El factor Rh es un componente de la sangre que nos permite clasificarla en función de su presencia o ausencia. Si la mujer embarazada posee el factor Rh negativo y el padre es Rh positivo, el hijo tiene un 70% de posibilidades de heredar el Rh+ del padre, con lo que la sangre negativa de la



madre producirá anticuerpos que destruyen la sangre Rh+ del hijo, debido a la incompatibilidad. Si estos anticuerpos llegan al feto (durante una hemorragia vaginal, en la amniocentésis, por un aborto, etcétera), pueden provocarle una fuerte anemia e, incluso producir su muerte por destrucción de la sangre. Estos hechos suelen producirse a partir del segundo embarazo, pues el número de anticuerpos va elevándose. Para evitar complicaciones mayores, todas las mujeres que sean Rh negativo, con pareja sea Rh positivo, y que ya hayan tenido un hijo Rh+, deberán recibir inyecciones, las llamadas comúnmente “vacunas antiRh” durante su segunda gestación y tras el parto, para destruir cualquier célula Rh+ y evitar así el desarrollo de anticuerpos. (31)

2.2.9.2. Miedo a sufrir un aborto.

El aborto.- Se produce un aborto cuando el embrión es expulsado del interior de la madre. Suele producirse entre el 2º y 3º mes de embarazo y por lo tanto, el embrión no está preparado para vivir fuera del seno materno. Las causas más comunes son: ausencia del embrión, huevo mal formado o anomalías cromosómicas. También provocan un aborto alteraciones en la madre como son: traumatismos, diabetes, infecciones y útero mal formado, aunque muchas de ellas pueden ser tratadas mediante hormonas, reposo, etcétera, consiguiéndose, en muchos casos, que la gestación llegue a término. (32)

2.2.9.3. Miedo a que él bebe presente algún defecto o malformación.

Malformaciones congénitas.- es un defecto en la anatomía del cuerpo humano, o en el funcionamiento de los órganos o sistemas del mismo, que se manifiesta desde el momento del nacimiento. Esta alteración se produce porque un agente concreto actúa sobre el desarrollo del embrión en el vientre materno. Según en qué momento del desarrollo del feto actúe, el defecto afectará a un órgano u otro, y con diferente gravedad y pronóstico.

Hoy en día, la gran mayoría de las mujeres embarazadas dará a luz a niños que no padezcan ningún tipo de problema congénito ni malformaciones. Esto se debe, en parte, al gran avance de la medicina y a la mejora de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, que han permitido reducir el número de malformaciones congénitas a un porcentaje de casos casi inapreciable.



Además, la detección precoz de este tipo de problemas embrionarios, gracias a los actuales métodos diagnósticos durante el embarazo, ha permitido instaurar a tiempo el tratamiento de muchas de estas patologías. Aun así, según datos de 2012 de la OMS, afectan a uno de cada 33 lactantes y causan, anualmente, 3,2 millones de discapacidades. La incidencia de malformaciones congénitas en España es de aproximadamente 15 por cada 1.000 recién nacidos.

- **Causas de las malformaciones en el embrión.**

La razón fundamental por la que ha sido posible reducir la frecuencia de este tipo de problemas es que muchos de los defectos congénitos que ocurren durante la gestación, tienen causas evitables si se controla a tiempo la acción de los factores que favorecen su aparición.

Aunque la mayoría de las malformaciones congénitas son de origen desconocido, hasta un 40% de ellas se asocian a determinados factores de riesgo que actúan durante el desarrollo del embrión. Los diversos defectos congénitos que existen pueden ser originados por alteraciones genéticas, la acción de diversas sustancias tóxicas o fármacos, la edad materna, agentes ambientales como las radiaciones ionizantes, enfermedades que la madre ha padecido durante el embarazo, e incluso por la alimentación llevada durante la gestación.

- **Tipos de malformaciones congénitas.**

Hay infinidad de tipos de defectos congénitos. Los hay que afectan gravemente al aspecto físico o anatómico, provocando importantes limitaciones en la vida del niño (por ejemplo la ausencia de algún miembro); otros que no son tan evidentes en el aspecto físico, pero que alteran las funciones de órganos fundamentales para el bebé, pudiendo ser incompatibles con la vida (como ciertas malformaciones cardíacas); y otros que apenas causan un mero problema estético sin secuelas importantes.

De entre los diferentes tipos de malformaciones que existen destacan los defectos del tubo neural, tanto por la gran repercusión que tienen en la vida del niño afectado, como por ser los segundos defectos congénitos en frecuencia, después de las malformaciones del corazón.



¿Qué son los defectos del tubo neural?

Los defectos del tubo neural son malformaciones que se producen por una alteración en el desarrollo de las estructuras que se encargan de proteger al sistema nervioso central, es decir, a la médula espinal y al cerebro. Estos defectos se producen por una anomalía del tubo neural, que es una estructura en forma de cilindro que surge en el embrión en las primeras semanas de vida, y cuya función es la de formar el futuro sistema nervioso del bebé.

Cuando hay un problema que afecta al desarrollo del embrión durante la formación del tubo neural, se impide el correcto cierre del cilindro, con la consiguiente falta de fusión de los extremos de las estructuras que formarán la cubierta protectora del tejido nervioso. Estas estructuras son el cráneo y la columna vertebral, así como las membranas que rodean al sistema nervioso, que se conocen como meninges. Cuando no se fusionan, parte del tejido nervioso quedará desprotegido y expuesto.

Existen diversos grados de intensidad en este tipo de malformaciones, desde la más grave de todas que es la anencefalia, o ausencia total de cráneo y cerebro, hasta pequeñas anomalías apenas apreciables que no conllevan secuelas importantes. Entre los diferentes tipos de defectos del tubo neural se encuentra la espina bífida, que afecta a la columna vertebral del niño y, consecuentemente, a la médula espinal.

Este tipo de malformaciones congénitas se producen desde las primeras etapas del desarrollo del bebé, alrededor de la cuarta semana de vida intrauterina. (33)

2.2.9.4. Miedo a ser rechazada por la sociedad durante el embarazo.

Es normal que exista cierto temor de la mujer a los riesgos que pueda llegar a tener su hijo (a), así como también es normal que una mujer a una edad considerada, siendo ésta ya una persona adulta y con cierta madurez biológica y mental pueda llegar a ejercer libremente el ejercicio de la maternidad responsable, tenga cierto temor al cambio que implica la llegada de un bebé, pero qué sucede cuando en la etapa de la adolescencia se presenta un embarazo inesperado.

El embarazo y la maternidad de adolescentes es un problema social y es una de las experiencias más difíciles que afectan la salud integral de los (as) adolescentes así



como de los padres de familia, la sociedad y el niño que está por nacer ya que no se reduce solamente a una problemática de salud biológica.

En sí la maternidad implica cambios en nuestra identidad como mujeres, el tener un hijo cambia muchos aspectos de nuestra vida, debido a que el ser mamá será nuestra nueva identidad para siempre.

La maternidad se puede vivir de muchas formas, hay algunas mujeres para las cuales la maternidad es algo maravilloso y la viven de forma placentera pero para algunas otras el ser madres se vuelve una carga

El rechazo inicial de la familia, el novio, la escuela y la sociedad es otra situación que va afectar notablemente en la vida de la madre adolescente:

- **FAMILIA:** Los padres ven como una desgracia el embarazo de su hija soltera y no le brindan apoyo.
- **NOVIO-PAREJA:** No le brinda apoyo y protección porque no está preparado al igual que ella para ser padre.
- **COMPAÑEROS (AS):** Ven a la adolescente como una carga para el trabajo escolar.
- **SOCIEDAD:** Señala y estigmatiza a la adolescente por el hecho de ser madre a una edad que no le corresponde.

Una adolescente embarazada probablemente va a recibir reclamos, hostigamiento, castigos y maltrato físico por parte de los padres.

Otra situación importante a partir de la presencia del embarazo puede ser que los padres obligan a los menores a casarse para cubrir la falta. Pero esta situación a futuro acabará en separación o divorcio.

El futuro de la adolescente se verá afectado ya que su proyecto de vida se verá truncado debido a que difícilmente podrá realizar las actividades propias de su edad.



A partir de convertirse en madre o padre tendrá que asumir su papel de ser mamá e iniciar a su papel de adulta. Probablemente tendrá que dejar de estudiar y tener que trabajar para cubrir su responsabilidad.

Por otro lado existirá una confusión de roles, afecto y confianza. Ya que habrá Incapacidad de la adolescente para establecer una relación materno infantil y por otro lado la Incapacidad de los abuelos para distinguir a un hijo de su hija (o) como nieto.
(34)

2.2.9.5. Miedo a los cambios físicos durante el embarazo.

PRIMER TRIMESTRE.

Para la mayoría de los psicólogos el embarazo es un acontecimiento tan importante que provoca en la mujer sentimientos encontrados. Por un lado, es un motivo de gran alegría; por otro, la causa de muchos temores. Los cambios emocionales se manifiestan ya durante el primer mes del trimestre. Aún no hay signos físicos que evidencien el embarazo.

SEGUNDO TRIMESTRE.

Este trimestre es el mejor para muchas madres, se caracteriza por la estabilidad y adaptación y por la desaparición de muchas de las pequeñas molestias asociadas con el inicio del embarazo.

Es posible que ya se te note, pero el ligero aumento de peso no impide llevar una vida normal. El vientre comienza a crecer de forma evidente, los pezones pueden empezar a segregar calostro, el corazón late más deprisa y los distintos órganos van quedándose con menos espacio a causa del crecimiento del útero.

Durante este trimestre desaparecen las náuseas y los mareos. El útero, al aumentar de tamaño se desplaza hacia la cavidad abdominal y empuja el diafragma varios centímetros hacia arriba, pero ya no oprime la vejiga.



- **Aparato Digestivo.**- El útero aumenta de tamaño desplazando los intestinos hacia atrás y a los lados, el estómago se desplaza hacia arriba y, como consecuencia, puede aparecer ardor de estómago al reducirse la secreción gástrica, con lo que la comida permanece más tiempo en el estómago. La movilidad y el vaciamiento intestinal se ralentizan produciéndose flatulencia y estreñimiento.
- **Sistema Óseo.**- La curvatura lumbar se incrementa progresivamente debido al aumento de tamaño y peso del útero, comienzan las molestias de espalda. El secreto para evitar el dolor de espalda es mantenerla recta y no encorvarse.
- **Sistema Cardio-Respiratorio.**- Al crecer el útero, el diafragma (el músculo que separa la cavidad torácica de la abdominal) se eleva y como consecuencia la respiración cambia de abdominal a torácica. El corazón también se desplaza un poco más hacia arriba y a la izquierda. Aumenta la tendencia a la formación de varices en las piernas producidas por la dificultad del retorno venoso de las extremidades inferiores. El corazón late más rápidamente pues el volumen de sangre que bombea aumenta casi en un 40 por ciento. Para que esta sangre fluya sin dificultad por los vasos sanguíneos, se produce un ensanchamiento que provoca que el corazón se agranda unos milímetros.

TERCER TRIMESTRE.

Semana 29^a a término, el peso y tamaño del vientre aumentan considerablemente, se puede presentar contracciones uterinas aisladas, las llamadas de encajamiento, porque la pelvis comienza a ensancharse preparándose para dejar paso del bebé.

- **Hemorroides.**- Estas varices que aparecen en la zona del ano se agravan en las últimas semanas de embarazo debido a la presión que le bebé ejerce sobre la zona. Para evitar su aparición, es necesario evitar también el estreñimiento y realizar ejercicios para fortalecer el periné. Si a pesar de estas medidas



aparecen hemorroides, una buena medida para aliviar la sensación de pesadez y el picor es aplicar hielo o agua fría en ellas.

- **Estreñimiento.**- Los movimientos peristálticos del intestino que permiten que su contenido avance disminuyen en el embarazo. Esto provoca que aumenten las posibilidades de estreñimiento. Además, el útero presiona cada vez más sobre el recto lo que dificulta todavía la tarea de eliminar las heces. Para evitar el estreñimiento hay que beber suficientes líquidos, tomar verduras y frutas a diario y caminar una hora todos los días. No se deben usar laxantes sin consultar con el ginecólogo.
- **La tensión arterial.**- La hipertensión puede ser un problema al final del embarazo. Las principales señales de aviso son: inflamación de manos, muñecas, tobillos, pies y/o del rostro. Si esta inflamación no desaparece después del reposo nocturno, acude al médico.
- **Las Contracciones.**- Durante los nueve meses del embarazo se producen contracciones. Al principio, son imperceptibles, pero en el último trimestre ya se notan con claridad: la tripa se endurece y pueden resultarte molestas en las últimas semanas. Sin embargo, a diferencia de las contracciones de parto, estas contracciones no son dolorosas, ni rítmicas y no duran más de cuarenta o cincuenta segundos.

Esta etapa se caracteriza por la aparición de los temores al parto mezclados con un gran deseo de tener al bebé contigo. La ansiedad puede ser controlada y atenuada con una buena preparación y con el apoyo que te darán los profesionales.

A estos temores se añaden la incertidumbre ante el cuidado del bebé, el temor a que nazca con algún problema o a que se complique la situación en el último momento.

(35)

2.2.10 MIEDOS DURANTE EL PARTO.

2.2.10.1 Miedo al dolor durante el parto y sus posibles consecuencias.

Hay muchas mujeres que sienten algún tipo de miedo, en mayor o menor medida al ver que se acerca el momento del parto. Uno de los mayores temores es no saber a qué nos enfrentamos, el desconocimiento de una experiencia que nunca hemos



vivido. Por eso, los partos posteriores suelen enfrentarse con menos temor, salvo que la primera experiencia haya sido traumática.

Por otra parte, hay miedos ancestrales que llevamos dentro de nuestro ser. El miedo a la muerte, el miedo al dolor, el miedo a perder el control de las situaciones, el miedo a lo desconocido.

El miedo al parto y al dolor del parto lo llevamos inculcado desde dentro en nuestra cultura. Ese ancestral mandato bíblico, puede clavarse en la mujer como una sentencia fatal y generar un auténtico terror a lo que se pueda sufrir en el momento del parto. Es importante conocer todos estos miedos y trabajarlos antes del parto para poder controlarlos. El miedo es en cierto modo algo aprendido, La primera forma de vencer el miedo es que la adolescente pueda conocer a fondo el proceso de parto en toda su dimensión. No sólo desde el punto de vista fisiológico, sino también desde el punto de vista de “saber” realmente qué es lo que allí puede sucederle. Conocer físicamente el lugar donde se va a dar a luz, conocer la manera de proceder del personal que nos va a atender, sus protocolos, etc. va a contribuir muy favorablemente a disminuir el miedo al proceso de parto.

Asimismo, la redacción de un plan de parto en el cual uno sepa de antemano que se van a respetar sus deseos respecto a cómo se quiere que acontezca este suceso, puede ser un elemento crucial para disminuir el umbral del miedo al parto. (36)

El trabajo de parto es uno de los eventos más dolorosos que una mujer puede experimentar en su vida, siendo las adolescentes un grupo de especial vulnerabilidad en cuanto a cómo experimentan ese dolor.

El alivio del dolor fue uno de los principales aspectos que destacaron las adolescentes a la hora de evaluar como positiva o negativa la experiencia del nacimiento, siendo así la analgesia un índice de satisfacción materna durante el trabajo de parto, logrando una visión positiva de la maternidad y favoreciendo el vínculo madre-hijo.

La mujer adolescente presenta diferencias tanto físicas como psicológicas con respecto a la mujer adulta, derivando en diferencias en relación con expectativas, requerimientos y cuidados durante el trabajo de parto.



En reglas generales podemos decir que son primíparas sin preparación, representando entonces el grupo de parturientas que experimentan el dolor de parto de manera más intensa e intolerable.

En un estudio en el cual se evaluó la experiencia del parto en adolescentes, se observó que estas experimentan el dolor del trabajo de parto de manera diferente a las adultas, describiéndolo no solo como una experiencia corporal sino también emocional, yuxtaponiendo el dolor del parto con el dolor de haber sido abandonadas por sus parejas o el dolor por la responsabilidad de la maternidad.

Un dato interesante con respecto a las preferencias de analgesia en adolescentes, es que las primíparas preferían analgesia epidural con menor frecuencia que las adultas, no siendo así para las adolescentes multíparas. Una posible explicación que encontraron los autores es el miedo a los procedimientos invasivos y la preparación prenatal tardía o esporádica encontrada en estas adolescentes.

Con respecto a la duración del trabajo de parto en adolescentes, se observó que este ocurre en un período más breve que en mujeres adultas. Existen estudios que demuestran que tanto el período dilatante como el expulsivo son más breves. Con analgesia epidural, a pesar de que el período expulsivo se prolonga, continúa siendo más breve en adolescentes que en la población obstétrica general.

Otra característica es que presentan un mayor porcentaje de parto vaginal y menor porcentaje de cesáreas que las mujeres adultas. (37)

2.2.10.2 Miedo a dar de lactar debido al dolor que presenta.

La madre se siente débil.- Luego del parto la madre se siente mal de salud y considera que no está apta para dar lactar porque esta actividad la debilitaría aún más. Lo real es que si no se siente bien debe ser vista por el médico, para descartar cualquier complicación post parto, o si ha contraído otra enfermedad .que le impida dar de lactar, caso contrario, solo necesitaría reforzar su alimentación con la ayuda de un Nutricionista.

Dolores de espalda.- La madre lactante suele asociar el dolor de espalda con alguna enfermedad pulmonar (TBC), siendo este el motivo del abandono de la lactancia materna. Es importante señalar que el dolor de espalda de la mujer lactante, es debido



a la mala postura en el momento de la lactación, mas no tiene relación con enfermedades pulmonares.

La madre que es operada de cesárea, cree que no puede cargar al bebé para darle de lactar por temor a que se le habrá la herida por rompimiento de los puntos.- Otro mito que existe es el miedo al dolor y al rompimiento de puntos y la creencia de la tardía cicatrización de la herida por cargar al bebé durante la lactancia. Ante esto temor optan por la lactancia artificial, que es realizada generalmente por otro miembro de la familia. No existe ningún impedimento para dar de lactar al bebé, en este punto también es importante la postura para realizar esta actividad y el apoyo familiar.

La madre cree que su leche no es suficiente alimento para su bebé. Este mito se da durante el primer mes de la lactancia, debido a que el bebé no tiene horario para lactar, llorando constantemente por más alimento. La madre no es consciente de las necesidades del bebé, propias de su momento de adaptación. El bebé requiere estar succionando a libre demanda, tanto de día como de noche. Lamentablemente al final las madres optan por alternar la leche materna con la lactancia artificial porque consideran que no tienen suficiente producción de leche. Esto no es lo adecuado porque la leche materna es el mejor alimento del bebé.

Es natural que el bebé pida constantemente más alimento porque al succionar estará asegurando la producción de más leche materna. A mayor succión mayor cantidad de leche. La composición de la leche materna varía a medida que va creciendo el lactante.

La madre cree que si lava ropa pasará el frío al bebé, a través de su leche y lo enfermara.- Este mito hace que la madre suspenda la lactada después de haber lavado ropa y la reemplace por lactancia artificial, perjudicando la salud del bebe, por lo tanto la madre debe de saber que su leche sale con la temperatura adecuada para él bebe.

La falta de apoyo de la pareja.- La madre se ve abrumada por el exceso de trabajo, porque además de atender al bebe y amamantarlo tiene que cumplir con otras obligaciones: atender al resto de la familia y administrar el hogar, por lo tanto si no



recibe apoyo de su pareja, ella dejará de amamantar a su bebe, privándolo del mejor alimento.

La falta de apoyo de la familia: padres, hermanos, suegros etc...- Si la madre no es apoyada por los familiares, también dejará de amamantar a su bebe, por lo tanto necesita que ellos colaboren en las tareas del hogar y otros menesteres, también necesita que la alienten y la feliciten. • La madre cree que su leche solo es buena los primeros meses y que después ya no alimenta. La madre recibe información errada y solo amamanta a su bebe los primeros meses, abandonando la lactancia materna, lo cual va a perjudicar enormemente al bebe. Es necesario rectificar este error y decirle a la madre que la leche se va modificando de acuerdo al crecimiento y necesidades del bebe y que la Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna hasta los dos años de edad.

La madre trabajadora cree que no puede amamantar a su bebe.- La madre trabajadora se ve en una encrucijada, al tener que cumplir con las obligaciones laborales y las obligaciones maternas, y siente que no va a poder amamantar a su bebe y opta por la lactancia artificial. La madre con mucha anticipación debe buscar consejería y debe saber que hay leyes que la protegen para que pueda amamantar a su bebe, el descanso pre y post natal, al que puede agregar sus vacaciones, luego cuando se reincorpora al trabajo, tiene el permiso de una hora diaria, hasta que su hijo cumpla el año de edad, también el Ministerio de la Mujer y Desarrollo desde el mes de agosto del 2006 dispuso la implementación de Lactarios en instituciones del sector publico donde laboren veinte o más mujeres en edad fértil, este espacio sirve para que la madre trabajadora pueda extraerse la leche, con la comodidad y privacidad necesaria y pueda almacenarla para darle al bebe cuando ella no esté.

La madre cree que si da de lactar perderá la figura.- Muchas madres no amamantan a sus hijos por temor a perder la figura, creen que las mamas quedarán deformadas, esto es totalmente falso, las mamas regresan a su normalidad una vez terminado el periodo de lactancia, tampoco quedarán gorditas, porque el amamantar hace perder kilos de más. (38)



2.2.10.3 Miedo al cambio de vida por el nacimiento del bebe.

Uno de los miedos más comunes es el que tenemos ante lo desconocido; y para las madres y padres primerizos, no hay nada más desconocido –y atemorizante- que la llegada de un bebé. Sentir miedo es algo innato a la persona, una herramienta que cumple un papel adaptativo, ya que gracias al mismo nos activamos ante una señal de peligro para poder huir de ella o, en caso de tener que enfrentarla, contar con mayores recursos, psíquicos y físicos, para hacerlo adecuadamente. Esto sería una buena gestión del miedo. En el caso que nos compete, saber lo que conlleva el embarazo y la llegada de un bebé y prepararse de antemano sería una forma positiva y adaptativa de gestionar ese miedo.

La información al respecto y abordaje de temores e inseguridades, además de solventar cuestiones objetivas, genera seguridad, confianza, protección, comprensión..., en los futuros padres. A pesar de no ser hasta el momento de tener el bebé en brazos cuando nos familiarizamos con la experiencia, el hecho de prepararnos previamente y poder expresar lo que sentimos hacia lo que nos espera, genera una calma y una mayor estabilidad emocional que permite afrontar la experiencia con mayor satisfacción y soltura lo que, a su vez, beneficiará los cuidados y la atención hacia el bebé y hacia la pareja. La desinformación, falta de información o falta de un espacio para la comunicación y manifestación de emociones se traduce, a menudo, en sentimiento de abandono, incompreensión, confusión el momento de la espera de un hijo (39)

2.2.10.4 Miedo al tener al bebé.

Son conscientes de su edad y de sus incapacidades y no quieren tenerlo. Ese rechazo se acompaña de sentimientos de culpabilidad, pérdida de autoestima, tristeza y depresión.

2.2.10.5 Conflictos e incomunicación con la familia.

A menudo, sobre todo en el caso de niñas que desean salir del entorno familiar o que desean tener un hijo para tener a alguien a quien querer, el mayor problema que surge



es el de comunicar el embarazo a los padres. Una vez comunicado, muchas adolescentes tienen que enfrentarse a menudo a las reacciones negativas y la falta de apoyo de los padres y a la incompreensión del entorno.

2.2.10.6 Miedo e inseguridad ante la nueva situación.

De pronto, la adolescente siente que se salta una etapa de la vida sin vivirla y que se adentra en el mundo de los adultos. Siente miedo e indefensión, y también frustración porque por un lado sabe que no hay vuelta atrás y por otra piensa que no va a ser capaz de cuidar del bebé.

2.2.10.7 Miedo al rechazo social.

La adolescente embarazada se siente juzgada y criticada, y a menudo desarrolla sentimientos de retraimiento y busca el aislamiento social.

2.2.10.8 Mis náuseas y mareos matutinos no me dejan comer y tengo miedo de que mi bebé no esté bien alimentado.

Se beneficia del cuerpo de la madre absorbiendo todos los nutrientes necesarios de los alimentos que le llegan (incluso si llevas días alimentándote sólo de galletas saladas y zumo). En principio tener náuseas y vómitos no debe ser motivo de preocupación al no ser que llegues al extremo de ser incapaz de comer nada. Si crees que puedes padecer una deshidratación consúltalo con tu médico. Él podrá indicarte algún tratamiento antiemético inocuo para el bebé. Acostúmbrate a comer frecuentemente en pequeñas cantidades en lugar de realizar 2 o 3 comidas copiosas. Las náuseas suelen aparecer cuando el estómago está vacío, pero comer mucho tampoco ayuda, ya que sentirás más deseos de vomitar.

2.2.10.9 He comido alimentos prohibidos y he bebido alcohol ¿Perjudicará a la salud del bebé?

Actualmente las mujeres se ven sometidas a una gran presión sobre lo que deben y no deben hacer mientras están embarazadas. Evidentemente es aconsejable vigilar tu alimentación durante los nueve meses, pero obsesionarte con la idea hará que te



vuelvas loca. Será tu médico el que te diga qué es lo que debes evitar y quien te recomiende ciertos alimentos o suplementos, pero ten en cuenta que es imposible seguir al pie de la letra los dictados de la perfecta nutrición. La posibilidad de que tu hijo contraiga una de las enfermedades asociadas a la alimentación es muy pequeña; si bien la probabilidad existe, por lo que es deber de los médicos informarte y procurar ser muy cautos. Siguiendo una alimentación equilibrada y escuchando los consejos de tu ginecólogo no tendrás de qué preocuparte.

2.2.11. RIESGOS EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES.

Según la revista Chilena de Obstetricia Y Ginecología el embarazo en la adolescencia es inevitable verlo con un matiz catastrófico, sobre todo en nuestros países en vías de desarrollo, donde el medio proporciona factores como bajo nivel cultural, hacinamiento, falta de programas gubernamentales de apoyo específico a la madre adolescente, etc., que actuaran potenciando los efectos adversos que el embarazo traerá a la adolescente (parto prematuro, preeclampsia, desprendimiento placentario, anemia, mayor número de abortos y cesáreas), así como a las condiciones propias del adolescente (inestabilidad emocional, dependencia económica, inexperiencia, uso de alcohol y otras drogas).

De las repercusiones en el recién nacido, todos los reportes internacionales coinciden en que los problemas comienzan en el útero: desnutrición, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, que junto a la prematuridad, serán las condiciones determinantes en la mayor morbilidad y mortalidad de éstos en relación a la población general.

Durante el periodo ingresaron al estudio 1.307 neonatos, 19 (1,5%) hijos de madres con adolescencia temprana, 111 (8,5%) hijos de madres con adolescencia media, 249 (19,1%) hijos de madres con adolescencia tardía y 928 (71%) hijos de mujeres adultas de 20 a 34 años.

Se halló más madres solteras en la adolescencia temprana (n: 11; 57,9%), que en la adolescencia media (n: 32; 28,8%) y tardía (n: 54; 21,7%), al compararlas con las madres de 20-34 años (n: 114; 12,3%), diferencia que fue estadísticamente



significativa ($p < 0,001$). La escolaridad fue significativamente menor entre adolescentes que entre mujeres de 20-34 años ($p < 0,05$), mientras todas las adolescentes tuvieron menos seguridad social ($p < 0,001$). No se halló diferencia estadísticamente significativa para número de visitas al control prenatal, ni para la vía de nacimiento del neonato.

Hallamos que las adolescentes tempranas tuvieron una mayor proporción de preeclampsia (26,3%) y de trabajo de parto prematuro (10,5%), que los demás grupos. No se halló diferencia entre adolescentes y mujeres adultas respecto ruptura prematura de membranas, corioamnionitis e infección de vías urinarias. (40)

2.2.12. EFECTOS SOCIALES.

El embarazo en la adolescencia constituye un problema para la familia y la sociedad, se han señalado a nivel social efectos negativos que pueden afectar gravemente el futuro de la joven: ser madre soltera, ceder al hijo en adopción, tener un hijo indeseado y a veces maltratado, abandonar la escuela, aceptar un matrimonio forzado o tener un aborto provocado.

Tienen mayor riesgo de: ganar poco peso, hipertensión inducida por el embarazo, anemia, desproporción céfalo - pélvica, sufrir violencia y abuso sexual; recurrir a métodos peligrosos para abortar, retraso en la atención de complicaciones derivadas del aborto por miedo a la censura aumentando el riesgo de enfermedad y muerte, bajo peso al nacer, mayor número de hijos al final de su vida reproductiva y menor oportunidad de conseguir un trabajo remunerado.

Otros factores que favorecen o se asocian al embarazo precoz son: abandono escolar, dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, poca confianza, falta de actitud preventiva, menarquia precoz, conducta antisocial, abuso de sustancias, sentimiento de desesperanza, bajo nivel educativo, familia disfuncional, madre con embarazo en adolescencia.

Entre el año 2000 y 2005 se registraron en el mundo 133 millones de embarazos, de los cuales 14 millones (10.5%) corresponden a madres entre 15 y 19 años, el mayor porcentaje se registra en América Latina y Caribe (16.3%), África (15.8%), y Norte América (12.2%). Colombia ocupa el tercer lugar de embarazo de adolescentes en



América Latina, seguido de Venezuela y Brasil con proporciones de 20.5%, 18% y 16.9% respectivamente.

Las tasas de fecundidad de las adolescentes han descendido en la mayoría de los países en vías de desarrollo durante los últimos 20 años, pero en Colombia no, según la ENDS de 2005, el 20.5% de las jóvenes colombianas entre los 15 y 19 años de edad ya eran madres o estaban embarazadas. Si se incluyen aquellas que han tenido alguna pérdida, ya sea nacido muerto o aborto espontáneo o inducido, la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas aumenta al 22%.⁸ Un 44.5% de las mujeres menores de 19 años que quedan en embarazo se han sometido a un aborto y también lo han hecho el 14.5% de las mujeres entre los 15-17 años. (41)

CAPÍTULO III.

OBJETIVOS.

3.1. OBJETIVO GENERAL.

Identificar los miedos relacionados con el proceso de embarazo y parto en adolescentes entre 12 y 19 años del Subcentro de Salud Ricaurte

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Definir las características socioculturales de la población: edad, estado civil, nivel de instrucción, procedencia, residencia y núcleo familiar.
- Determinar los miedos que presentan las adolescentes durante el embarazo y el parto.



CAPÍTULO IV.

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

Dada la magnitud de la investigación y las necesidades de contar con información más concreta se realizó un estudio descriptivo, mediante la aplicación de una encuesta a las madres adolescentes que acuden al Subcentro de salud de Ricaurte, y en base a los resultados determinar los miedos más frecuentes en las adolescentes embarazadas.

4.2. ÁREA DE ESTUDIO.

La investigación se ejecutó en la Parroquia Ricaurte de la Ciudad de Cuenca a las adolescentes que asistieron a su control prenatal en el Subcentro de Salud.

4.3. UNIVERSO Y MUESTRA.

Estuvieron constituidas por 122 adolescentes embarazadas en los últimos tres meses entre 12 y 19 años de edad, que se realizaron sus controles en el Subcentro de Salud Ricaurte.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Inclusión:

- Adolescentes embarazadas entre los 12 y 19 años que realicen su control prenatal en el Subcentro de Salud, que acepten formar parte de la investigación, que firmen el consentimiento informado tanto ellas como sus padres.

Exclusión:

- Adolescentes embarazadas que tengan enfermedades mentales.
- Adolescentes que no deseen participar en el estudio.

4.5. VARIABLES.

4.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un ser vivo.	Número de años.	Años.	12-14 15-17 18-19
Actividad	Actividad que realiza	Social y laboral	Respuestas del entrevistado	Estudia Trabaja Otras
Estado civil	Situación de las personas determinada por sus relaciones de familia.	Social	Estado Civil	Casada Soltera Unión libre Divorciada
Instrucción	Brindar un marco de aprendizaje y de educación, o bien, con un propósito meramente funcional u operativo.	SOCIAL- EDUCATIVA	NIVEL DE INSTRUCCION	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria Superior
Procedencia	Lugar de origen o nacimiento	De donde proviene	Lugar geográfico	Azuay Otros



Residencia	Lugar en donde vive actualmente	En donde reside	Lugar geográfico	Cuenca Otros
Núcleo familiar	Es el grupo de familia u otros convivientes formada por miembros de un único núcleo	FAMILIAR	CON QUIEN VIVE	Padres Pareja Sola
Ha recibido apoyo	Reciprocidad y contar con una persona que sea su soporte.	Población con la que cuenta para enfrentar el proceso de embarazo y parto	Respuestas del entrevistado.	Familia Pareja Amigos Nadie
Miedos	Emociones y sensaciones habitualmente desagradables, provocada por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado	Sociales, físicos, psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo miedo a sufrir de alguna enfermedad durante mi embarazo. • Miedo a sufrir un aborto • Miedo a que mi bebé tenga alguna enfermedad o malformación. • Miedo a dar de lactar debido al dolor que esto presenta. 	SI NO SI NO SI NO SI NO

NELLY NOEMI CHUQUI SIGUA.

LUISA JOHANA LAFEBRE MEDINA.

JENNY ALEXANDRA SONGOR VALLADAREZ.



			<ul style="list-style-type: none">• Miedo al dolor durante el parto.• Miedo a los cambios de vida por el nacimiento del bebé.• Miedo a ser rechazada por la sociedad durante el embarazo.• Miedo a los cambios físicos de su cuerpo por el embarazo.	SI NO SI NO SI NO SI NO
--	--	--	---	----------------------------------

**4.5.2. MATRIZ METODOLÓGICA.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	UNIDAD DE ANÁLISIS	MUESTRA	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Definir las características socioculturales de la población: edad, estado civil, nivel de instrucción, procedencia, residencia y núcleo familiar.	Adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad, que han sido atendidas en el Subcentro de Salud de Ricaurte.	Adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad. Edad. Estado civil. Nivel de instrucción. Procedencia. Residencia Núcleo familiar.	Adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad, que han sido atendidas en el Subcentro de Salud de Ricaurte.	Encuesta	Encuesta realizado por las autoras
Identificar los miedos que presentan las adolescentes embarazadas desde el momento de la	Adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad, que han sido atendidas en el Subcentro de Salud de Ricaurte.	Adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad Miedos desde el momento de la	Adolescentes embarazadas entre 12 y 19 años de edad, que han sido atendidas en el	Encuesta	Encuesta realizado por las autoras

NELLY NOEMI CHUQUI SIGUA.

LUISA JOHANA LAFEBRE MEDINA.

JENNY ALEXANDRA SONGOR VALLADAREZ.



concepción hasta el alumbramiento		concepción hasta el alumbramiento.	Subcentro de Salud de Ricaurte.		
-----------------------------------	--	------------------------------------	---------------------------------	--	--

NELLY NOEMI CHUQUI SIGUA.

LUISA JOHANA LAFEBRE MEDINA.

JENNY ALEXANDRA SONGOR VALLADAREZ.

4.6. PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Elaboración previa del consentimiento informado por parte de las autoras. **(Anexo I)**.

Para la planificación y ejecución del tema de investigación se solicitó la autorización **(Anexo II)**, previa al Subcentro de Salud Ricaurte.

Se realizó la encuesta de manera directa e individual para lo cual se utilizó un banco de preguntas realizado por las autoras **(Anexo III)**, La aplicación de la encuesta tuvo una duración de 25 minutos se realizó durante 4 horas al día entre el mes de Agosto, Septiembre y Octubre.

4.7. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Para la tabulación de datos utilizaremos el paquete estadístico SPSS 15 y Microsoft Excel 2010. Para la presentación de los datos se utilizaron tablas simples, y para su análisis se estableció la asociación entre las los miedos más frecuentes de las embarazadas con edad instrucción y estado civil, luego el análisis descriptivo correspondiente.

4.8. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS.

En el proyecto de investigación se enfatizó en: a). Se solicitó la aprobación de la comisión de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. b) Se obtuvo los permisos correspondientes de los directivos del Subcentro de Salud informando que en la investigación se aplicó encuestas anónimas para mantener la privacidad de las participantes. Todas las personas tendrán las mismas posibilidades de participar, negarse o abandonar el estudio si así lo desean. c) Consentimiento Informado, d) La encuesta se realizó en el Subcentro de Salud Ricaurte. e) La información obtenida será de uso específicamente con fines científicos que vayan acorde a los objetivos de la presente investigación.

**4.9. RECURSOS.****4.9.1. RECURSOS HUMANOS.**

Se formó por las autoras del Proyecto de investigación, directores del proyecto, personal del Subcentro de Salud y las adolescentes embarazadas.

4.9.2. RECURSOS MATERIALES.

RUBRO		VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Esferos		0,3	1,5
Resmas de papel	A4	5	15
Bibliografías		10	70
Impresiones		0,1	75
Anillados		5	10
Foto copias		0,01	25
Memoria Flash		15	30
Meses Internet		25	150
Transporte		0,25	160
Alimentación		2,5	240
Imprevistos		100	100
TOTAL:			876,5



CAPÍTULO V.

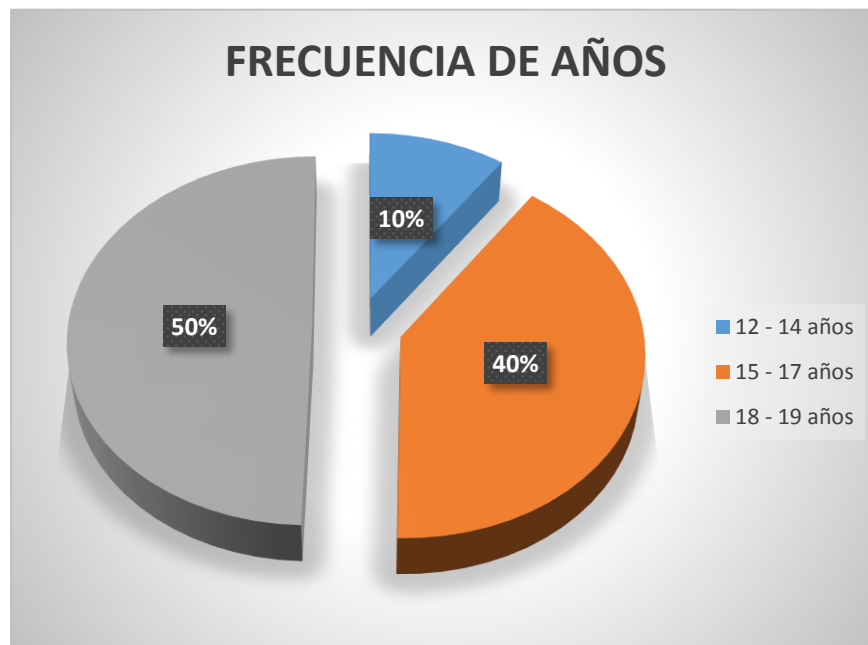
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

RESULTADOS:

En este capítulo se analiza los datos de las encuestas realizadas en el Subcentro de salud de Ricaurte a las adolescentes embarazadas entre los 12 y 19 años que se acercan a ser atendidas.

GRÁFICO N° 1.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EDAD.



Fuente: Encuesta

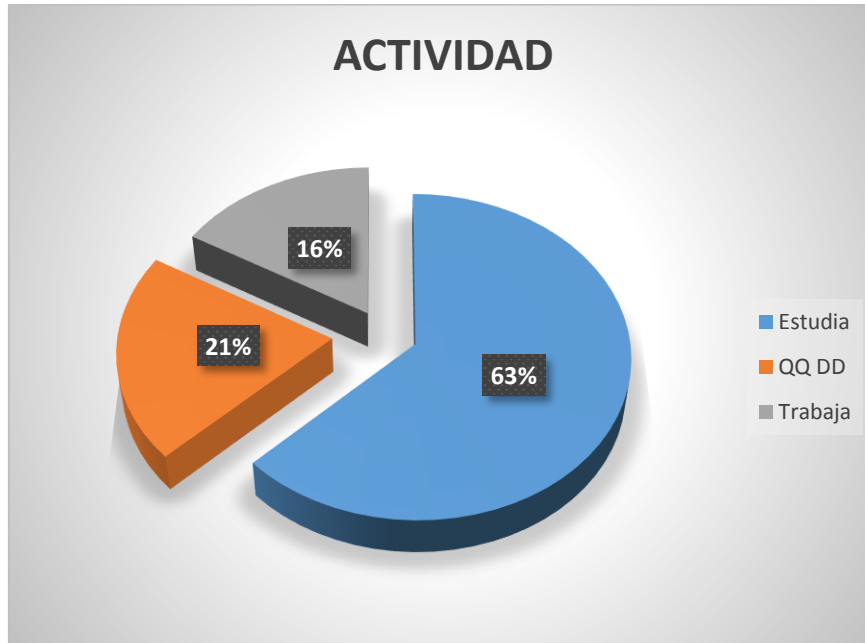
Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en el gráfico que de las 122 adolescentes embarazadas encuestadas que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte el 50% representa a las adolescentes de 18 -19 años, el 40% a las adolescentes de 15 – 17 años y el 10% a las adolescentes de 12 – 14 años.



GRÁFICO N° 2.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN LA ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA.



Fuente: Encuesta.

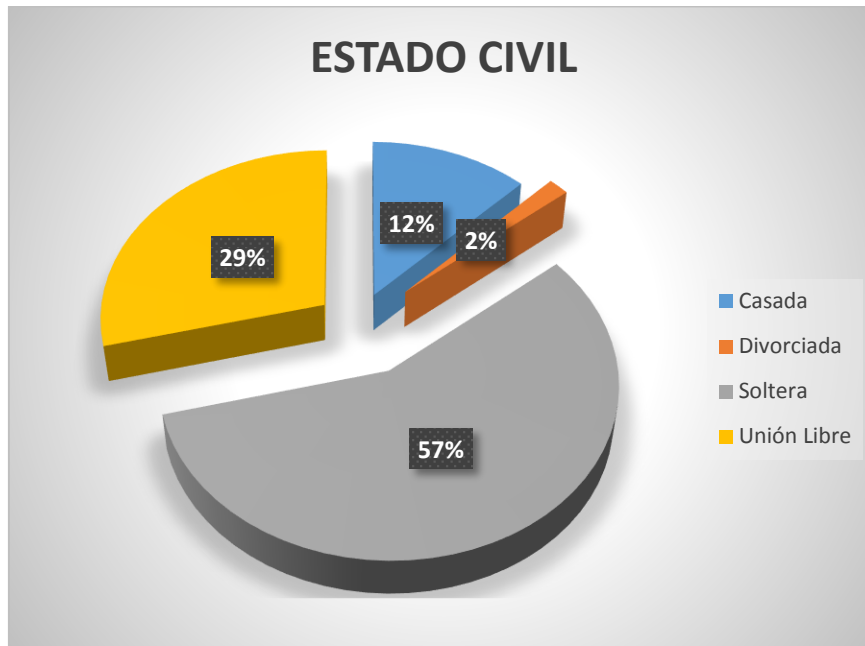
Elaboración: Las autoras

Análisis: En este gráfico de las 122 adolescentes embarazadas encuestadas que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte el 63% estudia, el 21% realiza Q.Q.D.D. y el 16% trabaja.



GRÁFICO N° 3.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EL ESTADO CIVIL.



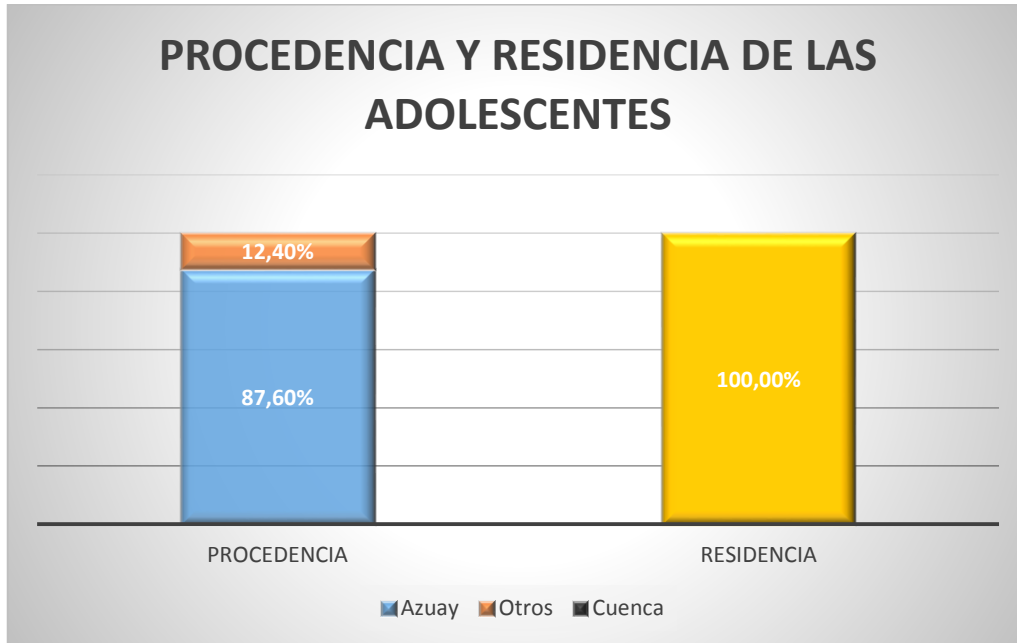
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Las autoras

Análisis: Las 122 adolescentes embarazadas encuestadas que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte según su estado civil el 57% son solteras, el 29% se encuentran en unión libre, el 12% casadas y el 2% divorciadas.



GRÁFICO N° 4.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN SU PROCEDENCIA Y RESIDENCIA.



Fuente: Encuesta.

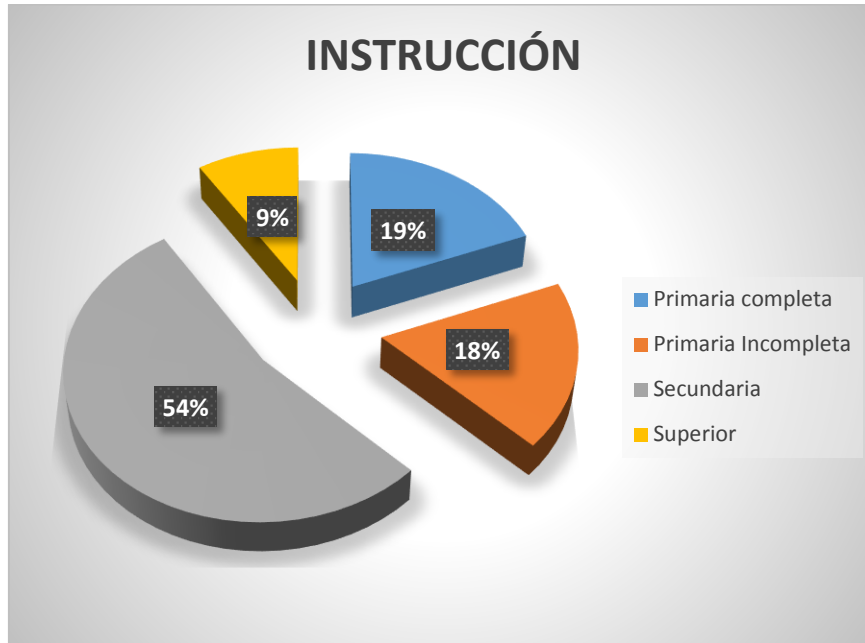
Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa que de las 122 adolescentes embarazadas encuestadas que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte el 87,60% proceden del Azuay y el 12,40% procede de otras provincias. En cuanto a la residencia el 100% reside en Cuenca.



GRÁFICO N° 5.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN.



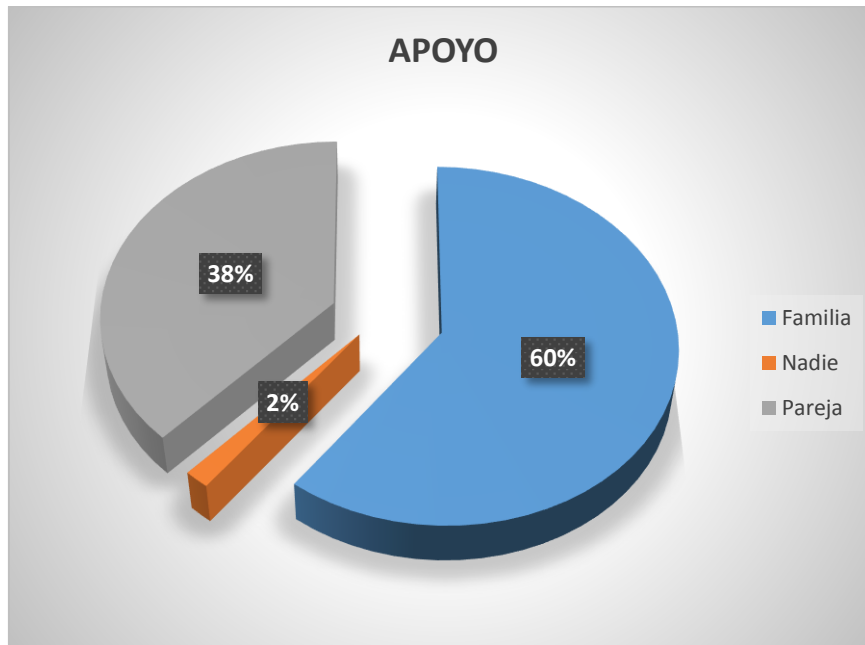
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Las autoras

Análisis: Podemos observar que el 54% su nivel de instrucción es secundaria, 19% tiene primaria completa, 18% tiene primaria incompleta y el 9% cuenta con instrucción superior.



GRÁFICO N° 6.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN EL APOYO ECONÓMICO QUE RECIBEN.



Fuente: Encuesta.
Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en el gráfico que de las 122 adolescentes embarazadas encuestadas que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte, el 60% cuenta con el apoyo económico de su familia (padres), el 38% tiene el apoyo de su pareja y el 2% indico no tener apoyo económico.



GRÁFICO N° 7.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN CON LAS PERSONAS QUE VIVEN.



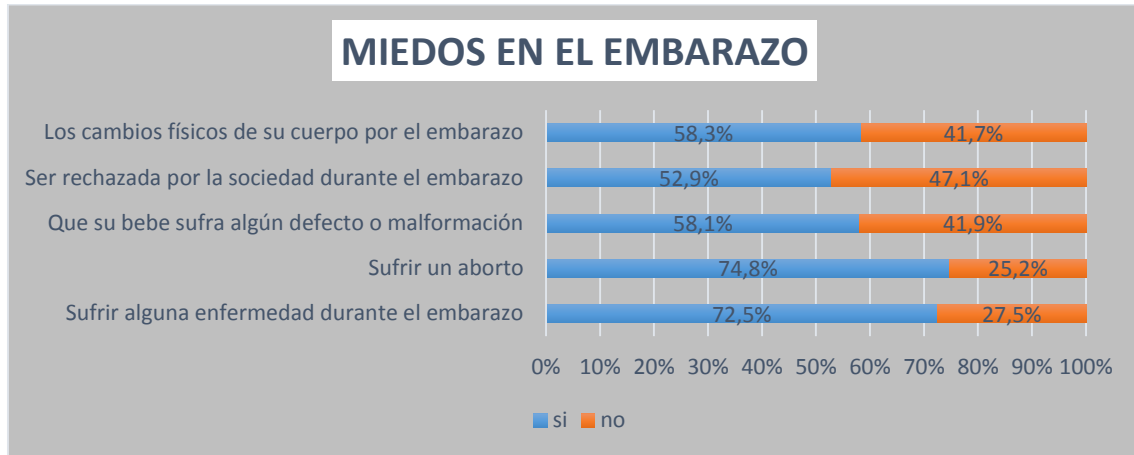
Fuente: Encuesta.
Elaboración: Las autoras

Análisis: Mediante el análisis de las 122 adolescentes embarazadas encuestadas que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte, el 54% vive con sus padres, el 44% indico vivir con su pareja y el 2% manifestó vivir sola.



GRÁFICO N° 8.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN LOS MIEDOS QUE PRESENTA DURANTE EL EMBARAZO.



Fuente: Encuesta.

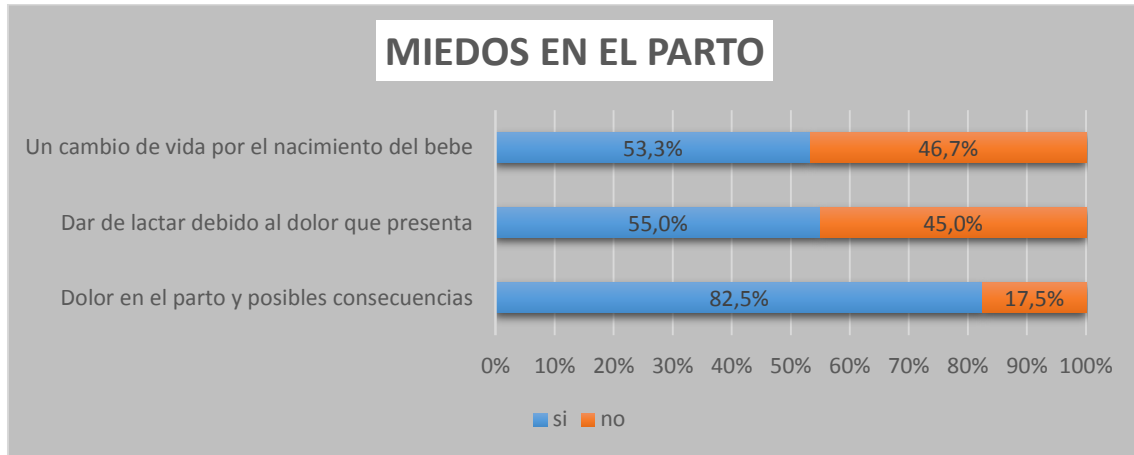
Elaboración: Las autoras

Análisis: En este gráfico muestra que de las 122 adolescentes embarazadas encuestadas que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte presentan miedos en el embarazo, el 74,8% manifestó tener miedo a sufrir un aborto, el 72,5% tiene miedo a sufrir alguna enfermedad durante el embarazo, el 58,3% indico tener miedo a los cambios físicos de su cuerpo por el embarazo, el 58,1% dijo tener miedo a que él bebe sufra algún defecto o malformación, y el 52,9% tiene miedo a ser rechazada por la sociedad durante el embarazo.



GRÁFICO N° 9.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS SEGÚN LOS MIEDOS EN EL PARTO.



Fuente: Encuesta.

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa en el gráfico que de las 122 adolescentes embarazadas presentan miedos en el parto, el 82,5% indicó tener miedo al dolor en el parto y sus posibles consecuencias, el 55,09% dijo tener miedo a dar de lactar debido al dolor que presenta y el 53,3% manifestó tener miedo a un cambio de vida por el nacimiento del bebé.

**MIEDOS EN EL EMBARAZO.****TABLA N° 1.****DISTRIBUCIÓN DE LOS MIEDOS QUE EXPRESAN LAS EMBARAZADAS EN RELACIÓN A LA EDAD.**

VARIABLES	12-14	15-17	18-19	TOTAL
Enfermedad	2,39%	9,28%	11,41%	23,08%
Aborto	3,18%	8,75%	11,67%	23,61%
Defecto o mal formación	1,33%	6,63%	10,08%	18,04%
Rechazo	1,33%	6,90%	8,49%	16,71%
Cambios físicos	1,33%	7,69%	9,55%	18,57%
TOTAL	9,55%	39,26%	51,19%	100,00%

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Las autoras

Análisis: En esta tabla nos da a conocer que de las 122 adolescentes embarazadas con respecto a la edad, que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte, el 51,19% de adolescentes entre 18-19 años tienen mayores miedos en el embarazo y el 9,55% de adolescentes entre 12-14 años presentan menores miedos durante el embarazo.



TABLA N° 2.

**DISTRIBUCIÓN DE LOS MIEDOS QUE EXPRESAN LAS EMBARAZADAS EN
RELACIÓN AL NIVEL DE INSTRUCCIÓN.**

VARIABLES	Primaria completa	Primaria Incompleta	Secundaria	Superior	TOTAL
Enfermedad	4,77%	4,24%	12,47%	1,59%	23,08%
Aborto	4,77%	4,77%	11,67%	2,39%	23,61%
Defecto o mal formación	3,98%	2,92%	9,81%	1,33%	18,04%
Rechazo	2,65%	2,65%	9,55%	1,86%	16,71%
Cambios físicos	3,18%	3,71%	9,81%	1,86%	18,57%
TOTAL	19,36%	18,30%	53,32%	9,02%	100,00%

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Las autoras

Análisis: En nuestra investigación el 53,32% de adolescentes embarazadas con respecto al nivel de instrucción secundaria que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte manifiestan tener más miedos en el embarazo, y el 9,02% de adolescentes con nivel de instrucción de superior presentan menores miedos durante el embarazo.



TABLA N° 3.

DISTRIBUCIÓN DE LOS MIEDOS QUE EXPRESAN LAS EMBARAZADAS EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL.

VARIABLES	Casada	Divorciada	Soltera	Unión Libre	TOTAL
Enfermedad	2,39%	0,27%	14,32%	6,10%	23,08%
Aborto	2,39%	0,27%	15,12%	5,84%	23,61%
Defecto o mal formación	3,45%	0,27%	9,02%	5,31%	18,04%
Rechazo	1,59%	0,00%	9,81%	5,31%	16,71%
Cambios físicos	2,12%	0,00%	10,34%	6,10%	18,57%
TOTAL	11,94%	0,80%	58,62%	28,65%	100,00%

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa que de las 122 adolescentes embarazadas en relación al estado civil que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte manifiestan que el 58,62% de adolescentes son solteras presentando mayores miedos, mientras que el 0,80% de adolescentes divorciadas presentan menores miedos durante el embarazo.



TABLA N° 4.

DISTRIBUCIÓN DE LOS MIEDOS QUE EXPRESAN LAS EMBARAZADAS EN RELACIÓN CON EL APOYO RECIBIDO.

VARIABLES	Nadie	Familia	Pareja	TOTAL
Enfermedad	15,12%	0,53%	7,43%	23,08%
Aborto	15,92%	0,00%	7,69%	23,61%
Defecto o mal formación	9,55%	0,53%	7,96%	18,04%
Rechazo	10,61%	0,53%	5,57%	16,71%
Cambio físico	10,61%	0,53%	7,43%	18,57%
TOTAL	61,80%	2,12%	36,07%	100,00%

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Las autoras

Análisis: De las 122 adolescentes embarazadas en relación con el apoyo recibido que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte, el 61,80% de adolescentes que no tienen apoyo de nadie tienen mayores miedos, mientras que el 2,12% de adolescentes que reciben el apoyo de sus familias presentan menores miedos en el embarazo.



MIEDOS EN EL PARTO.

TABLA N° 5.

**DISTRIBUCIÓN DE LOS MIEDOS QUE EXPRESAN LAS EMBARAZADAS
FRENTE AL MOMENTO DEL PARTO EN RELACIÓN A LA EDAD.**

VARIABLES	12-14	15-17	18-19	TOTAL
Dolor en el parto	4,37%	18,34%	20,52%	43,23%
Dar de lactar	2,62%	12,66%	13,54%	28,82%
Cambio de vida	3,93%	11,79%	12,23%	27,95%
TOTAL	10,92%	42,79%	46,29%	100,00%

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Las autoras

Análisis: Nos indica que de las 122 adolescentes embarazadas frente al momento del parto en relación a la edad que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte, muestran que el 46,29% de adolescentes de 18-19 años presentan mayores miedos al momento del parto, y 10,92% de adolescentes entre 12-14 años presentan menores miedos al momento del parto.



TABLA N° 6.

**DISTRIBUCIÓN DE LOS MIEDOS QUE EXPRESAN LAS EMBARAZADAS
FRENTE AL MOMENTO DEL PARTO EN RELACIÓN AL NIVEL DE
INSTRUCCIÓN.**

VARIABLES	Primaria completa	Primaria Incompleta	Secundaria	Superior	TOTAL
Dolor en el parto	7,86%	8,73%	22,27%	4,37%	43,23%
Dar de lactar	6,11%	6,55%	15,28%	0,87%	28,82%
Cambio de vida	3,06%	6,99%	13,97%	3,93%	27,95%
TOTAL	17,03%	22,27%	51,53%	9,17%	100,00%

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Las autoras

Análisis: En esta tabla se observa que de las 122 adolescentes embarazadas frente al momento del parto en relación al nivel de instrucción que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte manifiestan, que el 51,53% de adolescentes con nivel de instrucción secundaria presentan mayores miedos mientras que el 9,17% de adolescentes con nivel superior presentan menores miedos.



TABLA N° 7.

DISTRIBUCIÓN DE LOS MIEDOS QUE EXPRESAN LAS EMBARAZADAS FRENTE AL MOMENTO DEL PARTO EN RELACIÓN AL ESTADO CIVIL.

VARIABLES	Casada	Divorciada	Soltera	Unión Libre	TOTAL
Dolor en el parto	5,24%	0,87%	24,89%	12,23%	43,23%
Dar de lactar	3,06%	0,44%	18,34%	6,99%	28,82%
Cambio de vida	3,06%	0,00%	19,65%	5,24%	27,95%
TOTAL	11,35%	1,31%	62,88%	24,45%	100,00%

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Las autoras

Análisis: Se observa que de las 122 adolescentes embarazadas frente al momento del parto en relación al estado civil que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte manifiestan que el 62,88% de adolescentes solteras presentan mayores miedos mientras que el 1,31% de adolescentes divorciadas presentan menores miedos al momento del parto.



TABLA N° 8.

**DISTRIBUCIÓN DE LOS MIEDOS QUE EXPRESAN LAS EMBARAZADAS
FRENTE AL PARTO EN RELACIÓN AL TIPO DE APOYO.**

VARIABLES	Nadie	Familia	Pareja	TOTAL
Dolor en el parto	25,76%	0,87%	16,59%	43,23%
Dar de lactar	18,34%	0,44%	10,04%	28,82%
Cambio de vida	20,09%	0,00%	7,86%	27,95%
TOTAL	64,19%	1,31%	34,50%	100,00%

Fuente: Encuesta.

Elaboración: Las autoras

Análisis: En nuestra investigación de las 122 adolescentes embarazadas frente al momento del parto en relación al tipo de apoyo que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte revelan que el 64,19% de adolescentes que no reciben el apoyo de nadie presentan mayores miedos mientras que el 1,31% de adolescentes que reciben el apoyo de sus familias presentan menores miedos al momento del parto.



CAPÍTULO VI.

6. DISCUSIÓN.

Los embarazos en adolescentes sigue siendo de gran prevalencia en el Ecuador, en nuestro estudio se obtuvo que el Subcentro de Salud de Ricaurte acuden 122 embarazadas adolescentes, las edades más frecuentes de las adolescentes embarazadas están entre 18 y 19 años con un 50%, siguiendo el grupo de 15 y 17 años con el 40% siendo estos dos grupos que cubren la mayoría de mujeres embarazadas y entre 12 y 14 años el 10% siendo el menor porcentaje de adolescentes embarazadas. En nuestro marco teórico; entre las causas del embarazo de la adolescencia que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social así como diversos estudios al respecto se conoce que el embarazo, se da por el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que generalmente se asigna a la mujer, la práctica de relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos, la falta de información y conocimientos suficientes sobre estos, el no tener un fácil acceso a su adquisición, la presión de los compañeros que alientan a los jóvenes a relaciones sexuales, el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada. Las adolescentes de 14 a 16 años pueden adoptar una actitud de omnipotencia y manifestar que no le temen a nada, generalmente en este grupo de edad las chicas están más preocupadas por los cambios que están sufriendo su cuerpo y por el interés que despiertan a su alrededor con su embarazo, que por lo que les puede pasar. Es común que exhiban sus vientres y es clásico que manifiesten ¡a mí no me va a pasar!, condiciones todas que dificultan su preparación para la maternidad, tomando la crianza inmediata como un juego. Sin embargo, los problemas aparecen después, cuando tienen que hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de vida anterior al embarazo

Según estudios comparados los datos de la VI Encuesta Nacional de Juventud muestran que el 6,3% de los jóvenes son madres o padres entre los 15 y 19 años;



mientras que un 57,2% de los encuestados declaran haber experimentado embarazo adolescente.

El 53,32% de adolescentes embarazadas con respecto al nivel de instrucción secundaria manifiestan tener más miedos en el embarazo, y el 9,02% de adolescentes con nivel de instrucción superior presentan menores miedos durante el embarazo, por falta de instrucción académica, según estudios la educación también juega un papel predominante: según la encuesta “Condiciones de Vida 2005”, dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación fueron madres o estuvieron embarazadas. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las adolescentes que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). “Existen estudios que muestran que las mujeres que presentan embarazos tempranos tienen la tendencia a tener partos muy seguidos y además a tener familias numerosas”. También se ha encontrado que la maternidad en la adolescencia aumenta la probabilidad de ser pobre, de 16 a 28%”.

El 23,61% de las adolescentes embarazadas tienen mayor miedo a sufrir un aborto ya que sus cuerpos aún no están bien formados, gran parte de las pérdidas ocurre en los primeros días, cuando incluso muchas ignoran que tendrán un hijo. Según el Instituto Alan Guttmacher, en Latinoamérica se producen unos 6 millones de abortos al año y 10% de todos estos abortos ocurren en adolescentes. Por otro lado, el mismo instituto reporta que las mujeres menores de 20 años contribuyen en forma desproporcionada con los casos de complicaciones y mortalidad relacionadas con abortos.

De las 122 adolescentes embarazadas en relación al estado civil que asisten al Subcentro de salud de Ricaurte manifiestan que el 58,62% de adolescentes son solteras presentando mayores miedos, mientras que el 0,80% de adolescentes divorciadas presentan menores miedos durante el embarazo. Según el marco teórico la adolescente está en una etapa de inmadurez, al rechazo, sientan



vergüenza, sufra problemas de adaptación o de falta de apoyo emocional, ya que por lo general no tiene pareja, o la relación no está consolidada.

Según se plantea un estudio de tipo transversal retrospectivo descriptivo en el cual se entrevistaron 15 mujeres que fueron madres adolescentes en hospitales de Bogotá y externas. Se obtuvo información del estado civil anterior, durante, después del nacimiento del primer hijo y el actual, se observó que predomina el estado civil soltero antes de dar a luz al primer hijo. Durante el embarazo, alrededor del 40% de las entrevistadas optaron por la unión libre o el matrimonio legal. Después del nacimiento del primer hijo un 53% de las mujeres estaban con su pareja; actualmente, de las 15 entrevistadas el 60% están unidas, 33% permanecen solteras, y una minoría se encuentra separada (6,6%). (8)



CONCLUSIONES.

- En nuestro estudio hemos encontrado que la mayor parte de adolescentes embarazadas son solteras y que reciben apoyo de los familiares mientras tanto las que están en unión libre y casadas no presentan apoyo de sus familiares pero cuentan con apoyo económico de sus parejas.
- En el parto las adolescentes que mayor miedo presentan son las que tiene nivel de instrucción secundaria ya que desarrollan el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras.
- Los miedos que presentan las adolescentes embarazadas desde el momento de concepción es sufrir un aborto durante el primer trimestre de embarazo.
- La edad que más embarazos hay en las adolescentes esta entre 18 y 19 años por matrimonios a edades tempranas, a practica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas y entre 12 y 14 años siendo el de menor nivel de embarazos.
- Un embarazo conlleva al abandono de los estudios por parte de las adolescentes y frecuentemente no los retorna luego del nacimiento del bebe, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación.



8. RECOMENDACIONES.

Una vez concluida la tesis, le damos a conocer al Subcentro de Salud de Ricaurte mediante los resultados que obtuvimos en los análisis:

- Fomentar charlas educativas sobre la sexualidad y planificación familiar en las adolescentes.
- Promover dinámicas grupales en la familia de las adolescentes embarazadas para una mejor aceptación.
- Fomentar valores en las adolescentes embarazadas para llevar hasta el final su embarazo.
- Valorar la posibilidad de aplicación de las estrategias educativas, como propuesta en los consultorios, para mejorar la atención a las adolescentes y disminuir la incidencia de embarazos en esta etapa de la vida.
- Capacitar a los promotores de salud para que puedan impartir en cada uno de los consultorios esta estrategia, incluyendo los centros escolares.



9. BIBLIOGRAFÍA.

Bibliografía

1. Anónimo. El Telégrafo. [Online].; 2014 [cited 2015 Octubre 22. Available from: <http://www.telegrafo.com.ec/regionales/regional-centro/item/las-realidad-de-las-madres-adolescentes-en-ecuador.html>.
2. Pérez S. VI Seminario de Graduación. [Online].; 2013 [cited 2015 Octubre 22. Available from: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/7502/1/Tesis%20P%C3%A9rez%20Torres,%20Silvia%20Maribel.pdf>.
3. Baquero P. El Telégrafo. [Online].; 2012 [cited 2015 Octubre 22. Available from: <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/los-factores-emocionales-detras-de-los-embarazos-adolescentes.html>.
4. Anónimo. La realidad de las madres adolescentes en Ecuador. [Online].; 2013 [cited 2015 Octubre 22. Available from: <http://www.telegrafo.com.ec/regionales/regional-centro/item/las-realidad-de-las-madres-adolescentes-en-ecuador.html>.
5. Triana A. Plan de accion para elevar conocimientos sobre embarazo y sus riesgos en adolescentes 291. [Online].; 2013 [cited 2016 Enero 12. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000300013#t1.
6. Carpio D. Enfoque de riesgo psicológico y social del embarazo en la adolescencia. [Online].; 2012 [cited 2016 Enero 12. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos93/enfoque-riesgo-psicologico-y-social-del-embarazo-adolescencia/enfoque-riesgo-psicologico-y-social-del-embarazo-adolescencia.shtml#ixzz3xRZsP7ua>.
7. Anónimo. Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2012 [cited 2016 Enero 12. Available from: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=589:el-18percent-nacimientos-son-madres-adolescentes-america-latina-caribe&Itemid=340.
8. Salazar A. CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL ESTADO CIVIL DE LA MADRE JOVEN: ESTUDIO PILOTO EN BOGOTÁ, COLOMBIA. [Online].; 2012 [cited 2016 Enero 12. Available from:



<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/968/1309>.

9. Morales R. Embarazo Adolescente. [Online].; 2013 [cited 2016 Enero 12. Available from:
http://www.promajoven.sep.gob.mx/archivos/titulos/Embarazo_Adolescente.pdf.
10. Vázquez M. Miedo al parto. [Online].; 2012 [cited 2016 Enero 12. Available from:
<http://www.consumer.es/web/es/bebe/parto/preparacion/2013/01/11/215326.php>.
11. Endara DGG. Normas y Procedimientos de Atención Integral de Salud a Adolescentes 2009 Ecuador: Editora Galaxy; 2009.
12. Ayala DO. DIRECCIÓN CORPORATIVA DE ADMINISTRACIÓN SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. [Online].; 2010 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
<http://www.pemex.com/servicios/salud/TuSalud/MedicinaPreventiva/Documents/adolescencia.pdf>.
13. Dmedicina. Etapas de la adolescencia. [Online].; 2014 [cited 2015 Octubre 22. Available from: <http://www.dmedicina.com/familia-y-embarazo/adolescencia/diccionario-de-adolescencia/etapas-adolescencia.html>.
14. Anónimo. El desarrollo emocional y social de los adolescentes. [Online].; 2015 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
<http://lpenage.eu/es/index.php/inicio/recursos-de-formacion/modulo-4/3-el-desarrollo-emocional-y-social-de-los-adolescentes/>.
15. Gumucio M. Desarrollo Psicosocial y Psicosexual en la Adolescencia. [Online].; 2013 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/Lecciones/Leccion02/M1L2Leccion.html>.
16. Eresta J. Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia. [Online].; 2013 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
<http://www.ligaeducacion.org/documentos/investigaciones/relaciones-afectivas-y-sexualidad-en-la-adolescencia.pdf>.



17. Patricia C. Incidencia de Embarazos. [Online].; 2012 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2010/3/TESIS%20535.pdf>.
18. Montejano CG. EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. [Online].; 2013 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
<http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.
19. Robayo Villafuerte. "COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DURANTE EL PARTO EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA. [Online].; 2013 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8381/1/Robayo%20Villafuerte%2c%20Washington%20Marcelo.pdf>.
20. Organización. El embarazo en la adolescencia. [Online].; 2014 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
21. INEC. Embarazo en adolescentes. [Online].; 2010 [cited 2015 Octubre 22. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-registra-122-301-madres-adolescentes-segun-censo-2010/>.
22. Vega B. partos son de adolescentes. [Online].; 2013 [cited 2015 Octubre 22. Available from: <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/120144-1-817-partos-son-de-adolescentes/>.
23. Embarazo en adolescentes, un problema social. [Online].; 2014 [cited 2015 22 Octubre. Available from: <http://www.latarde.com.ec/2014/12/02/embarazo-en-adolescentes-un-problema-social/>.
24. Salud OMd. El embarazo en la adolescencia. [Online].; 2014 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>.
25. Montejano MCG. EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. [Online].; 2013 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
<http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>.
26. Leonardo RÁ. Complicaciones del embarazo y riesgo obstétrico en mujeres adolescentes y adultas, pacientes del Hospital Materno Infantil "Morelos". [Online].; 2010 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=198&id_seccion=3535&id_ejemplar=6895&id_articulo=68933.



27. Alvarado L. MUJER Y EDUCACIÓN. [Online].; 2010 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
http://www.chubut.edu.ar/descargas/secundaria/congreso/MUJERYEDUCACION/RLE2331_Infante-Alvarado.pdf.
28. Sobeida M. EMBARAZO ADOLESCENTE. [Online].; 2007 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf.
29. Barcia A. EL EMBARAZO PRECOZ EN LAS ADOLESCENTES. [Online].; 2011 [cited 2015 Octubre 22. Available from:
http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/12269/1/45739_1.pdf.
30. Montero M. Buenas Prácticas Para la prevención de Embarazo en Adolescentes. Primera ed. Murdock MN, editor. Colombia: Caracola Consultores, SAS; 2011.
31. anónimo. Peligros durante el embarazo. [Online].; 2010 [cited 2016 enero 12. Available from: <http://www.clubmadres.com/embarazo/peligros-durante-el-embarazo/>.
32. Anónimo. Peligros durante el embarazo. [Online].; 2011 [cited 2016 Enero 12. Available from: <http://www.clubmadres.com/embarazo/peligros-durante-el-embarazo/>.
33. Anónimo. Malformaciones Congénitas. [Online].; 2015 [cited 2016 Enero 12. Available from:
<http://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones/tipos-de-malformaciones-congenitas-1840>.
34. Masiel C. La maternidad en la Adolescencia. [Online].; 2011 [cited 2016 Enero 12. Available from: <http://www.eumed.net/rev/cccss/06/cmnf.htm>.
35. Jozsef rG. El Embarazo. [Online].; 2012 [cited 2016 Enero 12. Available from:
<http://www.monografias.com/trabajos47/embarazo/embarazo2.shtml>.
36. Anónimo. El miedo al parto. [Online].; 2012 [cited 2015 Octubre 22. Available from: <https://www.elparto nuestro.es/informacion/embarazo/el-miedo-al-parto>.
37. Anónimo. Revista Médica del Uruguay. [Online].; 2014 [cited 2015 Octubre 22. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902014000300004&script=sci_arttext.



38. Bernabé R. MIEDOS Y MITOS QUE PONEN EN RIESGO LA LACTANCIA. [Online].; 2012 [cited 2016 Enero 12. Available from: <http://www.inppares.org/sites/default/files/MIEDOS%20Y%20MITOS%20QUE%20PONEN%20EN%20RIESGO%20LA%20LACTANCIA%20MATERNA2.pdf>. f.
39. Anónimo. Preparación psicológica para padres y madres primerizos. [Online].; 2012 [cited 2016 Enero 12. Available from: <http://www.psicologos-granvia.com/preparacion-psicologica-para-padres-y-madres-primerizos-bilbao>.
40. Mendoza L. Revista chilena de obstetricia y ginecología. [Online].; 2012 [cited 2015 Octubre 22. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262012000500008&script=sci_arttext.
41. Rojas P. Vivencia del Embarazo en Adolescentes en una institución de protección en Colombia. [Online].; 2010 [cited 2015 Octubre 22. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200012.



ANEXOS



ANEXO 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Sr usuario/a:

Nosotras Nelly Noemi Chuqui Sigua, Luisa Johana Lafebre Medina, Jenny Alexandra Songor Valladares estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca estamos realizando la tesis sobre, **“MIEDOS RELACIONADOS CON EL PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO EN ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 19 AÑOS DEL SUBCENTRO DE SALUD RICAURTE, 2015.”** Previo a la obtención de título de Licenciada en Enfermería.

El objetivo principal es Identificar los miedos relacionados con el proceso de embarazo y parto en adolescentes entre 12 y 19 años del Subcentro de Salud Ricaurte, para lo cual se aplicó una encuesta realizada por la autoras con requerimiento de 25 minutos por persona para su aplicación, sus resultados serán utilizados para que se realicen intervenciones posteriores en razón de disminuir los miedos en las adolescentes.

La participación en el estudio es libre y voluntaria. Usted puede negarse a participar o puede interrumpir su participación en cualquier momento durante el estudio, sin perjuicio alguno, ni pérdida de sus derechos.

Una vez concluida la investigación, los resultados obtenidos serán utilizados de manera ética y confidencial por lo que no representa ningún riesgo físico, social y psicológico para Ud, y servirán exclusivamente para la presente investigación, de igual forma no representará ningún costo ni recibirá compensación económica por su participación en este estudio.

Yo _____ con N° de Cédula _____, habiendo sido informado de forma verbal, escrita y comprendido sobre el propósito, los objetivos y la importancia de esta investigación, consiento y autorizo se aplique La encuesta. Autorizando a los autores la utilización de la información únicamente a favor de la investigación.

Firma

Nelly Chuqui

Johana Lafebre

Alexandra Songor

NELLY NOEMI CHUQUI SIGUA.

LUISA JOHANA LAFEBRE MEDINA.

JENNY ALEXANDRA SONGOR VALLADAREZ.



ANEXO 2.OFICIO PARA AUTORIZACIÓN.



Dirección Distrital 01D01 – PARROQUIAS URBANAS: (MACHÁNGARA A BELLAVISTA) Y
PARROQUIAS RURALES: (NULTI A SAYAUSI) – SALUD



Memorando Nro. MSP-CZ6-DD01D01-2015-2818-M

Cuenca, 04 de agosto de 2015

PARA: Sra. Dra. Gabriela Fernanda Marquez Uyaguari
Médico del Subcentro de Salud Ricaurte

Sr. Dr. Luis Eduardo Vivar Vivar
Director Subcentro de Salud Ricaurte

ASUNTO: aceptada la realización del desarrollo de la Tesis en la Unidad Operativa de Ricaurte

De mi consideración:

Mediante la presente se indica que se encuentra aceptada la realización del desarrollo de la Tesis en la Unidad Operativa de Ricaurte previa a la obtención de la Licenciatura en Enfermería, con el tema:

“Miedos relacionados con el proceso de embarazo y parto en adolescentes entre 12 y 19 años del Subcentro de Salud Ricaurte, 2015.” Universidad De Cuenca Facultad De Ciencias Médicas”

Autoras: Nelly Noemi Chuqui Sigua.
Luisa Johana Lafebre Medina
Jenny Alexandra Songor Valladares.

Objetivo General:

Identificar los miedos relacionados con el proceso de embarazo y parto en adolescentes entre 12 y 19 años del Subcentro de Salud Ricaurte

Objetivos específicos:

- Definir las características socioculturales de la población: edad, estado civil, nivel de instrucción, procedencia, residencia y núcleo familiar.
- Determinar factores económicos, físicos y psicológicos que influyen en la iniciación de una vida sexual y embarazos a temprana edad.
- Identificar los miedos que presentan las adolescentes embarazadas desde el momento de la concepción hasta el alumbramiento

Huayna Capac 1- 270 y Pizar Capac
Teléfonos: 593 (7) 2867071 / 2803171 / 2807425 / 2809202
Email: direccion@a1p.gob.ec

* Documento generado por Quipux

1/2

NELLY NOEMI CHUQUI SIGUA.
LUISA JOHANA LAFEBRE MEDINA.
JENNY ALEXANDRA SONGOR VALLADAREZ.



Dirección Distrital 01D01 – PARROQUIAS URBANAS: (MACHÁNGARA A BELLAVISTA) Y
PARROQUIAS RURALES: (NULTI A SAYAUSI) - SALUD



Memorando Nro. MSP-CZ6-DD01D01-2015-2818-M

Cuenca, 04 de agosto de 2015

Métodos, técnicas e instrumentos.

Serán utilizados los métodos descriptivo, cuantitativo y cualitativo que permitirán concatenar la información de manera más precisa.

Las técnicas a emplearse son de observación directa, análisis de información documentada, entrevista y encuesta. Las encuestas no contienen información personal de la participante.

Los instrumentos a utilizarse será el formulario previamente aprobado por las autores y el director de esta publicación enfocándose en obtener la información en periodos cortos.

Procedimientos.

Para realizar el estudio será importante seguir los siguientes pasos para de esta manera contar con una planificación de la metodología de trabajo que se empleará para el desarrollo de esta investigación:

1. Etapa: Analizar de la situación actual del Subcentro de Salud, establecer una tasa de embarazos y seleccionar los factores que se investigarán.
2. Establecer y definir la población que participará en el estudio.
3. Establecer el instrumento de medición de los miedos que afectan a las adolescentes embarazadas.
4. Monitorear y controlar la aplicación de los instrumentos de medición.
5. Análisis de información tanto cuantitativamente como cualitativamente.
6. Difusión de los resultados de la investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Mercy Jeaneth Campoverde Barros
DIRECTORA DIRECCIÓN DISTRITAL 01D01 - SALUD (E)

Copia:

Sr. Psic. Milton Estuardo Capon Bermeo
Psicólogo Centro de Salud Mental Buena esperanza

Huayna Capac 1- 270 y Pizar Capac
Teléfonos: 593 (7) 2867071 / 2803171 / 2807425 / 2809202
Email: direccion@a1p.gob.ec

* Documento generado por Quiptux

2/2

NELLY NOEMI CHUQUI SIGUA.
LUISA JOHANA LAFEBRE MEDINA.
JENNY ALEXANDRA SONGOR VALLADAREZ.



ANEXO Nro. 3.

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

• Cuestionario para levantamiento de Información.			
1. Edad.	2. Actividad.		3. Estado Civil.
	Estudia	Trabaja	Casada Soltera Divorciada Unión libre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.Procedencia		5.Residencia	
Azuay	<input type="checkbox"/>	Cuenca	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
6. Instrucción		7. ¿De quién recibió apoyo?	
Primaria completa	<input type="checkbox"/>	Familia	<input type="checkbox"/>
Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>	Pareja	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>	Nadie	<input type="checkbox"/>
Ninguna	<input type="checkbox"/>		
8. ¿Con quién vive?			
Padres	<input type="checkbox"/>		
Pareja	<input type="checkbox"/>		
Sola	<input type="checkbox"/>		
10. Mencione cuáles fueron sus principales temores o miedos presentados en los periodos de:			
		SI	NO
• Tengo miedo a sufrir alguna enfermedad durante el embarazo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Miedo a sufrir un aborto.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Miedo a tener dolor en el parto y posibles consecuencias.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Miedo a que su bebe sufra de algún defecto o malformación.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Miedo a dar de lactar debido al dolor que presenta.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Miedo a un cambio de vida por el nacimiento del bebé.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Miedo a ser rechazada por la sociedad durante el embarazo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Miedo a los cambios físicos de su cuerpo por el embarazo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ANEXO Nro. 4.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Las actividades que se realizarón durante la investigación fueron:

Meses.	1				2				3				4				5				6			
Semanas.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades:																								
Análisis de la Situación de las adolescentes embarazadas.	█																							
Estandarización de la población.				█	█	█																		
Levantamiento de la información.							█	█	█															
Estructuración del Marco Teórico.									█	█	█	█	█	█										
Análisis de resultados.															█	█	█	█						
Elaboración de la tesis.											█	█	█	█	█	█	█	█						
Planteamiento de Soluciones, Conclusiones y Recomendaciones																					█	█	█	█

Elaboración: Las autoras