



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CENTRO DE SALUD N° 1, IBARRA, 2019”

Trabajo de Grado previo a la obtención del Título de
Licenciado en Enfermería

AUTOR: Ramos Cacuango Angel Santiago

DIRECTOR: MSc. Margarita Susana Meneses Dávila

IBARRA- ECUADOR

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CENTRO DE SALUD N° 1, IBARRA, 2019**”, de autoría de ANGEL SANTIAGO RAMOS CACUANGO, para obtener el Título de Licenciado en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de octubre de 2019

Lo certifico



(Firma).....

MSc. Margarita Susana Meneses Dávila

C.C: 1001278769

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003981063		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Ramos Cacuango Angel Santiago		
DIRECCIÓN:	Ejido de Caranqui-Ibarra		
EMAIL:	ar1743980@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062610704	TELÉFONO MÓVIL:	0981968475
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CENTRO DE SALUD N° 1, IBARRA, 2019”		
AUTOR (ES):	Angel Santiago Ramos Cacuango		
FECHA:	Octubre, 23 de 2019		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Margarita Susana Meneses Dávila		

2. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de octubre de 2019

EL AUTOR



(Firma).....

Angel Santiago Ramos Cacuangó

C.I: 1003981063

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, a los 23 días del mes de octubre de 2019

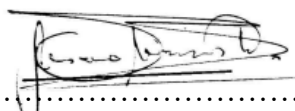
AANGEL SANTIAGO RAMOS CACUANGO “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CENTRO DE SALUD N° 1, IBARRA, 2019” / TRABAJO DE GRADO. Licenciado en Enfermería. Universidad Técnica del Norte, Ibarra 23 de octubre del 2019.

DIRECTORA: MSc. Margarita Susana Meneses Dávila

El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar el nivel de conocimiento de los riesgos en el embarazo en adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1 en la ciudad de Ibarra en el 2019.

Entre los objetivos específicos se encuentran: Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas; evaluar los conocimientos y actitudes sobre signos de alarma que tienen las adolescentes embarazadas del centro de salud N° 1; caracterizar los riesgos más comunes en el embarazo en las adolescentes, realizar una propuesta de intervención educativa con los resultados obtenidos en la investigación.

Ibarra, a los 23 días del mes de octubre de 2019



MSc. Margarita Susana Meneses Dávila

Directora



Angel Santiago Ramos Cacuango

Autor

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi querida Isabelita quien es madre y padre a la vez, la mujer que lucho por mí, me guio por el camino correcto, gracias a su esfuerzo, perseverancia, dedicación, amor y valores me han convertido en una persona de bien, mi mayor deseo es permitirle sentirse orgullosa de todos y cada uno de mis logros, gracias por siempre creer en mi madre.

A mi abuelito Juanito que desde el cielo me ha protegido y a mi amada mamita Charito que me cuida desde niño.

A mis hermanos Ismael y Juan David que son mi pilar fundamental para seguir adelante y ser guía en su largo camino.

Mi profesor Luis Ibadango que me brindo sabiduría y que confió en mí, gracias a ellos soy una persona que tiene muchos sueños y metas por cumplir.

Angel Ramos

AGRADECIMIENTO

Agradezco primeramente a Dios por haberme dado la vida, el coraje, la sabiduría, y bendecirme con una hermosa familia. A mi madre, mi abuelita, mis hermanos por brindarme el apoyo y la confianza que me inspira a seguir a volando más alto.

Doy un agradecimiento especial al Dr. José Villalba, Lic. Carmen Dávila y familia por brindarme el apoyo necesario a través de mi madre para seguir adelante en mi carrera, que Dios les bendiga, gracias por ser parte de este logro.

Agradezco a las autoridades del Centro de Salud N^o1 Ibarra por abrirme sus puertas y que colaboraron con esta investigación.

A la Universidad Técnica del Norte por brindarme los docentes e instalaciones de excelencia para mi formación, a mi Directora de tesis Msc. Susana Meneses que con su experiencia me guio durante todo este proceso, gracias por su tiempo, apoyo, conocimientos y dedicación para culminar mi trabajo.

Angel Ramos

INDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	i
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	ii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE	vii
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
TEMA:	xiii
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del problema	2
1.3. Justificación	2
1.4. Objetivos.....	3
1.4.1. Objetivo general	3
1. 4.2. Objetivos específicos:	3
1.5. Preguntas de investigación.....	3
CAPÍTULO II	4
2. Marco Teórico	4
2.1. Marco Referencial.....	4
2.1.1. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba 2017.....	4

2.1.2. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. México 2015.....	5
2.1.3. Embarazo en adolescentes de Jalisco, México: una mirada desde la marginación social 2016.	5
2.1.4. Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga Colombia 2016.	6
2.1.5. Características y riesgos de gestantes adolescentes en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, Es Salud, Ica, Perú 2016.	7
2.1.6. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Colombia. 2015.....	8
2.1.7. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes. Cuba. 2018. 9	
2.1.8. Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. Colombia. 2014.....	10
2.1.9. Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de la vida. Colombia. 2016.....	10
2.1.10. Programa educativo sobre el embarazo no deseado dirigido a las adolescentes. Cuba. 2018.	11
2.2. Marco Contextual	12
2.3. Marco Conceptual.....	15
2.3.1. Conocimiento	15
2.3.2. La adolescencia y sus etapas	15
2.3.3. Embarazo:	18
2.3. 4. Signos y síntomas del embarazo:	19
2.3.5. Embarazo en la adolescencia:	20
2.3.6. Riesgos en adolescentes durante el embarazo.....	21
2.3.7 Patologías prenatales en el embarazo adolescente:	21
2.3.8. Signos de alarma	26

2.3.9. Complicaciones en el embarazo adolescente.....	26
2.3.10. Clasificación del Riesgo Obstétrico.....	27
2.3.11. Modelo de enfermería.....	28
2.4. Marco Legal.....	29
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008.....	29
2.4.2. Plan nacional de desarrollo toda una vida.....	32
2.4.4. Código Orgánico de Salud.....	33
2.4.2. Código Ético.....	36
2.4.3. Código Helsinki.....	37
2.4.5. Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador.....	39
2.4.6. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería.....	40
CAPÍTULO III.....	44
3. Metodología de la Investigación.....	44
3.1. Diseño de la investigación.....	44
3.2. Tipo de investigación.....	44
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	44
3.4. Población.....	44
3.4.1. Muestra.....	45
3.4.2. Criterios de inclusión.....	45
3.4.3. Criterios de exclusión.....	45
3.5. Métodos de recolección de información.....	45
3.5.1. Instrumentos de recolección de información.....	45
3.5.2. Encuesta:.....	45
3.5.3. Checklist:.....	45
3.6. Operacionalización de variables.....	46

CAPÍTULO IV	53
4. Presentación de resultados.....	53
CAPITULO V	64
5.1 Conclusiones	64
5.2. Recomendaciones	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	73
Anexo1. Oficio de permiso para aplicar las encuestas	73
Anexo 2. Respuesta de aprobación por parte de la institución de salud	74
Anexo 3. Formato de encuesta aplicada	76
Anexo 4. Galería fotográfica	80
Anexo 5. Tríptico informativo como propuesta	83

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1. Características sociodemográficas.....	54
Gráfico 2.- Conocimiento sobre el embarazo prácticas y costumbres de las adolescentes... 56	56
Gráfico 3.- Conocimiento sobre señales de peligro en el embarazo.	58
Gráfico 4.- Actitudes frente al embarazo adolescente.	58
Gráfico 5.- Riesgos psicosociales	59
Gráfico 6.- Clasificación de los riesgos gineco-obstétricos	61

RESUMEN

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CENTRO DE SALUD N° 1, IBARRA, 2019”

Autor: Angel Santiago Ramos Cacuango

Correo: ar1743980@gmail.com

El embarazo en las adolescentes es un problema latente que en la actualidad ha incrementado, debido a múltiples factores socioeconómicos, desconocimiento, dudas y falta de comunicación sobre la educación sexual. Esta investigación se realizó con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento de los riesgos en el embarazo en adolescentes que asisten al Centro de Salud N°1 Ibarra, además se describió socio demográficamente a la población de estudio, se evaluó los conocimientos y actitudes que toman las adolescentes durante esta etapa, también se caracterizó los riesgos más comunes. Es un estudio con un enfoque de investigación mixta con datos cuantitativos aplicados a 40 adolescentes embarazadas y cualitativos que se evalúa las características sociodemográficas. Para la recopilación de datos se realizó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas. Los resultados indican que en el conocimiento solo el 35% sabe planificar su embarazo, la educación sexual que reciben el 49% es ajeno a sus padres, el 58% de las adolescentes mencionan que presentar disuria, fiebre, visión borrosa no son señales de peligro durante la gestación, las actitudes que toman las adolescentes acerca de su embarazo solo el 65% busca información, el 18% abandona sus estudios. La autoestima que es fundamental durante la adolescencia el 57% se encuentra no definida entre bien y mal, el 20% a veces tiene ausencia de cariño, los ingresos económicos son menores a 150 dólares en un 73% de la población de estudio. Se realizó un tríptico informativo como propuesta de intervención educativa dirigida a las adolescentes sobre fisiología del embarazo, señales de peligro, factores de riesgo en el embarazo y cuidados prenatales.

Palabras clave: embarazo, adolescencia, conocimiento, riesgos en el embarazo.

ABSTRACT

“LEVEL OF KNOWLEDGE REGARDING PREGNANCY COMPLICATIONS IN ADOLESCENTS, HEALTH CENTER N ° 1, IBARRA, 2019”

Author: Angel Santiago Ramos Cacuango

Email: ar1743980@gmail.com

Teenage pregnancy is a problem that has increased due to multiple socio-economic factors such as: ignorance, doubts and lack of communication about sex education. This research was carried out with the objective of determining the level of knowledge regarding pregnancy complications in adolescents in the Ibarra Health Center No. 1, in addition, the study population was demographically described, and the knowledge and attitudes teenage girls take into consideration during this stage were assessed, the most common risks were also characterized. It is a study with a mixed research approach with quantitative data applied to 40 pregnant women and qualitative as it assesses sociodemographic characteristics. For the data collection, a survey with open and closed questions was applied. Results indicate that in knowledge only 35% know how to plan their pregnancy, the sexual education they receive 49% does not come from their parents, 58% of adolescents present dysuria, fever, blurred vision though they do not consider these as signs of danger, the attitudes that adolescents during their pregnancy shows that only 65% seek information, 18% abandon their studies. The self-esteem that is fundamental during adolescence 57% is undefined between good and bad, 20% sometimes lack love, economic income is less than 150 dollars in 73% of the study population. An informative triptych was made as an educational intervention proposal aimed at adolescents on the physiology of pregnancy, warning signs, risk factors in pregnancy and prenatal care.

Keywords: pregnancy, adolescence, knowledge, risks in pregnancy.

TEMA:

“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CENTRO DE SALUD N° 1, IBARRA, 2019”

CAPÍTULO I

1. Problema de Investigación

1.1.Planteamiento del Problema

El embarazo durante la adolescencia es un problema que generalmente se debe a la posesión de información mal utilizada sobre métodos anticonceptivos, sexualidad, y planificación familiar, lo que conlleva a las jóvenes a enfrentar una etapa más difícil en su vida y en consecuencia a convertirse en madres.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 a 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del humano, se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos (1).

Según la organización mundial de la salud alrededor de un millón de niñas menores de 15 años dan a luz anualmente con complicaciones durante el embarazo y cada año, unos 3 millones de jóvenes de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos resultando la segunda causa de muerte a nivel mundial (2).

Según la CEPAL en donde América Latina y el Caribe es la segunda región con mayor fecundidad adolescente en el mundo, y es solo superada por África Subsahariana. Además, este fenómeno es más recurrente entre la población de menores ingresos económicos, lo que contribuye a la reproducción intergeneracional de la pobreza (3).

El Ecuador es el tercer país con mayor incidencia de embarazos en las adolescentes, donde 2 de cada 10 partos son de gestantes jóvenes; 4 de cada 10 mujeres tuvieron su primer hijo en la adolescencia, siendo nuestro país, con el mayor índice de embarazos precoz en la región andina (4). Según la directora zonal en el año 2016 a nivel de zona número 1 existieron 5.206 embarazos adolescentes (5), y en la ciudad de Ibarra es representada con el 19%, acarreando dificultades en el parto, nacimiento de bebés prematuros, bajo peso al nacer e incluso la muerte materno-fetal (6).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre riesgos durante el embarazo?

1.3. Justificación

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública a nivel mundial, por ello se procura brindar información necesaria para contrarrestar los factores de riesgo que presentan las adolescentes, el conocimiento sobre enfermedades, disfunción familia, inestabilidad económicos, marginación social e interrupción de su etapa de desarrollo.

Durante esta etapa la mayoría de las adolescentes desconoce o conoce muy poco sobre los riesgos en el embarazo dando como resultado complicaciones en el mismo. Los riesgos son de tipo biológico que comprometen la vida de la adolescente y también psicológico porque estas enfrentan nuevas y fuertes emociones durante el embarazo. La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario son las enfermedades que tienen mayor afluencia y que van en aumento en las adolescentes embarazadas.

El estudio tiene relevancia social, ya que sus resultados servirán para promocionar la salud sexual reproductiva en las adolescentes, mejorando el conocimiento sobre los factores de riesgo en el embarazo precoz, logrando incentivar a las adolescentes a mantener una vida sexual activa y segura.

Dado estos argumentos surgió la idea de realizar la presente investigación debido a que la promoción de la salud es netamente del personal de enfermería, el cual involucra salud sexual y reproductiva en la adolescencia, adicional a esto el índice de embarazo precoz aumenta considerablemente a nivel local.

El presente estudio se llevó a cabo en el centro de salud número 1 de la ciudad de Ibarra con el fin de incentivar la actividad sexual reproductiva con responsabilidad tomando en cuenta los niveles de conocimiento sobre los riesgos en el embarazo precoz.

Los grupos beneficiarios de la investigación son: directos (mujeres adolescentes embarazadas) e indirectos: (personal de salud del centro de Salud N°1 de Ibarra, Universidad Técnica del Norte).

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento de los riesgos en el embarazo en adolescentes, que asisten al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Ibarra en el 2019.

1. 4.2. Objetivos específicos:

- Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas en el periodo de estudio.
- Evaluar los conocimientos y actitudes sobre los signos de alarma que tienen las adolescentes embarazadas del Centro de salud N°1.
- Caracterizar los riesgos más comunes durante el embarazo en las adolescentes del centro de salud N°1.
- Realizar una propuesta de intervención educativa con los resultados obtenidos en la investigación

1.5. Preguntas de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento de las mujeres adolescentes sobre los riesgos en su embarazo?

¿Cuáles son los conocimientos y actitudes sobre signos de alarma en el embarazo?

¿Cuáles son los riesgos más comunes durante un embarazo en la adolescencia?

¿Cuáles son los riesgos que comprometen la vida de la adolescente embarazada?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba 2017.

El estudio realizado sobre factores de riesgo que se asocian al embarazo en la adolescencia demostró que la práctica de relaciones sexuales inicia entre 15 a 19 años de edad, además de no poseer los conocimientos suficientes sobre las complicaciones durante un embarazo. El objetivo es diseñar un programa de intervención educativa para modificar y aumentar el nivel de conocimiento de las adolescentes (7).

El diseño metodológico utilizado fue sistemático en donde se realizó estudios de casos con controles para identificar los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia; cuantitativo por que se realizó encuestas y se obtuvo resultados con cifras numéricas. Los resultados obtenidos muestran que, en relación al conocimiento sobre edad óptima para embarazarse, el 71,4% respondió si conocer, en cuanto al conocimiento sobre complicaciones del embarazo en adolescentes el 72,1% desconoce (7).

Las adolescentes practican relaciones sexuales con mínimos conocimientos sobre salud sexual y reproductiva a una edad muy corta que se encuentra entre los 15 a 19 años de edad; al agregarle el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, el riesgo de complicaciones durante la gestación aumenta para la madre y el nuevo ser. El factor de riesgo que involucra a cada embarazo es diferente, pero aumenta mientras la edad de la adolescente es menor.

2.1.2. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. México 2015.

El impacto de los embarazos en las adolescentes inicia principalmente con los riesgos para la salud de la madre y también para el feto. Estos riesgos aumentan en medida que la edad de la gestante es menor, además de las condiciones sociales y económicas. En esta etapa el cuidado de la salud es menor a lo ideal, y afecta en el desarrollo psicosocial materno normal. El objetivo es identificar el contexto cultural y las características del núcleo familiar para atender de forma preventiva los riesgos durante en el embarazo en la adolescencia (8).

Se realizó una revisión bibliográfica de ensayos clínicos, además de un diseño cualitativo en las condiciones sociales y económicas de la adolescente; los resultados demuestran que las adolescentes en México representan aproximadamente la cuarta parte de la población total, y entre sus principales problemas de salud destacan los embarazos no deseados y no planificados, los suicidios, el incremento demográfico, cambios en el estilo de vida y desequilibrios socioeconómicos que facilitan la presencia de patologías como restricción del crecimiento y desarrollo, trastornos de conducta, afecciones emocionales, problemas de aprendizaje y responsabilidad de crianza de hijos a una edad temprana (8).

Las condiciones sociales, económicas, factores ambientales, familiares demuestran que no solo existe una causa que se relacione con el embarazo en las adolescentes, sino que es un conjunto de situaciones que abarcan en todo su entorno, y como consecuencia la adolescente asume la responsabilidad que se produzca los embarazos no deseados; se le agrega el desconocimiento de los peligros durante un embarazo precoz por lo que aumenta aún más la morbilidad materno-fetal.

2.1.3. Embarazo en adolescentes de Jalisco, México: una mirada desde la marginación social 2016.

La pobreza se vincula con el embarazo precoz, pues de 16 millones de mujeres de 15 a 19 años de edad, aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años dan a luz

cada año en el mundo, la mayoría ocurre en países de ingresos económicos bajos y medianos, como consecuencia, las condiciones socioculturales son determinantes en el contexto de marginación social en donde las adolescentes desarrollan sus vidas de manera cotidiana. Analizar las condiciones socioculturales, atención prenatal, obstétrica y datos del recién nacido son los objetivos planteados por el estudio (9).

El diseño metodológico utilizado es transversal, porque se realizó en un determinado periodo de tiempo, cualitativo al analizar las condiciones socioculturales y económicas de la población; descriptivo por que describen los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia (9).

Los resultados muestran que el 74.5% de adolescentes embarazadas son de municipios de muy baja marginación, a diferencia de los municipios de muy alta marginación con solo el 0.5%; siendo importante considerar que, a pesar de las grandes diferencias porcentuales, la inequidad en el acceso geográfico, cultural y económicos a servicios de salud y educación es mayor en municipios de muy alta marginación, lo que en consecuencia afecta al adolescente en diferentes tipos de abuso y violencia a diferencia de otro grupo de población (9).

Se puede evidenciar que, se destaca la existencia de diferencias sociales entre las adolescentes de alta marginación y baja marginación, principalmente en las características socioculturales y de escolaridad, nivel de educación y seguridad social, además de problemas relacionadas con la atención prenatal y obstétrica en las madres adolescentes, lo que verifica que no solo es un problema de educación sino también de un acceso a la misma.

2.1.4. Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga Colombia 2016.

Según los datos de ENDS encuesta nacional de demografía y salud en el 2015 afirman que el 13,8% de las adolescentes entre 13 a 19 años han estado alguna vez embarazadas, aumentando este porcentaje en la zona rural, en regiones menos desarrolladas, en grupos de menor nivel educativo y de menor quintil de riqueza. Las

concepciones de la adolescente se determinan por sus características culturales, relaciones familiares, amistades y de pareja que se asocian a la responsabilidad y toma de decisiones que determinan el rumbo de su vida (10).

Identificar las concepciones de las mujeres adolescentes sobre el embarazo, características sociales, económicas y redes de apoyo es el objetivo del estudio; apoyado de una revisión bibliográfica de datos de ENDS. Los resultados reflejan que en consecuencia a la práctica de relaciones sexuales en la adolescencia conocen sobre las consecuencias que tienen sobre su salud y la vida, pero no aplican por que el desconocimiento sobre planificación familiar es elevado (10).

Al inicio de la pubertad antes de iniciar la adolescencia, algunas adolescentes reciben información y educación en el colegio, pero no son orientadas por sus familias sobre el tema, en consecuencia, deciden su creencia sobre la planificación familiar, se brindan información entre amistades. Las adolescentes requieren de educación sexual objetiva, que les facilite la toma de decisiones correctas, genere sentimientos y actitudes positivas en su comportamiento.

2.1.5. Características y riesgos de gestantes adolescentes en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, Es Salud, Ica, Perú 2016.

Los riesgos patológicos asociados al embarazo en las madres adolescentes, como hipertensión, anemia, parto pretérmino, determinan mayor morbimortalidad materna. El mayor riesgo observado no se relaciona específicamente en las fisiológicas, por el contrario, está relacionado con las variables socioculturales, condiciones de cuidado y atención medica que se les proporcione (11).

Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, asociado con una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo de su condición por temor a la reacción del círculo familiar, además de ausencia de ausencia en los controles prenatales; como objetivo tiene establecer la incidencia, los riesgos, complicaciones del embarazo y parto en las adolescentes (11).

El diseño metodológico fue retrospectivo, revisión de casos y controles; cualitativo identificando variables socioculturales. Los resultados demuestran el estado nutricional con 60% de las adolescentes presentan obesidad o sobrepeso. Las complicaciones perinatales se presentaron entre el 33% y 36% para el grupo de estudio y de control respectivamente. Las infecciones neonatales fueron mayores en las adolescentes y la frecuencia de complicaciones perinatales en ambos casos fue mayor que en los de control (11).

En relación a las consecuencias del embarazo en la adolescencia tuvo mayores riesgos y complicaciones que en la mujer adulta o desarrollada, estas dificultades no solo abarcan a la madre sino también para feto. La morbilidad es más recurrente en la gestación precoz entre ellas se encuentran la anemia, infección urinaria, rotura prematura de membranas y partos pre término; también se realizó mayor número de cesáreas y lesiones en el canal de parto dando lugar a los desgarros genitales, especialmente en las gestantes menores de 15 años.

2.1.6. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Colombia. 2015.

La adolescencia es una etapa de incertidumbre, de establecer un proyecto de vida, de sueños, vínculos fuertes y al mismo tiempo de ser independientes, sin embargo, en medio de los cambios, ideales y exploración del cuerpo, el entorno se intensifica en el tema de sexualidad, que resulta ser de mayor interés para los jóvenes. La ausencia de orientación, comunicación y acompañamiento en esta etapa afectan los procesos de maduración biológica y psicológica que es crucial en el ciclo de vida (12) .

Analizar la situación del embarazo adolescente es el objetivo que se obtuvo por medio de la entrevista y la investigación cualitativa, ya que el interés está en captar la realidad social a través de los ojos de la adolescente. Los resultados relevantes en relación a la edad promedio del primer embarazo estuvo en los 14.9 años de edad y el nivel socioeconómico es relativamente bajo, por lo que el inicio de la maternidad temprana

dificulta las actividades propias de la adolescente, y en consecuencia reduce la disponibilidad de tiempo para atender sus propias necesidades (12).

Las relaciones sexuales es un tema de interés para las adolescentes lo que en consecuencia existe un aumento de embarazos en esta etapa, además de no contar con el conocimiento suficiente sobre métodos anticonceptivos y de planificación familiar se suman riesgos para un embarazo precoz; añade la falta de comunicación en el hogar que promueve a que la adolescente experimente ciertos intereses por sus propios medios.

2.1.7. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes. Cuba. 2018.

El embarazo durante la adolescencia constituye un problema de salud a nivel mundial, por las complicaciones y los riesgos que implica para la madre y el niño, además de la repercusión social; se considera que más del 80% son embarazos no deseados o no planificados y que es provocada por la práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, producto de una relación débil de pareja adolescente. El objetivo es caracterizar los factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia (13).

La metodología descriptiva fue utilizada, también de corte longitudinal y el instrumento de la encuesta realizada a 28 embarazadas adolescentes entre 10 a 19 años. Los resultados más relevantes en relación a los factores de riesgo de tipo socioeconómico el 73% de los embarazos fueron de per cápita familiar bajo; la dificultad para planear proyectos futuros se demostró en el 78,2% es decir obtener un ingreso económico estable y depender de los padres para su sustento le hace incapaces de planear futuros proyectos de vida (13).

Las mayores incidencias de embarazos en las adolescentes están lideradas al mantener un nivel socioeconómico bajo, también se agrega marginación social, difícil acceso a la educación, mala relación familiar, todos estos se agrupan para generar este gran problema para la salud de las futuras generaciones. Una vez que la adolescente está en gestación sus prioridades cambian y los proyectos que se había planeado deben ser totalmente cambiados por uno centrado en su hijo.

2.1.8. Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. Colombia. 2014.

El estudio evidencia mayor prevalencia de embarazos en las adolescentes en relación a los contextos de pobreza, inequidad social, deserción escolar y dificultad para reintegrarse al sistema educativo después del embarazo, como consecuencia se somete en muchos casos a estas mujeres al subempleo y baja remuneración económica que contribuye a la replicación internacional de la pobreza. El objetivo es explorar el contexto sociodemográfico en el que se desarrolla el embarazo adolescente (14).

Es un estudio analítico de corte transversal en un determinado tiempo, con el instrumento de recolección de datos, a través de la encuesta y entrevista. Los resultados reflejan el 70% de las gestantes no se encontraban estudiando y de estas el 53% no lo hacían por el embarazo y el 44% por otros motivos ajenos a la situación; la ocupación con el 70% eran amas de casa o no tenían ocupación y solo el 5.4% tenían empleo; el 45.2% de madres residen en el estrato socioeconómico dos, el 34.4% en el uno y el restante en el tres (14).

Las condiciones socioeconómicas y demográficas, así como también el nivel de educación tienen gran relevancia en la perspectiva de vida de la adolescente, y por ende un futuro mejor para el recién nacido, es decir, a mayor índice de pobreza, menor educación y condiciones de la futura familia, cabe recalcar que las oportunidades de trabajo y una buena calidad de vida disminuyen con la concepción en la adolescencia por que no obtienen un nivel de educación adecuado para conseguir un empleo, generando pobreza de la pobreza en un círculo sin fin de economía baja.

2.1.9. Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de la vida. Colombia. 2016.

Las adolescentes muestran una motivación por embarazarse por que les permite escapar de los conflictos familiares, sobretodo en niñas con economía baja que cuidan a hermanos menores, asumen cargos del hogar y además tienen el reconocimiento social de responsabilidad, y esto solo se logra con la maternidad en la edad adulta. El

objetivo es interpretar los motivos del embarazo en las adolescentes y la redefinición del curso de la vida (15) .

La investigación de tipo cualitativa representa los motivos del embarazo y la maternidad, tomando como punto de inicio los relatos de vida de la adolescente; la técnica de recolección de datos se inició con un consentimiento informado. Los resultados obtenidos fueron el abandono de los estudios, romper relaciones con su círculo de amistades por que ahora tienen responsabilidades maternas y paternas; la actitud de la adolescente es cuidar, proveer y entregar la vida por el hijo (15).

Las madres adolescentes y embarazadas abandonan sus obligaciones diarias como son estudiar, socializar, divertirse, recrear, conocer, experimentar; actividades que se pierden a su corta edad, se agrega el cambio de su estilo de vida por una totalmente diferente, llena de responsabilidades a muy corta edad, como prioridad se encierra a cuidar a un hijo que no puede vivir sin supervisión y que necesita atención permanente.

2.1.10. Programa educativo sobre el embarazo no deseado dirigido a las adolescentes. Cuba. 2018.

En la provincia de Santiago de Cuba la natalidad es de 12.9 por 100 habitantes, el embarazo en la adolescencia continua siendo un problema, ya que representa del 13% al 15% de los nacimientos en la provincia, el objetivo es evaluar la efectividad del programa educativo que modifique el conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia, por medio del cuestionario y una intervención educativa en una población de adolescentes de sexo femenino de 14 a 19 años de edad (16).

Las adolescentes contaban con un conocimiento insuficiente sobre temas específicos, donde solo el 8,7% alcanzaron la calificación adecuada al inicio de la investigación. Desde el principio los temas más conocidos se relacionaron con la edad óptima para la concepción con el 45,7% de respuestas correctas; los métodos anticonceptivos el 26,1% respondieron correcto, y las medidas para evitar el embarazo no deseado solo el 30,4% fueron acertadas. Al finalizar la intervención, los tres temas alcanzaron la calificación adecuada en el 97,8% de la muestra (16).

El programa educativo es un método educativo con resultados satisfactorios porque modifica la conducta de las adolescentes, sus conocimientos, ayuda a expresar sus ideas, dudas e inquietudes, así como también resolver creencias que tienen las adolescentes, aumentando en un alto porcentaje el conocimiento del embarazo y así evitar riesgos durante este periodo tan importante para la madre y el niño.

2.2. Marco Contextual

2.2.1. Antecedentes

El centro de Salud N°1 de la ciudad de Ibarra fue fundado por el Dr. Juan Ignacio Reyes Morales el 20 de setiembre de 1952, actualmente es considerada una Unidad Operativa que brinda sus servicios integrales e integrados dentro de la promoción, prevención, recuperación de la salud para el individuo, familia y la comunidad, cumpliendo con las normas y los programas del rector de salud el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Dentro del área de afluencia que abarca el centro de salud N°1 de la ciudad de Ibarra tiene designado un total de 108.283 habitantes tomando en cuenta la población que es asignada a todo el cantón de Ibarra según INEC que es de 181.175 de habitantes, lo que da un resultado que el centro de salud tienen como asignación el 59.76% de la población total del cantón, esto corresponde a las siguientes parroquias: El Sagrario que contiene 21 barrios, la parroquia de San Francisco con sus 17 barrios, y finalmente las comunidades rurales que se encuentran: Pocllocunga, Manzano Guaranguí, Yuracruz, Yuracucito, Añaspamba, Rumi loma, Cachimba, Guaranguicito y San Francisco (17).

Esta unidad operativa correspondiente al primer nivel de atención en la salud, se cuenta con una amplia variedad de servicios, equipamiento y personal multidisciplinario, que realiza su atención dentro de los horarios de lunes a viernes de 7:30 a 17:00 horas; los fines de semana en un horario de 08:00 a 16:00 y este tipo de atención es solo para casos de emergencia y realizar algún tipo de procedimientos.

2.2.2. Ubicación

El Centro de Salud N.º 1 de Ibarra se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura, en la ciudad de Ibarra, exactamente en el centro de la ciudad, en la calle García Moreno 3-34 entre Rocafuerte y Maldonado.

2.2.3. Limitación geográfica

El centro de Salud N.º 1 de Ibarra se encuentra limitado de la siguiente manera:

- Norte: El olivo, Estadio y Ciudadela Galo Larrea.
- Sur: El sagrario, Las Cuatro esquinas.
- Este: La victoria, Universidad Técnica Del Norte, Universidad Católica
- Oeste: La merced, Ciudadela Nuevo Hogar, Ciudadela El Chofer, Ciudadela Simón Bolívar.

2.2.4. Espacio físico

El centro de Salud N°1 Ibarra cuenta con los siguientes espacios:

- 8 Consultorios médicos
- 1 Consultorio odontológico
- 1 consultorio pediátrico
- Farmacia
- Información
- Estadística
- 2 salas de preparación
- Sala de espera
- Vacuna torio
- Procedimientos
- Sala de nebulizaciones
- Sala de triage respiratorio
- Sala de PCT
- Laboratorio básico

2.2.5. Servicios que brinda

El Centro de Salud N.º 1 Ibarra realiza actividades de tipo intramural y extramural, dentro de lo intramural se encuentra:

- Atención en medicina General
- Atención odontológica
- Atención pediátrica
- Atención obstétrica y ginecológica
- Planificación familiar
- Atención psicológica
- Curaciones
- Ecografías
- Inmunizaciones
- Preparación
- Entrega de medicación
- Atención a grupos prioritarios, club del adulto mayor, club de desnutrición.

Entre las actividades de tipo extramural se encuentra

- Visitas domiciliarias
- Campañas de vacunación
- Control escolar
- Control de discapacitados
- Charlas educativas

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Conocimiento

La Organización Mundial de la Salud define al conocimiento como la síntesis, el intercambio y la aplicación del entendimiento adquirido por los utilizadores pertinentes para mejorar y acelerar los beneficios de innovación en el ámbito global y local (18), fomentando los sistemas de salud y mejorar la salud de los individuos, el conocimiento solo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

2.3.2. La adolescencia y sus etapas

Según la OMS define a la adolescencia como el periodo de crecimiento humano y su desarrollo, que empieza luego de terminar la niñez y finaliza en el periodo de la adultez, esta edad abarca los 10 a 19 años. Es una de las etapas más importantes de la vida del ser humano, su principal característica es la aceleración del crecimiento y los cambios biológicos, para marcar la diferencia entre periodos se toma a la pubertad la que se conoce como el puente entre la niñez y la adolescencia (19), durante esta etapa tienen lugar muchos cambios que son difíciles para el adolescente explicar y tomarlos con madurez.

Los cambios durante la adolescencia se clasifican en biológicos que son universales y las que abarcan características propias de esta etapa varían según el tiempo, nivel de educación, tipo de creencia religiosa, cultura, contextos sociodemográficos, mundialización de la comunicación, zona de urbanización y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales (19), especialmente en la actualidad con la facilidad para la obtención de información y la libertad del adolescente en indagar sobre las dudas que posee.

- **Adolescencia temprana entre 10 a 13 años:** La etapa se divide desde un punto de vista psicológico el cual abarca la pérdida de interés y confianza con los padres, así como también la relación cercana, y trasporta esa importancia a

otros individuos ajenos al núcleo familiar como son amistades y en general a personas del mismo sexo que comparten las mismas cualidades. Al buscar su propio círculo social se puede encontrar con dificultades en donde no se sienta cómodo y se sienta obligado a migrar de amistades hasta encontrar uno donde se exprese y se sienta mejor.

Las fantasías y habilidades cognitivas tienen mayor prioridad, pierden control sobre sus impulsos y las metas junto con los propósitos no tienen relación con la formación vocacional es decir que no están basados en una realidad objetiva o de la imagen, tienen una mayor prioridad los cambios biológicos, el aspecto físico toma gran importancia y dependen mucho de los comentarios de su círculo social, se preguntan a menudo sobre su aspecto físico y lo que los demás piensan de ellos (24).

- **Adolescencia media de 14 a 16 años:** Este periodo se caracteriza por un completo desarrollo y crecimiento, las relaciones con los padres es lo fundamental ya que ellos definen la actitud, en cuanto a los conflictos en la familia, los adolescentes se refugian con otros de su mismo círculo social que enfrenten los mismos problemas y tengan características similares. al presentar el mismo tipo de problemas se sienten identificados y seguros de compartir sus experiencias.

La atracción sexual se dispara en esta etapa y la gran mayoría cree que es el momento justo para indagar sobre esta actividad, se sienten lo más poderosos, invulnerables a todo, llenos de energía, adrenalina, lo que puede llevar a aumentar el riesgo de la vida del adolescente. La apariencia física se encuentra en el punto crítico, se rigen por la moda, el aspecto corporal y los criterios de los semejantes llenan su autoestima y se sienten más seguros (24), durante esta etapa el adolescente corre más peligro porque la característica principal de esta etapa es tener mayor número de relaciones interpersonales y no analizan los peligros y consecuencias de ciertos actos.

- **Adolescencia tardía entre los 17 a 19 años:** Este periodo abarca muchas características, el biotipo adulto está formado y por lo general aceptan su imagen corporal, restablecen las relaciones con los padres, tienden a tener una actitud más madura y de responsabilidad. Toman prioridades e importancia a las relaciones de orden íntimo, las metas y propósitos en cuanto a la vocación tienen una base fundamental de hechos reales y objetivos.

Durante esta etapa si se asume un embarazo este corresponde al periodo que se encuentre, al momento de tener un hijo no quiere decir que favorece a avanzar a otras etapas superiores, por el contrario no se va a cumplir el ciclo de madurez; por ello se plantea las adolescentes embarazadas son solo adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes (24), aunque esta etapa sea de madurez solo se cumple si se termina de realizarse completamente la etapa y su madurez biológica y mental avancen por sus propios conocimientos y experiencias.

- **Cambios en el desarrollo corporal:** Durante la a adolescencia se produce un crecimiento rápido y desconcertante la cual atraviesa diferentes fases sin mostrar una naturaleza fija. La pubertad es el primer paso y hace referencia al aspecto fisiológico, transformación sexual y la aptitud para la procreación. El segundo periodo abarca los cambios en la personalidad y la característica principal en las niñas es la menarquia, la adolescencia viene del latín adolescentia y de su raíz adolecere, falta, carencia (20).

Las variables que modifican su desarrollo: socioculturales, geográficas, climáticas, ambientales, de procesos de inteligencia, entre otras. Al iniciar la pubertad el proceso de cambios físicos que convierte a la niña en un adulto que es capaz de reproducirse sexualmente. Esto no quiere decir que la niña esté preparada para ser madre. Las consecuencias graves a largo plazo durante el embarazo en la adolescente pueden resumirse en que repercuten la salud y el crecimiento del niño, y las que corresponden al desarrollo personal y vida futura de la propia adolescente (20).

2.3.3. Embarazo:

Según la organización mundial de la salud el embarazo inicia al momento que finaliza la implantación, que es el proceso en el cual el blastocito se adhiere a la pared del útero luego de unos 5 a 6 días de la fecundación, finalmente atraviesa el endometrio e invade la estoma (19). La implantación llega a su fin cuando la superficie del epitelio se cierra y se cumple el proceso de nidación, allí es donde inicia el embarazo, ocurre aproximadamente entre los 12 a 16 días después de la fecundación (21).

- **Edad gestacional:** Se refiere a la duración del embarazo que se calcula desde el último día de la menstruación normal hasta el momento del nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio, esta se expresa en semanas o en días completos (23).
- **Duración del embarazo:** El primero en determinar la duración de la gestación fue Hipócrates al decir que dura 280 días, 40 semanas o 9 meses lunares, después lo confirmó Carus y finalmente Naegele en 1978 Si el cálculo se realiza desde la fecha de concepción, el embarazo duraría 38 semanas. Pero existe una gran variabilidad en su duración debido a factores de una mujer a otra, aunque por lo general el parto se desencadene entre la semana 38 a la 42.

Para determinar la Fecha Probable de Parto (FPP) se toma el primer día de la última regla (FUR) y le suman 40 semanas, en el caso que se desconozca esta, las semanas de gestación se podían determinar en base a otros datos como son la altura uterina o la percepción de los primeros movimientos fetales que generalmente aparecen en los primeros embarazos alrededor de las 20 semanas, y finalmente la ecografía que permite ajustar la edad gestacional con mayor fiabilidad (22).

- **Embarazo sin riesgo o normal:** Es el estado fisiológico de la mujer al iniciar la concepción y finaliza con el parto que incluye el nacimiento del producto a término, es decir que cursa con criterios de riesgo y debe ser atendido por el primer nivel de complejidad (23).
- **Embarazo de riesgo:** Hace referencia a aquella gestación que se tienen la certeza o tiene mayor probabilidad de presentar estados patológicos y presenta condiciones anormales concomitantes con la gestación y el momento del parto, aumentando los peligros para la salud de la madre y el producto, otro factor de riesgo son las condiciones socioeconómicas precarias (23).
- **Embarazo Gemelar:** Se define como gestación múltiple a la que se desarrolla simultáneamente dos o más fetos. Estos pueden ser Dicigótica cuando se fecundan dos óvulos independientes por dos espermatozoides diferentes, también se los conoce como gemelos fraternos biovulares o no idénticos. La gestación Monocigótica por otro lado es cuando se produce la fecundación de un solo óvulo que posteriormente se divide, lo que da lugar a gemelos idénticos (24).

2.3. 4. Signos y síntomas del embarazo:

- **Signos de presunción:** Son signos variables, que aparecen al final de la cuarta semana hasta la 18va semana, se caracteriza por sialorrea, vómitos, modificaciones del apetito y del gusto, aversión a ciertos olores, irritabilidad, preocupación, tristeza, ciclos de alegría y melancolía, mareos, lipotimias, somnolencia, polaquiuria (25).
- **Signos de probabilidad:** Entre ellos se encuentra el principal la amenorrea, las modificaciones Uterinas entre ellas la forma del útero más globulosa, los fondos de sacos vaginales convexos o signo de Noble- Budín y su consistencia disminuye, también conocido como reblandecimiento.

- **Signos de certeza:** La detección de Sub-unidad Beta de la HCG o Gonadotropina Coriónica Humana: es detectable aún antes de la nidación y es exclusivamente producida por el sincitiotrofoblasto. La ecografía transvaginal, la palpación abdominal que permitirá reconocer el tamaño, consistencia y desviaciones del útero grávido, apreciar las contracciones, los movimientos del feto y hacer el diagnóstico de la colocación fetal (actitud, situación, presentación) y el número de fetos, finalmente la detección de latidos fetales a través del Estetoscopio Obstétrico de Pinard o detectores Doppler (25).

2.3.5. Embarazo en la adolescencia:

Es aquel que se produce en una adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad, o al final de la adolescencia. La maternidad temprana es reconocida en el mundo como afección al bienestar y salud reproductiva de las mujeres jóvenes, incluido el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. Aumentando el fracaso en cualquier ámbito de la vida de las adolescentes.

- **Consecuencias para la madre en el embarazo en la adolescencia:**

Fisiológicas: En un periodo corto de plazo puede producir patologías como: anemia, prematuridad, hipertensión, enfermedades de transmisión sexual, mortalidad materna. En periodos largos de plazo: baja estatura, mayor probabilidad de presentar obesidad e hipertensión en etapas superiores.

Psicológicas y sociales: Al momento de interrumpir las etapas normales de la adolescencia produce inestabilidad con la pareja, abandono escolar, mayor número de hijos no deseados, menor ingresos económicos, depresión, síntomas psiquiátricos, aislamiento social y distanciamiento de los padres (20).

2.3.6. Riesgos en adolescentes durante el embarazo

- **Consecuencias fisiológicas para el hijo:** La tasa de mortalidad en lactantes es el doble en adolescentes madre menores de 17 años, así como también bajo peso al nacer, desnutrición, prematuridad, infecciones recurrentes, muerte súbita, traumatismos (20).
- **Causas del embarazo adolescente:** la causa fundamental de los embarazos en las adolescentes es la práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos, también se le agregan la falta de información acerca de la sexualidad, anticonceptivos, ausencia de madurez emocional y biológica, el desconocimiento sobre educación, cultura sexual, en algunos casos violación, el miedo a preguntar o platicar sobre el tema, negligencia por parte de los padres, carencia de cariño o afectividad, inseguridad, autoestima baja, falta de control en sus impulsos y curiosidad (26).

2.3.7 Patologías prenatales en el embarazo adolescente:

Se denomina a un conjunto de trastornos que presenta las adolescentes desde que inicia la fecundación hasta la atención o la finalización del parto:

- Embarazo que finaliza en aborto.
- Aborto a determinarse.
- Aborto séptico.
- Coriocarcinoma.
- Desprendimiento placentario.
- Embarazo ectópico accidentado.
- Ruptura uterina.
- Trastornos hipertensivos.
- Eclampsia.
- Preclampsia.
- Síndrome de Hellp.
- Hemorragias obstétricas.

- Acretismo placentario.
- Atonía uterina.
- Desgarro cervical.
- Hemorragia uterina.
- Retención de restos placentarios.
- Ruptura de arteria uterina, desgarres.
- Ruptura de útero.
- Shock hipovolémico.
- Trastornos placentarios.
- Choque cardiogénico.
- Edema agudo de pulmón.
- Embolia de líquido amniótico.
- Síndrome de abstinencia de opiáceos.
- Trombo embolismo pulmonar.
- Trombosis venosa profunda (27).

- **Anemia:**

Durante el embarazo es común una anemia hiperplasia eritroide con ellos aumenta la masa eritrocítica. Por otro lado, un aumento descontrolado produce una hemodilución, el hematocrito disminuye del 38 al 45% en las embarazadas sanas. Durante la gestación se define como anemia a la presencia de hemoglobina menor de 10 g/dL y hematocrito menos al 30%. A pesar de la hemodilución la capacidad de transportar oxígeno sigue en los rangos normales durante todo el embarazo, y finalmente el hematocrito aumenta inmediatamente luego del nacimiento del producto (28).

- **Oligohidramnios:**

Hace referencia a la deficiencia de líquido amniótico, este no se puede medir con exactitud directamente, a excepción durante una cesárea. Este líquido se calcula

indirectamente a través de criterios ecográficos, el índice de líquido amniótico ILA es la suma de la profundidad vertical del líquido medido en cada cuadrante del útero. El rango normal abarca desde los 5 a 24 cm, los niveles menores a 5cm indican oligohidramnios (29).

- **Diabetes gestacional:**

Patología que se caracteriza por la intolerancia a los carbohidratos que tienen como resultado la hiperglucemia, esta enfermedad se asocia a complicación para la madre y posteriormente al feto, neonato, joven y adulto. Al tener esta alteración aumenta el riesgo de trastornos hipertensivos, cesárea, morbilidades asociadas con la diabetes. Las alteraciones para el feto incluyen macrosomía fetal, hiperglucemia neonatal, hiperbilirrubinemia, distocia de hombro por sobrepeso, trauma fetal durante el nacimiento y muerte fetal-neonatal (30).

- **Presión arterial:**

Se define como la presión que ejerce la sangre contra las paredes de cualquier vaso sanguíneo, de las cuales dependen de la energía del corazón, la elasticidad de las paredes de las arterias y finalmente el volumen y viscosidad de la sangre. La circulación cardiaca inicia en el ventrículo izquierdo del corazón el cual se conoce como presión arterial sistólica y finaliza con la presión arterial diastólica ventricular, a estas se suma la presión arterial media que es el promedio de los niveles de presión arterial (31).

Un cuadro hipertensivo durante el embarazo describe una elevación leve de la presión arterial a una hipertensión severa que involucra daño con órgano blanco ocasionando morbimortalidad materno-fetal la que puede ocurrir durante el embarazo, parto o posparto. Durante el segundo trimestre disminuye la presión arterial entre 5 a 10 milímetros de mercurio y retorna a valores normales en el tercer trimestre (31).

Hipertensión en el embarazo: se considera hipertensión cuando la tensión arterial sistólica es mayor o igual a 140 mmHg y la tensión arterial diastólica es mayor o igual a 90 mmHg en cualquier momento de la gestación.

Hipertensión severa en el embarazo: se clasifica con los valores en la presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg y la tensión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg durante la gravidez.

- **Preclamsia**

La preclamsia es una evolución de la hipertensión agregado a proteinuria o proteína en orina después de la semana 20 del embarazo, generalmente la preclamsia no tratada se desarrolla en eclampsia que puede ser fatal (32).

- **Clasificación de la preclamsia:**

Pre eclampsia sin signos de gravedad o leve: esta se define como una TAS \geq 140 mm Hg y menor ($<$) 160 mmHg junto con TAD \geq 90 mmHg y $<$ 110 mmHg más proteinuria y sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco.

Pre eclampsia con signos de gravedad o grave: esta se define como una TAS \geq 160 mmHg y/o TAD \geq 110 mmHg agregado uno o más criterios de gravedad o afectación de órgano blanco.

Pre eclampsia sin proteinuria: se clasifica con una TAS \geq 140 y TAD \geq 90 mmHg añadido uno de los siguientes criterios, plaquetas menores de 100.000 /uL, enzimas hepáticas o transaminasas elevadas al doble de lo normal, desarrollo de insuficiencia renal aguda con concentraciones de creatinina sérica mayores a 1,1 mg/dL o el doble de concentración de creatinina sérica sin presentar enfermedades renales, edema agudo de pulmón, aparición de síntomas neurológicos o visuales (31).

- **Eclampsia**

Según la guía de control prenatal se define a la eclampsia como el desarrollo de convulsiones tónico - clónicas generalizadas o coma en mujeres con pre eclampsia

durante la gestación, parto o puerperio que no atribuible a otras enfermedades o condiciones neurológicas (31).

- **Infección de las vías urinarias:**

La principal causante de esta patología es la Escherichia coli, a nivel anatómico la vejiga se congestiona y se desplaza de su sitio común, la hormona progesterona aumenta lo que provoca la relajación de los músculos de la vejiga y los uréteres, lo que disminuye el flujo de la orina, el útero al aumentar de tamaño, comprime los uréteres, y acumula hasta 200 ml de orina, favoreciendo el crecimiento de bacterias y el Ph de la orina cambia y se vuelve más alcalino, durante el embarazo los riñones tienden a aumentar de tamaño por el incremento de flujo sanguíneo y que deben filtrar mayor cantidad sanguínea (33).

- **VIH/SIDA**

Según la organización mundial de la salud se conoce al VIH como el virus de inmunodeficiencia humana, que infecta a las células de todo el sistema inmunitario, con ello altera la correcta funcionalidad. Esta infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, por lo cual este deja de luchar contra las infecciones y enfermedades. Al avanzar esta infección evoluciona al síndrome de inmunodeficiencia adquirida que puede tardarse entre 2 a 15 años en manifestarse (34).

- **Retardo del crecimiento intrauterino y patologías placentarias.**

Se define como un síndrome de mala adaptación de la circulación por el inadecuado funcionamiento de los mecanismos de circulación durante el embarazo y que tienen como consecuencia el retardo del crecimiento intrauterino y como consecuencia el desprendimiento prematuro de las membranas y de la placenta.

2.3.8. Signos de alarma

Los signos más relevantes durante el embarazo incluyen el sangrado vaginal, dolor intenso en epigastrio, presencia de eliminación de líquido por la vagina antes de la fecha de parto, cefalea, zumbido en los oídos, mareo, visión borrosa, manifestar convulsiones, ausencia de movimientos fetales, ardor durante la diuresis, parto pos termino o prolongación del parto, fiebre y mala presentación fetal (35).

2.3.9. Complicaciones en el embarazo adolescente.

- **Desgarro del tracto vaginal:**

Durante el parto las adolescentes al ser primigestas los diámetros pelvianos no alcanzan el tamaño que necesita el feto para realizar el correcto recorrido y saludable por el canal del parto para así producir el alumbramiento, lo que ocasiona lesiones traumáticas en el tracto vaginal, sumándole el riesgo de infecciones por la herida producida y la cercanía del orificio vaginal con el canal anal (36).

- **Aborto:**

La complicación más común durante el embarazo en las adolescentes con aproximadamente un 25% de estos finalizan en abortos espontáneos produciéndose antes del primer trimestre de gravidez, las gestantes muy jóvenes tienen el órgano reproductor que aún no ha madurado completamente y al no mantenerse estable para albergar la vida se produce el aborto de manera natural (37).

- **Rotura de membranas**

Se define como rotura prematura de membranas cuando existe una abertura en las membranas y ocurre antes de la semana 37 de gestación, esta aumenta el riesgo de contraer una infección a la madre y sepsis al recién nacido, también aumenta el riesgo de presentaciones fetales anormales y el desprendimiento de la placenta. Los

estreptococos del grupo B y Escherichia coli son causas comunes de infección, la hemorragia intraventricular en el recién nacido puede dar lugar a trastornos del neurodesarrollo como ejemplo la parálisis cerebral (38).

- **Amenaza de parto pretérmino**

Se conoce al proceso clínico en donde se presentan contracciones fisiológicas uterinas propias del parto en las pacientes que permanecen con las membranas intactas, generalmente aparecen entre la semana 20 a la 37 de gestación. Los movimientos uterinos son más visibles en un periodo de 30 o más segundos con una frecuencia de una o más en 10 minutos y en un lapso de una hora, produciendo dilatación cervical leve, borramiento del cérvix en un 80% y una dilatación aproximado de 2 centímetros.

2.3.10. Clasificación del Riesgo Obstétrico

Riesgo 1 o Bajo Riesgo

- Incluyen condiciones socio-económicas desfavorables.
- Control insuficiente de la gestación menor de 3 visitas prenatales.
- Edad menor a 19 años o mayor a 35 años en el primer embarazo.
- Adolescentes menores de 15 años indiferentes del número de gestación.
- Drogadicción, alcoholismo y Tabaquismo.
- Gran multiparidad.
- Incompatibilidad Rh.
- Infección de vías urinaria y Flujo vaginal recurrente.
- Período intergenésico por cesárea previa menor de 12 meses.

Riesgo 2 o Alto Riesgo

- Anemia con hemoglobina menor 10g/dl o hematocrito menor 25%.
- Embarazo Múltiple.
- Enfermedades crónicas no transmisibles.
- Polihidramnios u Oligoamnios.
- Epilepsia.
- Historia obstétrica desfavorable.
- Enfermedades neuropsiquiátricas.

- Infección materna.
- Presentación anómala.
- Desnutrición y Obesidad.
- Asma.

Riesgo 3 o Riesgo Inminente

- Amenaza de parto pretérmino.
- Cardiopatías.
- Diabetes Gestacional descompensado o en tratamiento.
- Hemorragia vaginal.
- Rotura prematura de membranas mayor de 12 horas.
- SIDA clínico.
- Trastornos hipertensivos en el embarazo.
- Taquicardia fetal <110 latidos o > 160 latidos por minuto y ausencia de movimientos fetales (23).

2.3.11. Modelo de enfermería

Los modelos conceptuales de enfermería representan matrices disciplinares diferentes o paradigmas, derivados de metaparadigma de enfermería. Donde son los conceptos globales de fenómeno de interés de la disciplina de enfermería: Persona, Salud, entorno y enfermería, los cuales han sido conceptualizados de manera diferente por distintas autoras para generar nuevos modelos conceptuales (39).

- Dorothea Orem: teoría del autocuidado, déficit de autocuidado, y sistemas de enfermería donde define como el paciente es un ser que tienen funciones biológicas, simbólicas, sociales y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse, puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado (39).
- Ramona Mercer: adopción del rol maternal que tiene enfoque en la maternidad, considera la adopción del papel maternal como un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se vincula a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo (39) .

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008.

La constitución de la República del Ecuador es el principal instrumento legal del estado, donde establece diferentes artículos consagrados a favor de la vida y la salud de la población, establece derechos económicos y socioculturales, para mejorar la calidad de vida. La constitución del Ecuador es la carta magna vigente en la Republica.

Es el fundamento y la fuente de autoridad jurídica que sustenta la existencia del Ecuador y de su gobierno. La supremacía de esta constitución la convierte en el texto principal dentro de la política ecuatoriana, y para la relación entre el gobierno con la ciudadanía (40).

Sección Séptima: Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (40)

Capítulo tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con

discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (40)

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 (40)*

Sección quinta: Niñas, niños y adolescentes

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas (40).

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos

de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

8. Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.

9. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

Sección segunda Salud

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas (40).

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.

Art. 363.- El Estado será responsable de:

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.

4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

6. 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 (40).

2.4.2. Plan nacional de desarrollo toda una vida

El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento por medio del que se concreta la garantía de derechos en un marco de política pública; por tanto, su vinculación y la ejecución de su cumplimiento son importantes frente a los diferentes niveles de gobierno; es así que, dentro de los derechos para todos durante toda la vida, se mencionan los siguientes:

Eje 1; este eje posiciona al ser humano como sujeto de derechos a lo largo de todo el ciclo de vida, y promueve la implementación del Régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución de Montecristi (2008). Esto conlleva el reconocimiento de la condición inalterable de cada persona como titular de derechos, sin discriminación alguna. Además, las personas son valoradas en sus condiciones propias, celebrando la diversidad. Así, nos guiamos por el imperativo de eliminar el machismo, el racismo, la xenofobia y toda forma de discriminación y violencia, para lo cual se necesita de políticas públicas y servicios que aseguren disponibilidad, accesibilidad, calidad y adaptabilidad” (41).

Los problemas de desarrollo son vistos como derechos insatisfechos y el Estado debe estar en condiciones de asumir las tres obligaciones básicas que tiene: respetar, proteger y realizar. Respetar implica que el mismo Estado no vulnere los derechos.

Proteger significa que el Estado debe velar para que no se vulneren los derechos y, en caso de ocurrir, obligar el cumplimiento de las reparaciones correspondientes. Realizar conlleva que el Estado debe actuar proactivamente para garantizar plenamente los derechos, especialmente en los grupos de atención prioritaria. Entre las prioridades se encuentra también la erradicación de diferentes formas de violencia, principalmente respecto a mujeres, niños, niñas, adolescentes y jóvenes, promoviendo un sistema de prevención, protección, atención integral y reparación de derechos a las personas que han sufrido de ella. En el mismo sentido, la discriminación y la exclusión social son una problemática a ser atendida, con la visión de promover la inclusión, cohesión social y convivencia pacífica.

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas

Plan Mujer

Mujeres en situación de pobreza o vulnerabilidad sus líneas de acción se enfocan en salud sexual y reproductiva: embarazo adolescente (42).

2.4.4. Código Orgánico de Salud

Capítulo II: Sección I: Derecho a la salud

Art. 3: Salud: La salud es el estado de completo bienestar, mental, físico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas como son sus necesidades sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

Artículo 4.-Sobre el Derecho a la Salud consiste en el acceso universal, permanente, oportuno y continuo a la atención de salud de manera integral e integrada, de acuerdo a la política establecida por la Autoridad Sanitaria Nacional, para la

promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos y de largo plazo (43).

Artículo 5.-Manifiesta que el deber del estado es garantizar a todas las personas y de modo especial, a los grupos de atención prioritaria, el derecho a la salud.

Capítulo II: Sección II: Derechos específicos a la salud

Art. 7: Atención digna: Toda persona, familia o comunidad que reciba atención por cualquier prestado de salud tiene derecho a:

1) El respeto a su intimidad, cultura, edad, etnia, religión, género, orientación sexual sin discriminación alguna

2) Ser atendido con respeto y amabilidad.

3) Recibir atención integral para satisfacer su necesidad y/o intervenir en el problema o riesgo de salud, relacionado con su ciclo de vida, con calidad, seguridad y efectividad.

4) El resguardo de la confidencialidad de la información que sobre ella conozcan los prestadores de salud, incluida la transmisión de información médica a través de medios electrónicos (43).

Art. 12: Atención con medicinas ancestrales, alternativas y complementarias: Toda persona tiene la posibilidad de elegir su atención a través de medicinas complementarias y alternativas reconocidas por la Autoridad Sanitaria Nacional; así como a través de las medicinas ancestrales (43).

Capítulo II: Sección III: Derechos de los grupos de atención prioritaria

Art. 15: Mujeres embarazadas: Tienen derecho a:

1) Recibir atención de salud preferente, integral y oportuna durante el periodo gestacional, parto y postparto; incluyendo el manejo prioritario y adecuado de las emergencias obstétricas, la referencia y el transporte oportuno a los establecimientos de salud que correspondan; así como, el acceso oportuno a medicamentos, dispositivos médicos, sangre, hemoderivados y otros, de acuerdo a la norma vigente (43).

2) Decidir el tipo y modalidad de parto normal que desean, con el asesoramiento oportuno de profesionales de salud, y a que se respete su elección; siempre y cuando esta opción no comprometa la salud y vida de la madre y/o recién nacido (43).

• *Libro I: Sistema Nacional de Salud: Título III: Organización del Sistema Nacional de Salud*

Art. 42: Modelo de Atención. El sistema nacional de salud se organizará con base en el Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural que tiene los siguientes objetivos:

1) Orientar el accionar integrado de los actores del sistema nacional de salud hacia la garantía de los derechos de salud y en el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo.

2) Mejorar las condiciones de vida y salud de la población, a través de la incidencia sobre los determinantes de la salud, con enfoque integral en salud, orientado hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano, mediante acciones intra y extramurales.

3) *Garantizar un enfoque basado en Atención Primaria de Salud. Todos los prestadores públicos del sistema nacional de salud participaran de manera articulada y complementaria en la implementación del modelo de atención (43).*

Capítulo II: Talento Humano en Salud: Sección I: Normas Comunes

Art. 54: Profesionales de salud: Se consideran profesionales de salud a todos aquellos que ostente un título relacionado a la salud, de tercer nivel o más, debidamente reconocido por las entidades competentes. La Autoridad Sanitaria de Salud regulará el listado oficial de profesionales de la salud. El ejercicio de los profesionales de salud se ejecutará a los principios, criterios y enfoques establecidos en el presente código, y atendiendo el cuidado respetuoso de la vida y la dignidad de cada ser humano (43).

2.4.2. Código Ético

El estado garantiza la construcción de una ética laica que sustente la construcción del quehacer público. Toda investigación en seres humanos debe realizarse bajo 3 principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia y justicia.

Artículo 4. Compromisos.

- *Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado.*
- *Administrar, utilizar y rendir cuentas del uso de los bienes del Ministerio de Salud Pública.*
- *Concientizar que la principal riqueza del Ministerio de Salud Pública constituye el talento humano que está al servicio de la población en general;*

- *Cumplir rigurosamente los protocolos y normativas en los diferentes procedimientos técnicos y administrativos que sean pertinentes.*
- *Respetar las diferencias e identificar los derechos específicos de los/as usuarios/as que presentan diversas necesidades.*
- *Brindar un servicio de alta calidad técnica y humana, con entrega incondicional en la tarea encomendada.*
- *Demostrar una conducta intachable y justa, alineándose a la misión y visión de la Institución.*
- *Garantizar atención con calidad y calidez en todo el portafolio de servicios del Ministerio de Salud Pública. (44).*

2.4.3. Código Helsinki

Es el documento internacional más conocido con relación a la investigación en seres humanos, incluida la investigación del material humano y la información que lo identifique.

Conforme al mandato de la Asociación Médica Mundial (AMM), la Declaración de Helsinki está destinada principalmente a los médicos, pero se insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios. Su conocimiento y lectura, resulta obligatoria para todos los profesionales de la salud

Principios básicos para toda investigación médica

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico

clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica, y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad.

Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.

25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el investigador está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier posible conflicto de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación (45)

2.4.5. Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador

Art. 6: Para ejercer la profesión de enfermería, deberán poseer título profesional, pertenecer a su respectivo colegio profesional.

El ejercicio de la profesión de enfermería en el Ecuador asegurará una atención de calidad científica, técnica y ética; que deberá ejecutarse con los criterios y normas de educación que establezca la Asociación Ecuatoriana de Facultades y

Escuelas de Enfermería ASEDEFE y las escuelas de enfermería universitarias y las políticas, dirección, lineamientos y normas del Ministerio de Salud Pública y de la Federación de Enfermeras/os (43).

Art. 7: *Son competencias y deberes de los enfermera/os:*

a) Ejercer funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia en las áreas de especialización y aquellas conexas a su campo profesional.

b) Participar en la formulación e implementación de las políticas de salud y enfermería.

c) Dirigir los departamentos y servicios de enfermería a nivel nacional, regional, provincial y local.

d) Dirigir las facultades y escuelas de enfermería y ejercer la docencia en las mismas, conforme a la ley y el respectivo reglamento, a fin de formar los recursos humanos necesarios.

e) Dar atención dentro de su competencia profesional a toda la población sin discrimen alguno.

f) Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud.

g) Dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad.

2.4.6. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código Internacional de Ética para enfermeras en 1953, el cual ha sido revisado y confirmado respecto a cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

Para lograr su finalidad, el Código ha de ser comprendido, asimilado y utilizado por las enfermeras en todos los aspectos de su trabajo y por los estudiantes a lo largo de sus estudios. Tiene cuatro elementos principales:

La enfermera y las personas: La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería, por lo tanto, al dispensar los cuidados:

- Promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.
- Se cerciorará que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.
- Mantendrá la confidencialidad de toda la información personal y utilizará la discreción al compartirla.
- Defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos.
- Demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.

La enfermera y la práctica: La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia, mediante la formación continua:

- Mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.
- Juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.
- Observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público.

- Dispensará los cuidados, una vez que corrobore que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.
- Tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto.

La enfermera y la profesión: La enfermera tiene la función principal de establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, con la finalidad de:

- Contribuir activamente para el desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas.
- Participar en el desarrollo y sostenimiento de un conjunto de valores profesionales.
- Participar activamente en organizaciones profesionales, así como en la creación de un entorno favorable de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo que social y económicamente sean seguras y equitativas.
- Contribuir a crear un entorno ético en la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos.

La enfermera y sus compañeros de trabajo: La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la Enfermería y en otros sectores, con la disposición de:

- Adoptar las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.
- Actuar adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer un comportamiento ético.

Es inherente a la Enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. Las

enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados (43).

2.4.8. Plan nacional de salud sexual y reproductiva 2017 – 2021

Salud, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Ecuador

En el Ecuador, el ejercicio pleno de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a lo largo del ciclo vital de las personas, está afectado por las inequidades económicas, de género, sociales y étnicas. Los efectos de estas inequidades, se expresan en los siguientes ámbitos inter-relacionados: la diferencia de la tasa de fecundidad entre distintos grupos de población, el desequilibrio en la fecundidad deseada y observada, el embarazo en adolescentes, la mortalidad materna, el acceso a métodos anticonceptivos incremento de ITS incluido VIH, violencia basada en género, cánceres relacionados al aparato reproductivo, y salud sexual y salud reproductiva en personas con discapacidad (42).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

Se utilizó un enfoque de investigación mixta que se define como el conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación que implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información obtenida y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (46).

Es cuantitativa porque existen variables que necesitan ser analizados mediante dígitos numéricos y medirlos resultados; los cuales se expresan por medio de gráficos estadísticos. También es cualitativa porque se recolectará información sobre los factores sociodemográficos que se relacionan con el embarazo en madres adolescentes.

No experimental por que no se modifican las variables, es decir se va a observar el fenómenos y acontecimientos en su contexto natural, permite realizar una búsqueda sistemática sin modificar las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido y no son manipulables.

3.2. Tipo de investigación

La investigación que se aplicó es transversal por que la investigación se realizó en un determinado tiempo y una población específica (47); Observacional porque se recabó información referente al conocimiento del riesgo del embarazo en madres adolescentes y luego se realizó el análisis con datos estadísticos como profesionales de salud especialmente como enfermería afronta esta situación netamente nuestra.

3.3. Localización y ubicación del estudio

El presente estudio se realizó en el centro de salud N° 1 de la ciudad de Ibarra perteneciente a la provincia de Imbabura.

3.4. Población

La población que se estudió en la presente investigación fue adolescentes embarazadas y familiares de las mismas que asisten a los controles prenatales en el Centro de Salud N°1 de la Ciudad de Ibarra en el año 2019.

3.4.1. Muestra

De la población total de 45 adolescentes que asisten a control prenatal en el centro de Salud N°1 de la Ciudad de Ibarra, se pudo determinar el presente estudio de investigación con la participación de 40 usuarias que asistieron, pudiendo indicar que los 5 restantes se encontraban en su periodo de posparto.

3.4.2. Criterios de inclusión

Todas las adolescentes embarazadas que acuden al centro de Salud N°1 de la ciudad de Ibarra.

3.4.3. Criterios de exclusión

Adolescentes embarazadas que se encuentran en el periodo de posparto.

3.5. Métodos de recolección de información

Al ser una investigación de tipo cualitativo y cuantitativo; el método que se utilizó es inductivo y deductivo respectivamente por que recabamos información en cuanto al conocimiento de las adolescentes sobre los riesgos en el embarazo y luego analizó los resultados obtenidos para llegar a la conclusión.

3.5.1. Instrumentos de recolección de información

Para cumplir los objetivos de investigación se utilizó las siguientes técnicas de recolección de datos:

3.5.2. Encuesta: Es una técnica que consiste en el diseño de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas; la misma que se aplicó a las adolescentes embarazadas.

3.5.3. Checklist: Se realizó un listado de chequeo en donde constan actividades que ejecutan las adolescentes embarazadas, en relación a la valoración de las actitudes que asumen las usuarias en el periodo de embarazo.

3.6. Operacionalización de variables

Objetivo específico N°1: Describir las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.				
Variable	Referencia conceptual	Dimensiones	Indicador	Escala
Características sociodemográficas	Características sociodemográficas: son el conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles.	Edad	Años cumplidos	a) 12-13 b) 14-15 c) 16-17 d) 18-19
		Etnia	Auto identificación	a) Mestiza b) Blanca c) Indígena d) Afro ecuatoriana
		Nacionalidad	Lugar de nacimiento	a) Ecuatoriana b) Colombiana c) Venezolana
		Instrucción	Establecida por el ministerio de educación	a) Educación Básica b) Primaria c) Secundaria d) Superior
		Ocupación	¿Cuál es su ocupación?	a) Estudiante b) Trabaja

				c) Quehaceres domésticos
		Estado civil	Establecido por el registro civil	a) Soltera b) Casada c) Unión libre
		Religió	Creencia religiosa	a) Católica b) Cristiana c) Atea
		Zona de residencia	Lugar de residencia	a) Urbana b) Rural
Objetivo específico N°2: Evaluar los conocimientos y actitudes sobre signos de alarma que tienen las adolescentes embarazadas.				
Signos de alarma en el embarazo	Los signos y síntomas de alarma en el embarazo se definen como aquellos que nos muestran que la salud de la embarazada y el feto están en peligro, las mujeres embarazadas deben estar capacitadas para reconocer flujo	Conocimientos sobre embarazo	¿Cuánto dura el embarazo?	a) 37 – 43 semanas. b) 38 a 40 semanas c) 28 – 39 semanas
			¿Cuáles son las características del embarazo?	a) Dolor abdominal b) Amenorrea c) Cefalea d) Fiebre

	vaginal hemorrágico, blanco, leucorrea, fluido seminal o líquido amniótico durante el embarazo.		¿causas del embarazo?	<ul style="list-style-type: none"> a) Planificar b) Desconocimiento c) Presión pareja d) Método anticonceptivo ineficaz
			¿consecuencia de relaciones sexuales sin protección?	<ul style="list-style-type: none"> a) ETS b) Embarazo c) Infecciones recurrentes
			¿método anticonceptivo que conoce?	<ul style="list-style-type: none"> a) Método del ritmo b) Pastillas c) Inyecciones d) Implante e) preservativo
			¿recibió educación sexual de?	<ul style="list-style-type: none"> a) Padres b) Maestros c) Personal de salud d) amistades
		Signos de alarma	1. sangrado vaginal	SI - NO

			<p>2. Disuria</p> <p>3. Fiebre</p> <p>4. Cefalea</p> <p>5. Visión borrosa</p> <p>6. Salida de líquido por la vagina</p> <p>7. Disminución o ausencia de movimientos fetales</p> <p>8. Edema</p> <p>9. Convulsiones</p> <p>10. Dolor en epigastrio</p> <p>11. Mala presentación del feto.</p>	
		Actitudes	¿ha buscado información sobre el embarazo?	SI - NO

			<p>¿Ha asistido a club de profilaxis durante su embarazo?</p> <p>¿Acude a los controles en su centro de salud más cercano?</p> <p>¿Responsabilidad durante el embarazo?</p> <p>¿Abandono sus estudios?</p> <p>¿importancia de su etapa?</p> <p>¿Apoyo familia y pareja?</p>	
Objetivo específico N°3: Caracterizar los riesgos más comunes en el embarazo en las adolescentes.				
Riesgos en el embarazo	Riesgo es la probabilidad de sufrir un daño. La noción cualitativa inicial, es decir, de ausencia o presencia de riesgo, ha avanzado hacia otra cuantitativa: riesgo bajo	Individuales	<p>¿tiene baja autoestima?</p> <p>¿tiene necesidad afectiva?</p>	SI – NO- AVECES
		Familiares	¿Fallecimiento de algún miembro núcleo familiar?	SI – NO

<p>y riesgo alto. Embarazo de alto riesgo es aquél en el que la madre, el feto o el recién nacido están o estarán expuestos a mayores peligros para la vida que en un embarazo normal (3).</p>		¿tienen poca comunicación con su familia?	BUENA- MALA
	socioeconómicos	¿Ingresos mensuales entre la adolescente y la pareja?	Menor a 150 Mayor a 150
		¿migración de algún familiar	SI - NO
		¿Rechazo por su grupo social?	SI – NO - AVECES
	Culturales	¿su cultura impide que continúe sus estudios mientras se encuentra embarazada?	SI - NO
		¿su embarazo fue por que la pareja quiso? Machismo	Planificado No planificado
		¿su religión interfiere en su embarazo? casarse	SI - NO

			Consecuencias de iniciar una vida sexual precoz	Embarazo ETS
		Riesgos prenatales	Consume alguna sustancia	a) Drogas b) Alcohol c) tabaco
			Numero d embarazos	a) Primera b) Segunda c) tercera
			Abortos	SI - NO
			Embarazo múltiple	SI - NO
			Enfermedad grave Diabetes Hemorragias vaginales Eliminación de secreción vaginal VIH/SIDA Hipertensión Movimientos fetales	SI – NO

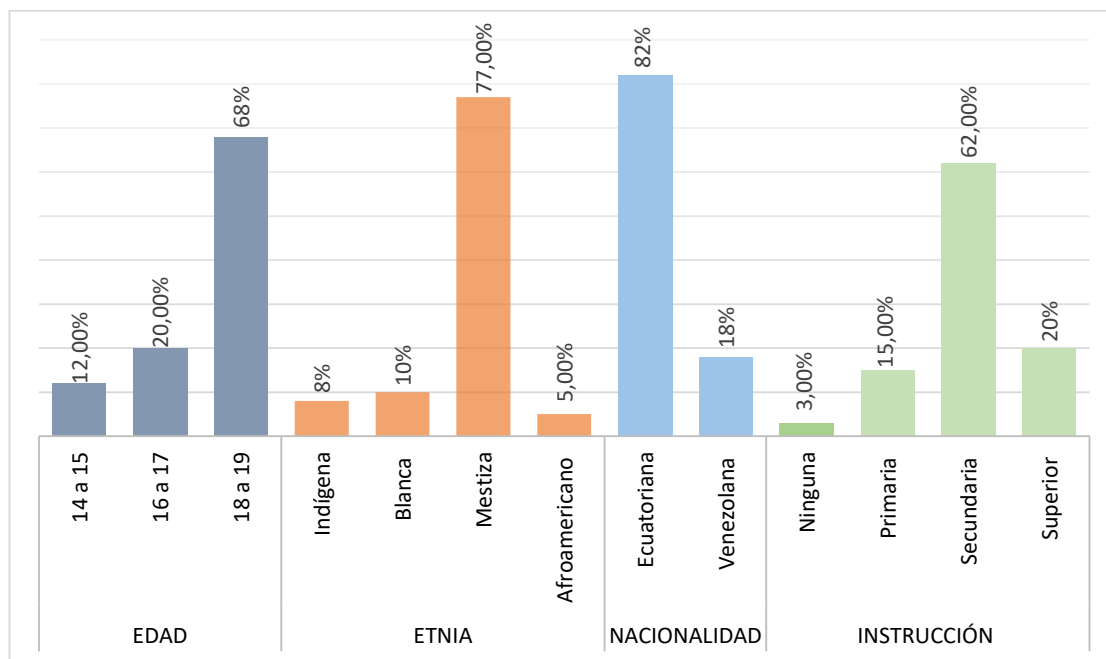
CAPÍTULO IV

4. Presentación de resultados

En el presente capítulo se muestra los resultados obtenidos en la investigación realizada, con un diseño metodológico, no experimental, cualitativo y cuantitativo; por lo que los objetivos planteados para el trabajo son de características sociodemográficas, conocimientos, actitudes y clasificación de los riesgos en el embarazo adolescente para ello hubo la necesidad de crear una encuesta que cumpla con todos los requisitos especificados. Para la validación del instrumento, este paso por un juicio de expertos, en donde cada uno de ellos revisaron e hicieron sus propias aportaciones y sugerencias, luego de evaluar las correcciones de los expertos se realizó una encuesta que se presentó a la tutora, la encuesta es el instrumento corregido y validado se utilizó en las adolescentes; esta encuesta constó de 5 preguntas abiertas y 50 cerradas con un total de 55 preguntas, luego se procedió con el permiso respectivo por parte de la decana de la Facultad de ciencias de la salud para la aplicación de este instrumento en el Centro de salud N^o1 de la ciudad de Ibarra, próximamente de haber obtenido el permiso adquirido por parte del director del centro de salud se buscó en la base de datos del mismo y se encontró a un total de 45 adolescentes embarazadas que están asistiendo a los controles prenatales; con estos datos se procedió a buscar en el área de estadística los días y la hora de los controles prenatales de las adolescentes. Una vez con estos datos se acudió al centro de salud en la hora y día indicado en la cita, se explicó a las madres adolescentes sobre los objetivos y tema de investigación que se realizaba y contando con el interés de las usuarias se aplicó la encuesta respectiva, una vez aplicada a un total de 40 usuarias, se procedió a elaborar una base de datos en Microsoft Excel basándose en los objetivos del estudio de investigación, se tabuló todas las encuestas y se obtuvo los porcentajes respectivos, se elaboró gráficos en donde se muestran los resultados obtenidos de cada pregunta con su respectiva respuesta que se colocan a continuación.

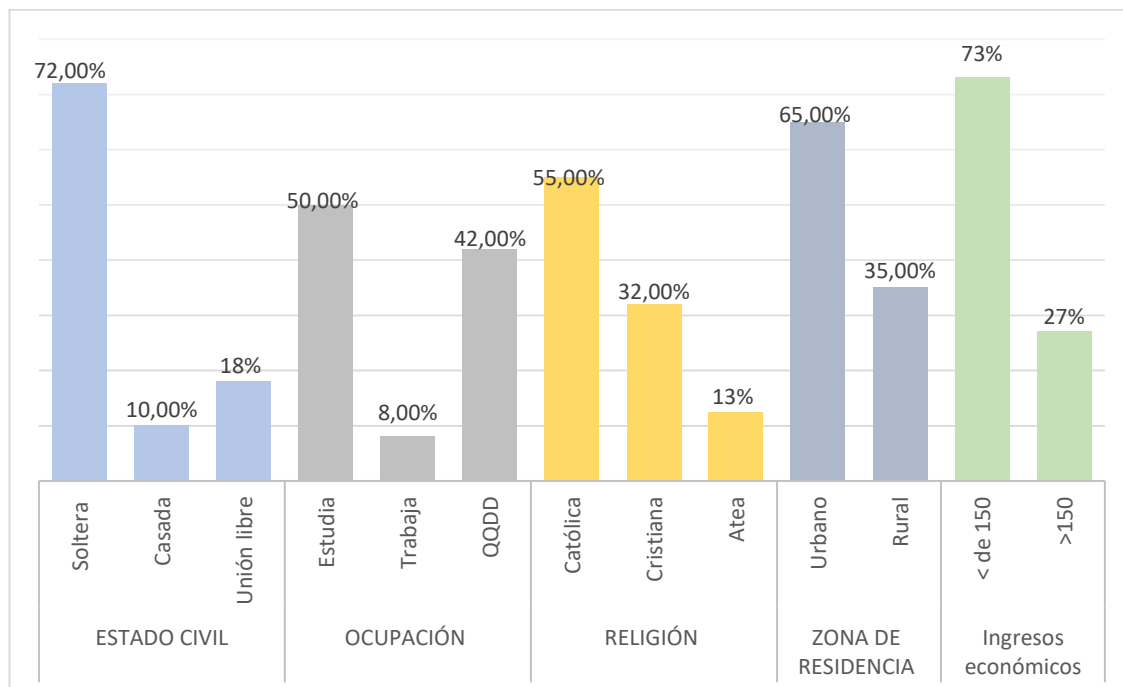
4.1.- Características Sociodemográficos

Gráfico N° 1.- Edad, Etnia, Nacionalidad, Instrucción



En la población en estudio, se pudo determinar que el grupo predominante corresponde a las adolescentes de 18 a 19 años de edad, en menor porcentaje de 16 a 17 años y en mínima representación se ubican de 14 a 15 años; la etnia que se presenta mayoritariamente es la mestiza, seguido de la etnia blanca y una minoría de indígenas; la nacionalidad ecuatoriana es la gran mayoría, mientras que la venezolana representa la minoría; en las usuarias el nivel de instrucción secundaria es la que sobresale, mientras que educación superior se ubica en un segundo lugar, siendo un grupo mínimo el que obtuvo la educación primaria y ningún tipo de instrucción. Los datos estadísticos del INEC en 2018 demuestra un aumento del 39.4% de ingreso de extranjeros de origen venezolano (17) y se evidencia en el presente estudio que el mayor ingreso de extranjeros al país de esta nacionalidad.

Gráfico N° 2.- Estado Civil, Ocupación, Religión, Zona de residencia, Ingresos económicos.

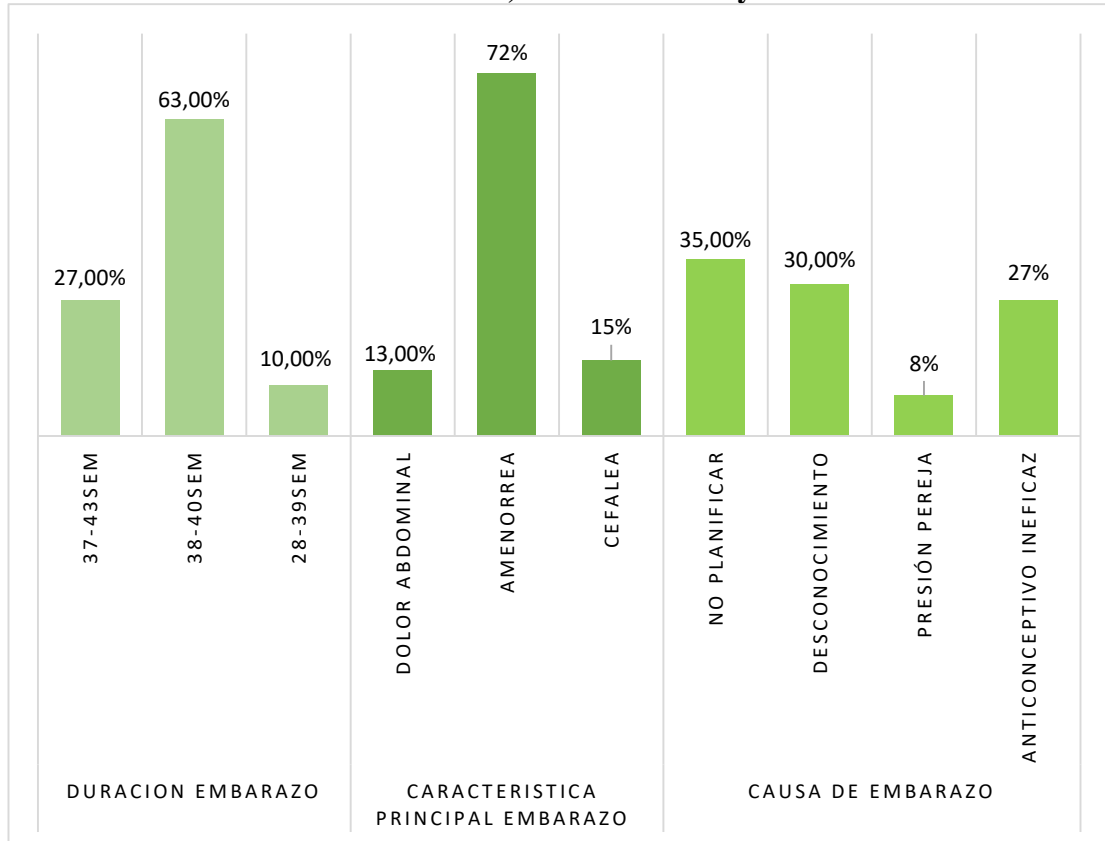


Las adolescentes en relación con las características sociodemográficas, están representadas en su mayoría por el grupo de solteras, en menor medida se observa unión libre y mujeres casada respectivamente; en referencia a la ocupación la mitad son estudiantes, en un menor porcentaje se dedican a los quehaceres domésticos y un mínimo grupo trabaja; la religión predominante es la católica, acompañado por la cristiana y con menor incidencia la atea; la zona de residencia corresponde a la urbana con un mayor porcentaje que en la zona rural; los ingresos económicos la mayoría de las gestantes y conyugue tiene un salario menor a 150 dólares mensuales y en su minoría mayor a 150 dólares. Los datos estadísticos del INEC en el 2010 mencionan que el 63% de la población se ubica en una zona de residencial urbana y el 37% en zona rural (17), además del estudio embarazo en adolescentes de Jalisco, México: una mirada de la marginación social realizado por Laureano y De la Torre muestran que el 74.5% de adolescentes embarazadas son de municipios de muy baja marginación (9), y se puede evidenciar la similitud en el presente estudio. Según el ministerio del trabajo el salario básico unificado se encuentra en 394 dólares americanos mensuales (48), lo que contradice al 73% de las adolescentes que tienen ingresos económicos menor a 150 dólares mensuales

4.2.- Conocimiento

Gráfico 2.- Conocimiento sobre el embarazo prácticas y costumbres de las adolescentes.

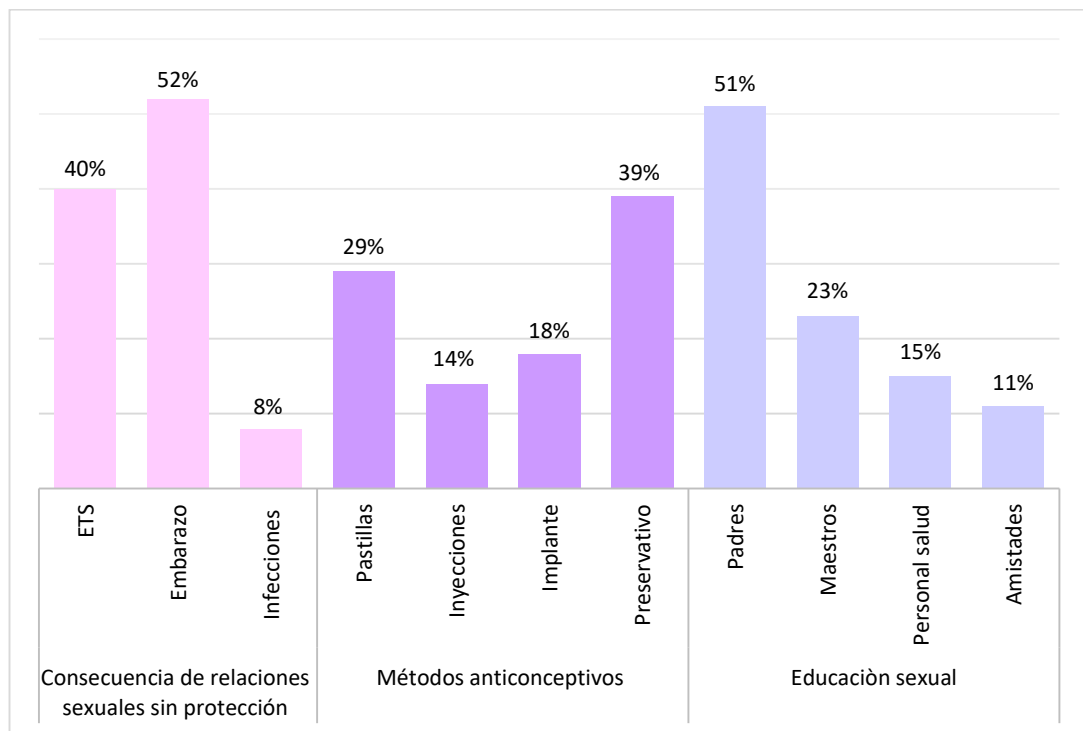
- Conocimiento sobre la duración, Características y Causas del embarazo.



Al interpretar el conocimientos las adolescentes embarazadas, por no poseer suficientes conocimientos sobre planificación familiar y de salud sexual reproductiva, seguido por la presión de pareja la duración del embarazo el mayor porcentaje afirman que la gestación se da a lugar entre 38 a 40 semanas, seguido de un grupo menor que señalan una duración de 28 a 43 semanas, lo cual indica que existe un bajo nivel de conocimientos sobre el tema. Los conocimientos del grupo de estudio sobre las características del embarazo indican que predomina la amenorrea, seguido por la cefalea y por último el dolor abdominal. En referencia al conocimiento de las causas para que se produzca un embarazo, se determina que una mayoría no posee el conocimiento, observando un menor porcentaje de adolescentes que conocen una de las causas, lo cual permite determinar que el embarazo en las adolescentes se produce por desconocimiento.1; Según el artículo factores de riesgo asociados al embarazo

adolescente, Rodríguez menciona que el 30% conoce sobre las causas del embarazo (7), lo cual coincide con el trabajo de investigación.

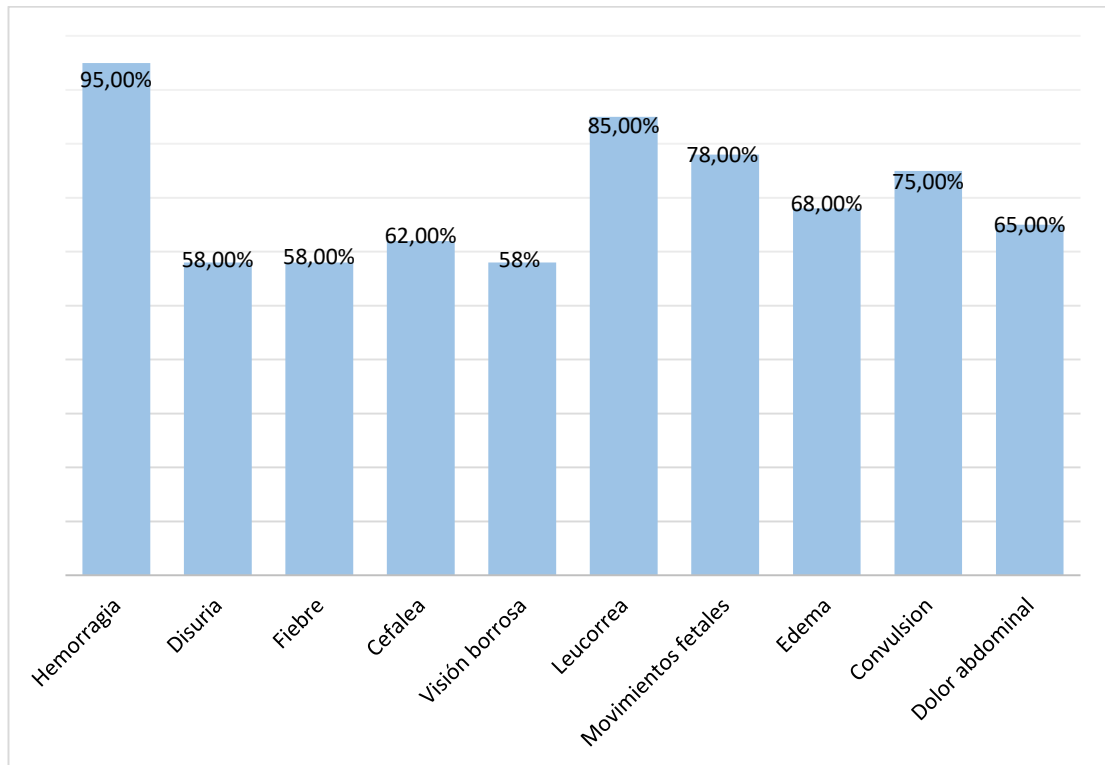
Gráfico N° 4.- Consecuencia de tener relaciones sexuales sin protección, Métodos anticonceptivos, Educación Sexual.



El conocimiento de las adolescentes sobre las consecuencias de tener relaciones sexuales sin protección en su mayoría afirma que produce el embarazo, en menor porcentaje produce enfermedades de transmisión sexual y solo un menor grupo refiere que produce infecciones recurrentes. Los métodos anticonceptivos más conocido es el uso de preservativos, seguido por las pastillas anticonceptivas y los menos conocidos son el implante e inyecciones anticonceptivas que abarcan un menor aporte. La educación sexual recibida principalmente está dada por los padres, posteriormente por los maestros, el personal de salud y por amistades en mínimo porcentaje. El artículo sobre conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia, Cordona demostró que el 82% de las adolescentes recibieron educación en el hogar y en el colegio (49) lo que contribuye al presente estudio en el cual se observa, que los padres y maestros abarcan la principal fuente de información sobre educación sexual en los adolescentes.

4.2.1.- Conocimiento de las señales de peligro en el embarazo

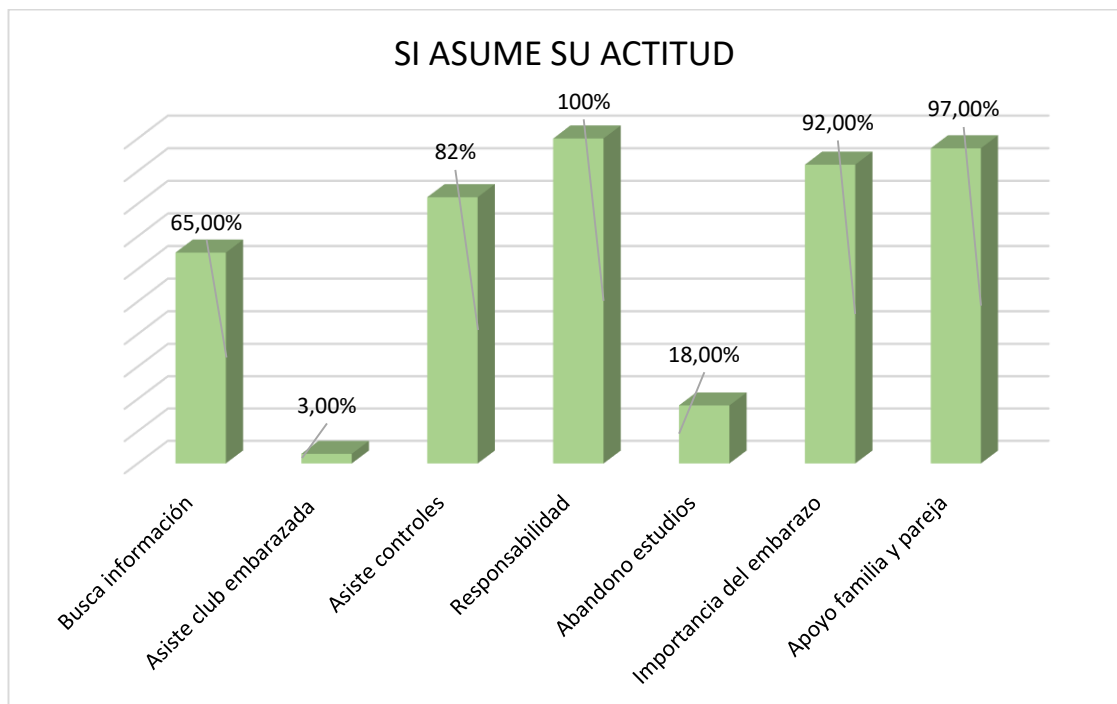
Gráfico 3.- Conocimiento sobre señales de peligro en el embarazo.



El conocimiento de las adolescentes sobre las señales de peligro durante el embarazo muestra en casi la mitad de las gestantes la disuria, fiebre, presentar visión borrosa, dolor en epigastrio y mala presentación fetal son signos fisiológicos y no son considerados señales de alarma para la mujer en estado de gravidez, demostrando que una gran mayoría conoce poco sobre el tema. El estudio realizado sobre características y riesgos de gestantes adolescentes en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, Perú, Bendezu muestra que la infección urinaria se presentó en un 9.6% de los partos (11), lo que contribuye a este estudio en el que el 42% de las adolescentes afirma que presentar disuria no es una señal de alarma durante el embarazo.

4.2.2.- Actitudes

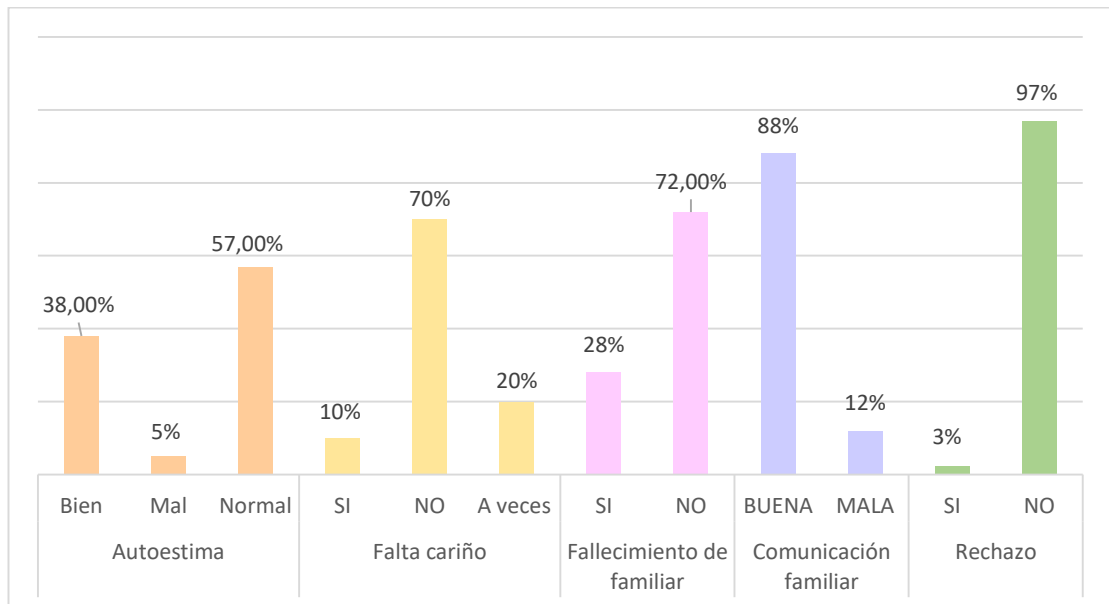
Gráfico 4.- Actitudes frente al embarazo adolescente.



Las actitudes de las adolescentes muestran casi en su totalidad que no asiste a un club de embarazadas por que no cuentan con uno en el centro de salud; por otro lado, la gran mayoría de las gestantes asisten a los controles prenatales, le brindan importancia y responsabilidad a su embarazo, además tienen el apoyo de la familia y pareja; un porcentaje mínimo pero preocupante indica que abandona sus estudios y no busca información sobre su embarazo. Según un estudio realizado sobre factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes, Rodríguez demuestra que el 71.4% tenían conocimientos básicos acerca del embarazo (7) los cuales difieren con el estudio realizado por que solo el 65% de las adolescentes ha buscado algún tipo de información sobre su gestación. Otro estudio realizado en Colombia sobre concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga, Del Pilar menciona que la deserción escolar se encuentra desde 50 al 70% (10), mientras que en comparación al presente estudio se muestra un porcentaje bajo en abandono escolar.

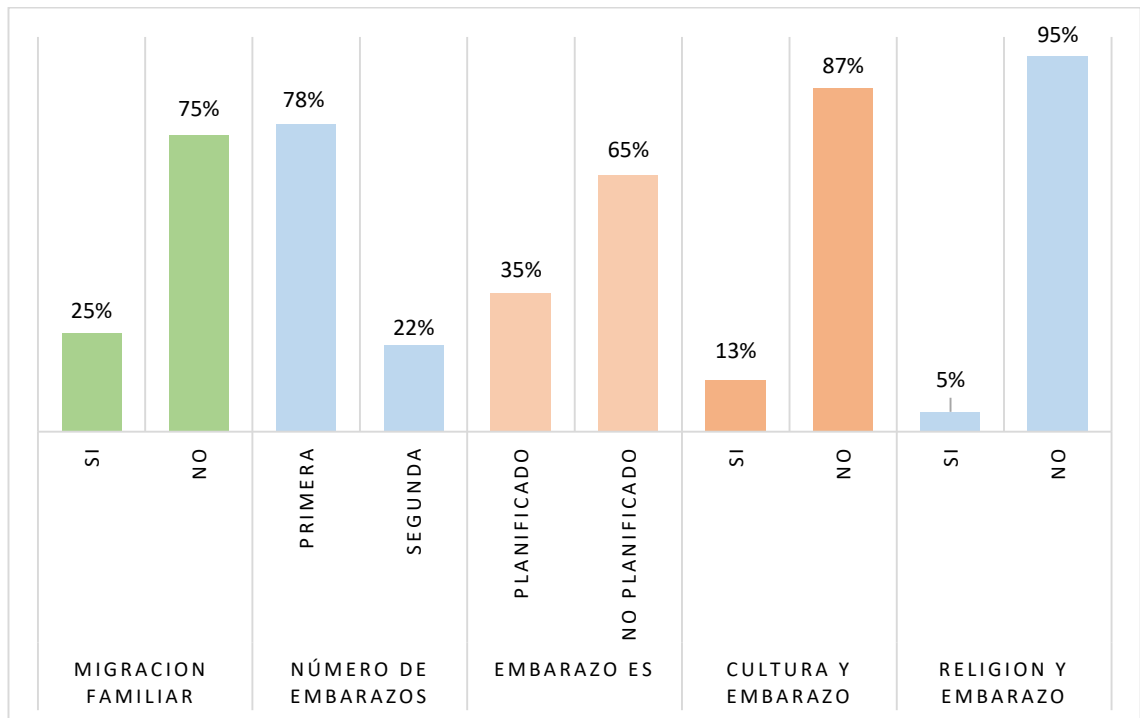
4.3.- Riesgos en el embarazo

Gráfico 5.- Riesgos psicosociales



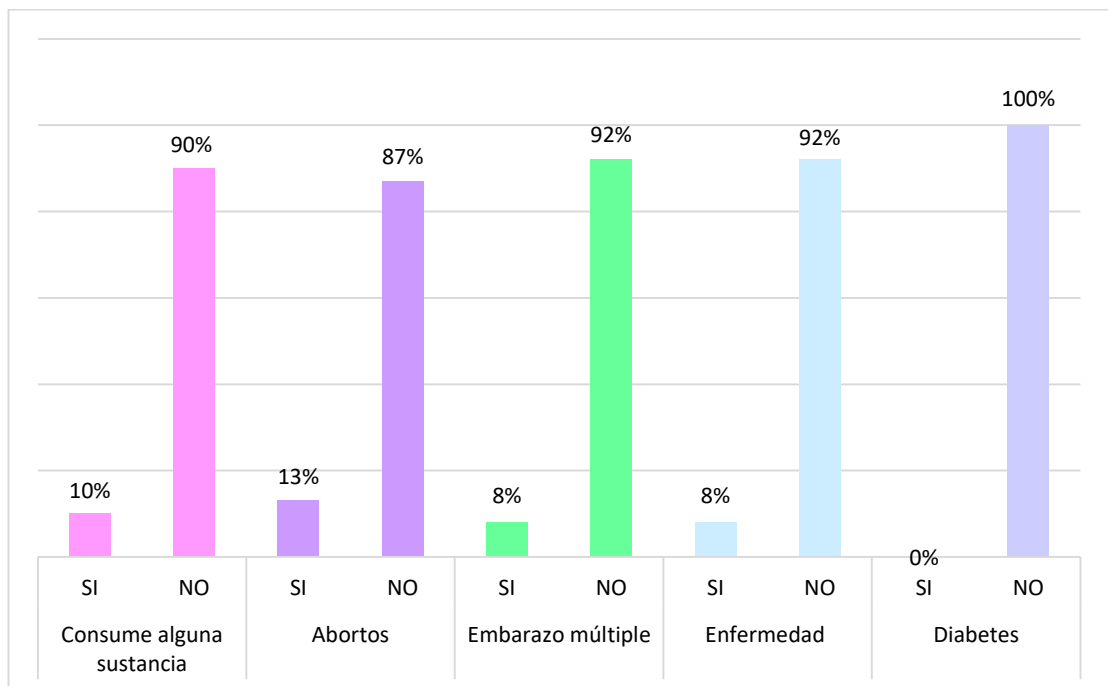
Los riesgos pen el embarazo en referencia al autoestima demuestran que más del promedio de las adolescentes se encuentran en lo normal seguido por sentirse bien y solo un mínimo lo experimenta mal; en ;la ausencia de cariño la gran mayoría no carece del afecto, seguido en un menor porcentaje que si respectivamente; el fallecimiento de un miembro del núcleo familiar predomina que no tienen ausencia, mientras que menor porcentaje si lo tiene; la comunicación familiar en casi en la totalidad es buena y un mínimo que tiene mala relación en el hogar; el rechazo por su círculo social no existe en su totalidad. Un estudio realizado en Cuba sobre Autoestima global y autoestima materna en madres, Ramos determino que el 47.7% de las adolescentes se encuentran en una media acerca de su autoestima (50), es decir no se encuentran ni bien ni mal, lo que aporta a este estudio en el cual muestra que las gestantes se encuentran en un nivel de autoestima autodefinido normal;

Gráfico N° 8.- Migración de un familiar, Número de embarazos, Planificación, Interferencia entre cultura, embarazo y religión.



Los ingresos económicos de las gestantes es un salario menor a 150 dólares mensuales conjuntamente entre la adolescente y el cónyuge; seguido en un menor porcentaje con más de 150 dólares; la migración de un miembro del núcleo familiar demuestra que la gran mayoría no tiene ausencia de estos y la cuarta parte del grupo si lo tiene; el número de embarazos la mayoría tiene su primera gestación y la minoría su segunda gestación; el embarazo de las adolescentes con un poco más del promedio no fue planificado y el restante si lo planificaron; la relación entre la cultura y el embarazo se encuentra en un alto porcentaje donde manifiestan que no interfiere en su vida y su gestación mientras que solo un pequeño grupo afirma que sí; al igual que la relación de la religión y embarazo. Un estudio sobre factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud, García menciona que el 82% del grupo de estudio tiene poca comunicación con la familia (13), lo que contradice los resultados del estudio donde la mayoría tiene una buena comunicación con la familia.

Gráfico 6.- Clasificación de los riesgos gineco-obstétricos

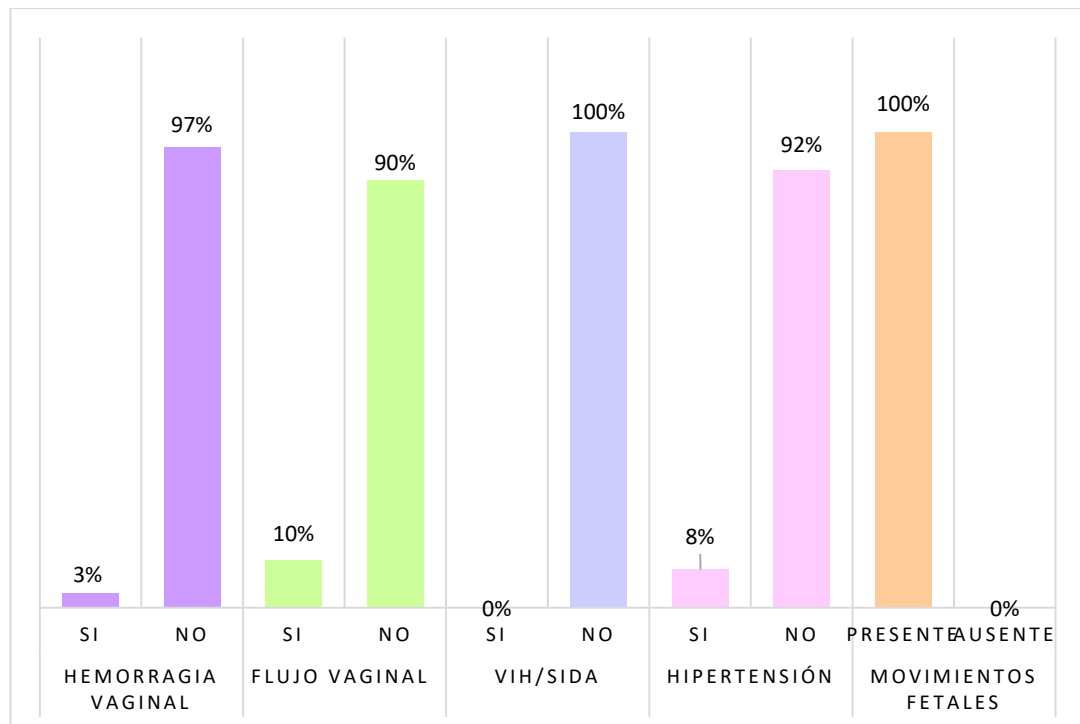


El estudio muestra un índice mínimo en cuanto a la presencia de epilepsia múltiple y abortos inminentes. Según el estudio Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato, Restrepo y Zapata menciona que el 70% de las adolescentes no tenían ocupación o empleo (14), lo cual se puede evidenciar en el presente estudio donde el desempleo abarca un gran porcentaje de las adolescentes de bajo riesgo.

La clasificación de los riesgos más comunes empieza por el consumo de sustancias estupefacientes solo un mínimo grupo consume entre alcohol y tabaco a diferencia del mayor porcentaje que no lo hace; durante la gestación se demuestran que el aborto en su gran mayoría no presentaron esta complicación, pero un menor y preocupante grupo si ha tenido abortos por lo menos una vez; el embarazo múltiple casi en totalidad tienen ausencia de más de un feto en su vientre, mientras que el grupo restante si tiene; algún tipo de enfermedad grave que comprometa la vida la gran mayoría no posee y solo el mínimo de las gestantes si de las que solo se evidencio la epilepsia, la diabetes la población total no lo presentan. Según la clasificación de riesgos obstétricos del Ministerio de Salud Pública se considera al aborto como riesgo tipo 2 o de alto riesgo (35), lo que contribuye a este estudio presentado en donde el 13% de las gestantes

presentan antecedentes de aborto, y agregándole a esta complicación el embarazo en la adolescencia aumenta el riesgo en una gran proporción.

Gráfico 10 *Metrorragia, Flujo vaginal, VIH/SIDA, Hipertensión, Movimientos fetales.*



Los riesgos para la adolescente durante la gestación se demuestran que la metrorragia y la hipertensión solo se presentó en un mínimo porcentaje y casi en la totalidad del grupo existe ausencia; el flujo vaginal existe en un pequeño grupo y en la gran mayoría no la tienen; la totalidad de las adolescentes revelo no presentar VIH/SIDA; los movimientos fetales durante el embarazo se presentaron en su todo el grupo. Según la guía de práctica clínica sobre Infección de vías Urinarias en el embarazo del Ministerio de Salud Pública menciona que el flujo vaginal es un síntoma común, pero presentar un aumento durante la gestación acompañado de prurito, mal olor, ulceraciones, dolor puede ser relacionado con una enfermedad infecciosa (51), esto contribuye al trabajo de investigación realizado en donde se manifiesta que en 10% de las gestantes presentan fluido vaginal pero no conocen las complicaciones

CAPITULO V

5.1 Conclusiones

- En referencia a las características sociodemográficos el estudio evidencia al grupo de adolescentes embarazadas que prevalece entre los 16 a 19 años de edad, la etnia mestiza, la nacionalidad, el nivel de instrucción secundario, el estado civil soltera, la ocupación de la mitad de las gestantes es estudiar y un menor porcentaje no posee empleo, la religión católica es casi es su totalidad, la zona de residencia urbana y los ingresos económicos mensuales de las gestantes y conyugue son menores de 150 dólares americanos.
- Los conocimientos de las adolescentes sobre el embarazo y prácticas en referencia a la causa del embarazo el mayor porcentaje menciona que desconocen, y no planificar produce su embarazo, la duración del embarazo las gestantes conocen sobre el tiempo determinado de este periodo; la educación sexual en la gran mayoría la reciben principalmente de padres y maestros, los métodos anticonceptivos más conocidos son los preservativos y pastillas de estrógenos y progesterona; las señales de peligro menos conocidas son la disuria, fiebre, visión borrosa, dolor abdominal y edema.
- Las actitudes que toman las adolescentes en su estado de gestación poco más de la mitad busca información, casi en su totalidad no acuden a socializar e indagar sobre su embarazo con otras madres, profesionales de salud o clubs; la gran mayoría no abandona sus estudios por el embarazo, pero un mínimo porcentaje que es una cifra considerable si lo hace para ofrecer una mejor estabilidad a su bebe, disminuyendo el índice de escolaridad y aumentando el nivel de dificultad de encontrar un empleo estable, fomentando la pobreza y descartar mejores oportunidades de vida para el nuevo ser y la madre.

- Los riesgos psicosociales de las adolescente se evidencian con una buena relación intrafamiliar y el círculo social, la relaciones entre cultura con el embarazo y religión-embarazo no existe obligación a mantener un compromiso entre adolescentes; en relación a los riesgos obstétricos se clasifico en tres tipos de riesgo desde el de menor riesgo con la gran mayoría donde destacan el desempleo, consumo de sustancias como alcohol y tabaco, y presencia de flujo vaginal, el riesgo alto con presencia de multiparidad, hipertensión, epilepsia y abortos, finalmente el riesgo inminente con la hemorragia vaginal.
- Se evaluó los conocimientos de las adolescentes y elaboro una propuesta de intervención educativa sobre los temas que más desconocen como es el proceso fisiológico del embarazo, planificación familiar, signos de peligro durante la gestación y la importancia del control prenatal.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda a los directivos del centro de salud N^a1 que se continúe con los programas interinstitucionales en unidades educativas de mayor área de influencia de adolescentes, se realicen charlas educativas, didácticas, foros, exposiciones, talleres sobre planificación familiar, salud sexual reproductiva.
- Enfatizar en la recuperación del club de la embarazada en el centro de salud y continuar con la atención prioritaria al grupo de adolescentes, conjuntamente con el personal de enfermería fomentar la consejería en el área de mayor afluencia como en postconsulta, área de inmunizaciones, consulta externa, tamizaje, programas de VIH y planificación familiar
- Incentivar al profesional de salud el seguimiento de visitas domiciliarias a embarazadas de riesgo alto e inminente aplicando las guías y protocolos del Ministerio de Salud Pública, y así realizar una valoración temprana de los riesgos obstétricos y disminuir el porcentaje de morbilidad materno fetal.
- Al centro de salud que realice la socialización a las adolescentes con el material educativo entregado sobre embarazo adolescentes, planificación familiar, identificación de señales de alarma y actitudes que la adolescente debe mantener durante su gestación.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. OMS. [Online].; 2018 [cited 2019 marzo 27. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. OMS. organizacion mundial de la salud. [Online].; 2018 [cited 2019 marzo 27. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
3. CEPAL. CEPAL. [Online].; 2014 [cited 2019 marzo 27. Available from: <https://www.cepal.org/es/infografias/la-maternidad-adolescente-en-america-latina-y-el-caribe>.
4. Maria Castro; Silvia Salinas. UNFPA. [Online].; 2016 [cited 2019 marzo 28. Available from: http://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/diagnostico_ea_andina_al_29_03_17nmn-ilovepdf-compressed.pdf.
5. hora L. La hora. [Online].; 2016 [cited 2018 octubre 28. Available from: <https://lahora.com.ec/noticia/1101908443/los-riesgos-del-embarazo-adolescente->.
6. hora L. La hora. [Online].; 2017 [cited 2018 octubre 28. Available from: <https://lahora.com.ec/imbabura/noticia/1102113838/embarazo-en-adolescentes-un-problema-por-erradicar>.
7. Rodriguez N.; Cala A.; Napoles J.; Milan Y, Aguilar M. factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. revista informatica cientifica. 2017; 96(1).
8. Mora M.; Valencia H. Embarazo en la adolescencia: como ocurre en la sociedad actual. Elseiver. 2015; 29(2).
9. Laureano J.; Gil E.; Dela Torre M. Embarazo en adolescentes de Jalisco, Mexico: una mirada de la marginacion social. Redalyc. 2016 junio; 62(3).

10. Del Pilar N.; Ortiz S.; Solano S.; Amaya C.; Serrano L. Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga. revista cuidarte. 2017; 8(3).
11. Bendezu G.; Espinoza G.; Torres J.; Huamán R. Características y riesgos de gestantes adolescentes en el Hospital IV “Augusto Hernández Mendoza”, EsSalud, Ica, Perú. Scielo. 2016 marzo; 62(1).
12. Quintero Rondón AP&RBHM. El Embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista virtual Universidad Católica Del Norte. 2015 febrero;(44).
13. García A, González M. Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud. revista de ciencias médicas de Pinar del Río. 2018 abril 05; 22(3).
14. Restrepo S, Zapata N, Parra B, Atalah L. Embarazo adolescente: características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. scielo. 2014 Jun; 64(2).
15. Pacheco C. Embarazo en menores de quince años: los motivos y la redefinición del curso de vida. scielo. 2016 febrero; 58(1).
16. Álvarez J, Álvarez A, Torres M, Guilarte O, Fernández A. Programa educativo sobre el embarazo no deseado dirigido a las adolescentes en la provincia de Santiago de Cuba. scielo. 2018 diciembre; 22(4).
17. INEC. www.ecuadorencifras.gob.ec. [Online].; 2010 [cited 2019 mayo. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Libros/Atlas_de_Genero_Final.pdf.
18. Nina D, Soto A, Solari L. Traducción del conocimiento: pautas básicas para los profesionales de la salud pública. scielo. 2016 julio; 33(3).
19. OMS. OMS. [Online].; 2019 [cited 2019 agosto 17. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.

20. Mora A, Hernandez M. Embarazo en la adolescencia ¿ que respresenta para la sociedad actual? Ginecol Obstet Mex. 2015 junio ; 83(294-301).
21. Menendez G, Navas I, Rogriguez Y, Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Scielo. 2012 Julio; 38(3).
22. Aguirre E, Velasquez S. Nivel de conocimiento sobre eprevencion y consecuencia en gestantes adolescentes que acudieron al hospital regional docente materno infantil el Carmen Huancayo 2016. Aguirre, Velasquez ed. Huancayo; 2016.
23. MSP. Control Prenatal Guia de Practica Clinica. In MSP. Control Prenatal Guia de Practica Clinica. Primera Edicion ed. Quito: Direccion Nacional de Normatizacion; 2015. p. 47.
24. Sanchez L. PARTO PRETERMINO EN EMBARAZO GEMELAR CON INCIDENCIA DE BAJO PESO AL NACER Y PREVALENCIA DE HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO Ambato; 2018.
25. Direccion Nacional de maternidad e infancia. Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. 2013th ed. Buenos Aires: Ministerio de salud de la Nacion; 2013.
26. Aguirre E, Velasquez S. Repositorio Universidad Roosevelt. [Online].; 2016 [cited 2019 09 06. Available from: <http://repositorio.uroosevelt.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/ROOSEVELT/39/NIVEL%20DE%20CONOCIMIENTO%20SOBRE%20EMBARAZO%2C%20PREVENCION%20Y%20CONSECUENCIAS%20EN%20GESTANTES%20ADOLESCENTES%20QUE%20ACUDIERON%20AL%20HOSPITAL%20REGIONAL%20DOCENTE%20MATERNO>.
27. Velez J. Factores de riesgo y complicaciones asociados a embarazos en adolescentes Guayaquil ; 2017.

28. Friel L. mdsmanuales. [Online].; 2017 [cited 2019 agosto 17. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-no-obst%C3%A9tricas-durante-el-embarazo/anemia-en-el-embarazo>.
29. Dulay A. Manuel MSD. [Online].; 2017 [cited 2019 Agosto 17. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/oligohidramnios>.
30. Gracia P. Diabetes gestacional conceptos actuales. Ginecología y obstetricia. 2017 junio; 85(6): p. 380-390.
31. MSP. Trastornos Hipertensivos de Embarazo Guía de práctica clínica. Msp ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016.
32. Romero J. Introducción al Simposio sobre Preeclampsia. Scielo. 2017 Enero; 63(2): p. 199-206.
33. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012; 38(3).
34. MSP. Ministerio de salud pública. [Online].; 2018 [cited 2019 septiembre 15. Available from: <https://www.salud.gob.ec/vih/>.
35. MSP. Control Prenatal Guía de Práctica Clínica. In Normatización DNd, editor.. Quito: MSP; 2015. p. 47.
36. FLASGOG. Guía Clínica Rev Hospital Universidad Chile Chile; 2011.
37. Masabanda P. Nivel de conocimientos relacionados con los riesgos del embarazo en adolescentes, alumnas de bachillerato matriculadas en las instituciones educativas fiscales para el curso académico 2014-2015 en el distrito 17D07 de Quito Quito; 2015.
38. Moldenhauer J. Manual MSD. [Online].; 2016 [cited 2019 agosto 17. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/ginecolog%C3%ADa->

[y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm.](#)

39. Cisneros F. Universidad de Cuaca. [Online].; 2005 [cited 2019 septiembre 19]. Available from: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>.
40. Orquera M.; Cecilia DN. OAS.COM. [Online].; 2011 [cited 2018 diciembre 13]. Available from: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
41. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021. Plan Nacional de Desarrollo Todo una vida Quito- Ecuador Quito: senplades 2017; 2017.
42. MSP. Plan Nacional de Salud sexual y reproductiva 2017 - 2021 Quito: Viceministro de Gobernanza de la salud pública; 2017.
43. Asamblea Nacional. proyecto de ley codigo organico de salud Quito; 2016.
44. Rene Heredia; Gina Barrera. MSP. [Online].; 2013 [cited 2018 diciembre]. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc_Codigo_Etica.pdf.
45. Asociación Medica Mundial. Principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. DECLARACION DEL HELSINKI Fortaleza; 2013.
46. Manuel R, Maria B, Julio R. blogspot. [Online].; 2013 [cited 2019 enero 18]. Available from: <http://investigacionmixtablog.blogspot.com/>.
47. asley s. lifeder.com. [Online].; 2018 [cited 2019 enero 18]. Available from: <https://www.lifeder.com/investigacion-transversal/>.
48. Trabajo Md. Incremento del Salario Básico Unificado 2019. Quito: Ministerio del trabajo, Ministerio del trabajo; 2018.

49. Cordona D, Ariza A, Gaona C, Medina O. Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. *scielo*. 2015 junio; 19(6).
50. Ramos Y, Borges D. Autoestima global y autoestima materna en madres. *Scielo*. 2016 septiembre; 32(4).
51. MSP. Infeccion de vias urinarias en el embarazo Guia de practica clinica Quito: Guia Nacional de Normatización; 2013.
52. Quito E. Repositorio UTN. [Online].; 2018 [cited 2019 septiembre 06. Available from:
<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8804/1/06%20ENF%20993%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>.

ANEXOS

Anexo1. Oficio de permiso para aplicar las encuestas



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
IBARRA - ECUADOR

Ibarra, 26 de Julio de 2019

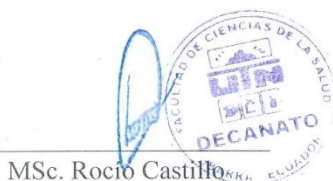
Magister
Diego Buitrón
DIRECTOR DEL DISTRITO 10D01
Ibarra.

De mis consideraciones

Me permito solicitar a Ud. muy comedidamente se conceda el ingreso al CENTRO DE SALUD N° 1, al estudiante **RAMOS CACUANGO ANGEL SANTIAGO**, con número de cédula: **1003981063**, para poder realizar la aplicación del estudio de investigación, se permita (realizar las encuestas), para la investigación del tema de tesis de grado titulada: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES CENTRO DE SALUD NRO. 1 IBARRA.”** como requisito previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería y en virtud de que dicho estudio aportará a la institución.

Por la atención que se brinde al presente, mis más sentidos agradecimientos.

Atentamente,
“CIENCIA Y TECNOLOGÍA AL SERVICIO DEL PUEBLO”



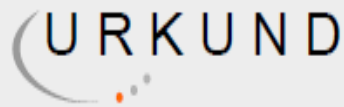
MSc. Rocío Castillo
DECANA DE LA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

isión Institucional

Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región y del país. Formar profesionales críticos, humanistas y éticos comprometidos con el cambio social.

Ciudadela Universitaria barrio
Teléfono: (06) 2 953-461 Casilla
(06) 2 609-420 2 640-811 Fax: E
E-mail: utn@utn.edu.ec
www.utn.edu.ec

Anexo 2. Resultado de Urkund



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS3.pdf (D57486967)
Submitted: 10/22/2019 11:55:00 PM
Submitted By: ar1743980@gmail.com
Significance: 4 %

Sources included in the report:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>
<https://www.nuevasevas.com/blog/32-anemia-embarazo-sintomas-causas-consecuencias-bebe-madre-tratamiento-natural>
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000100015
<https://docplayer.es/85180336-Universidad-estatal-de-milagro-unidad-academica-de-ciencias-administrativas-carrera-de-ingenieria-en-contaduria-publica-y-auditoria.html>
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
<http://investigacionmixtablog.blogspot.com/>
<https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/85/1/Revisi%C3%B3n%20narrativa%20de%20la%20literatura%20a%20nivel%20de%20Latinoam%C3%A9rica%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20en%20el%20periodo%20entre%202010-2015.pdf>
<https://www.elsevier.es/es-revista-perinatologia-reproduccion-humana-144-articulo-embarazo-adolescencia-como-ocurre-sociedad-S0187533715000175>
<https://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/download/3100/4102>

ABSTRACT

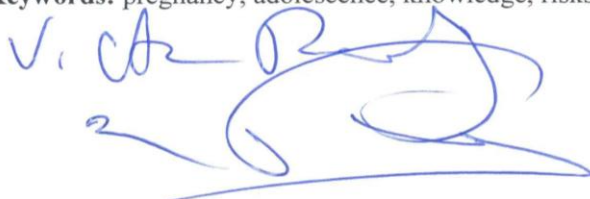
“LEVEL OF KNOWLEDGE REGARDING PREGNANCY COMPLICATIONS IN ADOLESCENTS, HEALTH CENTER N ° 1, IBARRA, 2019”

Author: Angel Santiago Ramos Cacuango

Email: ar1743980@gmail.com

Teenage pregnancy is a problem that has increased due to multiple socio-economic factors such as: ignorance, doubts and lack of communication about sex education. This research was carried out with the objective of determining the level of knowledge regarding pregnancy complications in adolescents in the Ibarra Health Center No. 1, in addition, the study population was demographically described, and the knowledge and attitudes teenage girls take into consideration during this stage were assessed, the most common risks were also characterized. It is a study with a mixed research approach with quantitative data applied to 40 pregnant women and qualitative as it assesses sociodemographic characteristics. For the data collection, a survey with open and closed questions was applied. Results indicate that in knowledge only 35% know how to plan their pregnancy, the sexual education they receive 49% does not come from their parents, 58% of adolescents present dysuria, fever, blurred vision though they do not consider these as signs of danger, the attitudes that adolescents during their pregnancy shows that only 65% seek information, 18% abandon their studies. The self-esteem that is fundamental during adolescence 57% is undefined between good and bad, 20% sometimes lack love, economic income is less than 150 dollars in 73% of the study population. An informative triptych was made as an educational intervention proposal aimed at adolescents on the physiology of pregnancy, warning signs, risk factors in pregnancy and prenatal care.

Keywords: pregnancy, adolescence, knowledge, risks in pregnancy.



xii

Anexo 3. Formato de encuesta aplicada



UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERIA

ENCUESTA

La información por usted brindada en el desarrollo de la encuesta, es anónima y de carácter confidencial y se utilizara con fines exclusivos de investigación, por ello se ruega contestar las preguntas conforme su realidad. Con el propósito de que la información se verídica y de importancia para el desarrollo del presente estudio de investigación.

TEMA DE INVESTIGACION: “NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES. CENTRO DE SALUD N° 1, IBARRA, 2019”.

Instrucciones: La presente encuesta está compuesta por preguntas de opción múltiple. Lea cuidadosamente las siguientes preguntas, encierre en un círculo el ítem que crea correcto según su criterio.

1. Características sociodemográficas

1.1. Edad

- a) 12 – 13 b) 14 – 15 c) 16 – 17 d) 18 – 19

1.2. Etnia

- a) Mestiza b) Blanca c) Indígena d) Afro ecuatoriana

1.3. Nacionalidad

- a) ecuatoriana b) colombiana c) venezolana d) Otro especifique_____

1.4. Instrucción

- a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Superior

1.5. Estado civil

- a) Soltera b) Casada c) Unión libre

1.6.Ocupación

- a) Estudia b) Trabaja c) Quehaceres domésticos

1.7.Creencia religiosa

- a) católica b) cristiana c) Atea d) Otros

1.8.Zona de residencia

- a) Urbano b) Rural

2. Conocimiento

2.1. ¿sabe usted cuánto dura el embarazo?

- a)37 - 43 semanas b) 38 - 40 semanas c) 28 – 39 semanas

2.2.¿la característica del embarazo más significativa es?

- a) Dolor abdominal b) ausencia de menstruación c) dolor cabeza d) fiebre

2.3. ¿Cuál es la causa de embarazo?

- a) planificar b) conocimiento insuficiente c) presión pareja d) método anticonceptivo ineficaz e) otro especifique _____

2.4.¿cuál es la consecuencia de tener relaciones sexuales sin protección?

- a) enfermedades de transmisión sexual b) embarazo c) infecciones recurrentes

2.5.¿Cuál método anticonceptivo ha escuchado o ha utilizado?

- a) método del ritmo b) pastillas c) inyecciones d) implante e) preservativos

2.6.¿su educación sobre sexualidad la recibió de?

- a) padres b) maestros c) personal de salud d) amistades

2.7.De los siguientes ítems señale cuales cree que son señales de peligro en el embarazo

Cuestionario

SI NO

2.7.1. Sangrado vaginal

2.7.2. Malestar al orinar

2.7.3. Fiebre

2.7.4. Dolor de cabeza intenso

2.7.5. Visión borrosa

2.7.6. Salida de líquido por la vagina

2.7.7. Disminución o ausencia de movimientos fetales

2.7.8. Hinchazón de cara y extremidades

2.7.9. Convulsiones

2.7.10. Dolor intenso en boca de estomago

2.7.11. Mala posición de su bebé

2.8. Actitudes

Cuestionario

SI

NO

2.8.1. ¿Ha buscado información sobre su embarazo?

2.8.2. ¿Asiste al club de profilaxis o algún club de embarazadas?

2.8.3. ¿Acude a los controles al centro de salud más cercano? Por lo menos 5 controles en su embarazo

2.8.4. ¿Asume que el embarazo es su responsabilidad?

2.8.5. ¿Abandono sus estudios por el embarazo?

2.8.6. ¿Su embarazo es lo más importante en su vida?

o

2.8.7. ¿cuenta con el apoyo de su familia o pareja?

3. Riesgos en el embarazo

3.1. ¿Cómo se ha sentido durante su embarazo? (autoestima)

a) bien b) mal c) normal

3.2. ¿Tiene falta de cariño?

a) si b) no c) a veces

3.3. ¿En su familia existe ausencia de?

a) madre b) padre c) ambos d) pareja e) ninguno

3.4. ¿La comunicación con su familia es?

a) buena b) mala

3.5. ¿Los ingresos económicos suyos son? (Y de pareja si es el caso)

a) <50 dólares b) 100 - 150 c) 151 - 200 d) más de 200

3.6. ¿Es su hogar existe migración de algún familiar?

a) madre b) padre c) pareja d) otros

3.7. ¿Siente rechazo por su grupo social de amistades?

a) si b) no c) a veces

3.8. ¿Su embarazo fue?

a) su decisión b) decisión de su pareja c) decisión de ambos d) planificado
e) no planificado

3.9. Su cultura interfiere con la educación y el embarazo

a) si b) no c) a veces

3.10. ¿Su religión interfiere con su embarazo?

a) si b) no c) a veces

3.11. Enumere las consecuencias de iniciar una vida sexual precoz

a. embarazo b. ETS

3.12. ¿Consume alguna sustancia?

a) drogas b) alcohol c) tabaco d) ninguna e) otra especifique _____

3.13. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

a) primera b) segunda c) tercera d) cuarta e) más de cuatro

3.14. ¿Ha tenido abortos?

a) no b) sí, cuantos _____

3.15. ¿Tiene embarazo múltiple?

a) si b) no c) desconoce

3.16. ¿Tiene alguna enfermedad grave?

a) si especifique _____ b) no c) desconoce

3.17. ¿Tiene nivel de azúcar alto en la sangre?

a) si b) no c) desconoce

3.18. ¿Tiene hemorragias vaginales?

a) si b) no c) a veces

3.19. ¿Presenta salida de líquido por su vagina?

a) si b) no c) a veces

3.20. ¿Presenta VIH/ SIDA?

a) si b) no c) desconoce

3.21. ¿Durante el embarazo ha tenido la presión alta?

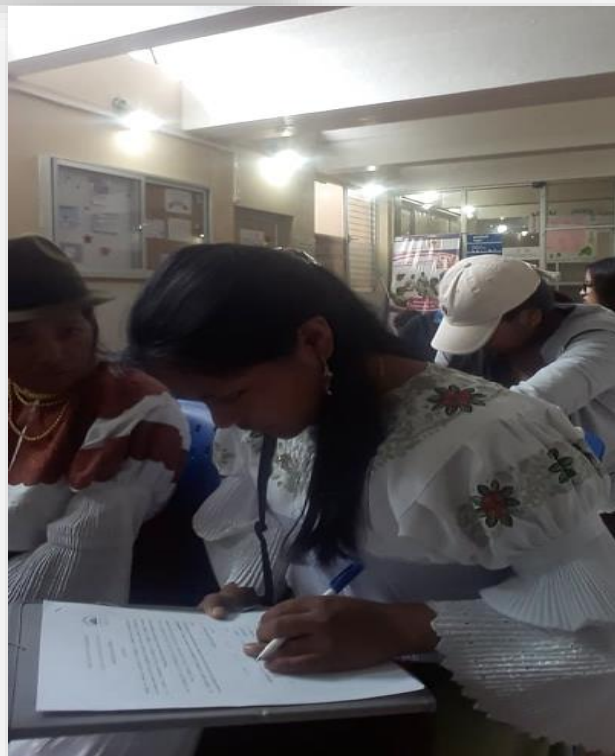
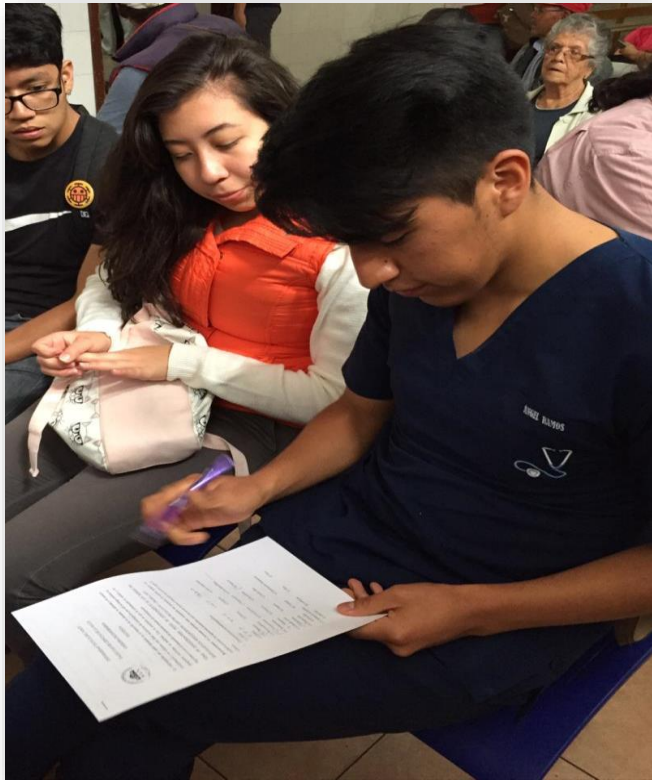
a) si b) no c) desconoce

3.22. ¿Siente que su bebé se mueve?

a) si b) no c) desconoce

Gracias por su gentil atención

Anexo 4. Galería fotográfica







Anexo 5. Tríptico informativo como propuesta

QUE HACER


- Asistir a todos los controles prenatales
- Buscar información sobre el embarazo
- Alimentarse adecuadamente
- Asistir a un club de embarazadas
- Realizar ejercicios de estiramiento
- Mantener una comunicación afectiva con seres queridos

Perlo más maravilloso de todo, es que te nace un amor incondicional por alguien que aún no conoces.



QUE NO HACER

- No consumir alcohol ni tabaco
- Evitar sentirse triste
- Evitar el sobre esfuerzo físico
- Evita las grasas y colorantes en tu dieta
- No olvidarte de tus citas para los controles de tu bebe
- No olvidarte de tus vacunas
- No olvides que tu eres muy importante




UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA


TEMA: CONOCIMIENTO SOBRE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA




Autor: Angel Ramos

2019


- El conocimiento es un conjunto de experiencias adquiridas.
- La adolescencia es el periodo de crecimiento humano y desarrollo, esta etapa abarca de 10 a 19 años. Es una de las etapas más importantes de la vida, su principal característica es la aceleración del crecimiento y los cambios biológicos y su paso a la adultez y maduración.



- Embarazo: proceso normal en donde la mujer tiene un nuevo ser en su utero, la duración de la gestación es de 38 a 40 semanas desde el último periodo
- El embarazo se produce cuando se tiene relaciones sexuales sin protección



- Las relaciones sexuales producen enfermedades de transmisión sexual muy graves como el VIH/SIDA, gonorrea, virus papiloma humano, clamidia, berrugas genitales, entre otras.



- Dificultades en el embarazo adolescente: anemia, prematuridad, hipertensión, enfermedades de transmisión sexual, muerte materna, baja estatura, mayor probabilidad de presentar obesidad.
- Sociales: inestabilidad con la pareja, abandono escolar, mayor número de hijos no deseados, bajos ingresos económicos, depresión, síntomas psiquiátricos, aislamiento social y de padres

- Enfermedades durante la gestación: Aborto, desprendimiento placentario, ruptura uterina, trastornos hipertensivos, eclampsia, preclampsia, hemorragia uterina, desgarros, retención de restos placentarios, entre otras.
- Signos de alarma:
 1. Sangrado vaginal
 2. Dolor al orinar
 3. Fiebre
 4. Dolor de cabeza
 5. Visión borrosa
 6. Salida de líquido por la vagina
 7. Disminución o ausencia de movimientos fetales
 8. Hinchazón
 9. Convulsiones
 10. Dolor en el estómago
 11. Mala presentación del feto.

SEÑALES DE ALARMA EN LA MUJER EMBARAZADA

