



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

TEMA:

“MULTIPARIDAD, INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL “CENTRO DE SALUD EL TEJAR 2021”

Anteproyecto de Tesis, previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

AUTOR: Karen Vanessa Chamorro Obando

DIRECTOR: Msc Tatiana Isabel Vásquez Figueroa

IBARRA - ECUADOR

2021

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de directora de la tesis de grado titulada **“MULTIPARIDAD, INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL “CENTRO DE SALUD EL TEJAR 2021”** de autoría de Chamorro Obando Karen Vanessa para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho 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 25 días del mes de mayo de 2021.

Lo certifico:



Msc. Tatiana Vásquez

C.C: 1002120432

DIRECTORA



**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:	0401825401		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Chamorro Obando Karen Vanessa		
DIRECCIÓN:	El Olivo		
EMAIL:	Karenchamorro310@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	206874	TELÉFONO MÓVIL:	0979572535
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“MULTIPARIDAD INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL “CENTRO DE SALUD EL TEJAR 2021”		
AUTOR (ES):	Karen Vanessa Chamorro Obando		
FECHA:	03-06-2021		
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 Tatiana Vásquez		

2. CONSTANCIAS

2. CONSTANCIAS

La autora 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 21 días del mes de junio de 2021.

LA AUTORA



Karen Vanessa Chamorro Obando

C.C.: 0401825401

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN
Fecha: Ibarra, 18 de mayo del 2021

“MULTIPARIDAD, INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL “CENTRO DE SALUD EL TEJAR 2021”

TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 18 de mayo del 2021

DIRECTORA: Msc Tatiana Vásquez

El principal objetivo de la presente investigación fue:

- Determinar los factores que influyen en la multiparidad, incidencia y complicaciones de las adolescentes, atendidas en el Centro de Salud el Tejar.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Caracterizar sociodemográficamente a la población participante en el estudio.
- Identificar los principales factores que influyen a la adolescente para un nuevo embarazo.
- Conocer la incidencia y complicaciones que conlleva a la multiparidad en las adolescentes.
- Elaborar poster científico basado en los resultados obtenidos en la investigación.

Fecha: Ibarra, 18 de mayo del 2021



Msc Tatiana Isabel Vásquez Figueroa
Directora



Karen Vanessa Chamorro Obando
Autora

AGRADECIMIENTO

Mi Infinito Agradecimiento a mi Dios por guiar cada uno de mis pasos, por ayudarme a tomar decisiones correctas, por haberme dado salud y vida durante estos años por ser quien me da fuerzas para continuar durante todo este proceso y darme el privilegio de levantarme cada día con entusiasmo para cumplir cada sueño anhelado en mi vida.

A mis queridos padres, por su apoyo incondicional, por sus oraciones y ser ejemplo de superación sin ellos nada de mis metas se hubieran hecho realidad; a mis familiares por su inmenso apoyo. A mi esposo e hijo quien han sido mis compañeros y me ha motivado a seguir adelante para cumplir mis sueños. Agradezco también a mi familia quienes han aportado con un granito de arena para lograr que este trabajo se realice con éxito.

Quiero expresar mi gratitud a la Universidad Técnica del Norte y Carrera de Enfermería por convertirse en mi segunda casa y darme la oportunidad de iniciar mis estudios. A mis maestros por contribuir con sus enseñanzas para ayudarme a subir cada peldaño y terminar mi carrera. Agradezco a mi tutora de tesis Msc. Tatiana Vásquez por su paciencia y conocimientos para la realización de este trabajo.

A todos ellos Gracias.

Karen Vanessa Chamorro Obando

DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico de manera especial a mi Dios, que siempre me dio la fortaleza y guío mi caminar, a mi padre por su amor, trabajo y sacrificio, a mi madre por su apoyo moral y confianza, a mi esposo y a mi hijo quienes estuvieron apoyándome y fomentando en mí, el deseo de superación y triunfo, en fin, a mi pequeña familia quienes han creído en mí, siempre dándome ejemplo de humildad y sacrificio, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que ahora soy, ha sido un privilegio ser su hija y ser parte de su familia, la mejor del mundo.

Karen Vanessa Chamorro Obando

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	i
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	ii
2. CONSTANCIAS	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
TEMA	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de investigación.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Justificación	4
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivo general	5
1.4.2 Objetivos Específicos.....	5
1.5 Preguntas de investigación.....	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco teórico.....	7
2.1Marco Referencial.....	7
2.1.1 El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad.....	7

2.1.2 Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y jóvenes, Bata, Guinea Ecuatorial.	7
2.1.3 Prevalencia de embarazo en Adolescentes, Yopal-Casanare, Colombia, 2013-2014.	8
2.1.4 Predictores de parto pretérmino en la población adolescente.	9
2.1.5 Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005-2015.	9
2.1.6 Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas.	10
2.1.7 Características clínicas y sociodemográficas de las adolescentes gestantes acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.	11
2.2 Marco contextual	12
2.2.1 Generalidades del Centro de Salud El tejlar.	12
2.2.2 Ubicación	13
2.2.3 Limitación geográfica	13
2.2.4 Espacio Físico	13
2.2.5 Servicios Básicos del Centro de Salud	13
2.3 Marco Conceptual	14
2.3.1 Adolescentes	14
2.3.2 La Adolescencia	15
2.3.3 Fisiología de la pubertad	16
2.3.4 Etapas de la adolescencia y sus características	17
2.3.5 Cambios en el Desarrollo Físico y Biológico	18
2.3.6 Sexualidad en la adolescencia	19
2.3.7 Etapas del despertar sexual	19
2.3.8 Embarazo en la adolescencia	21

2.3.9 Fisiopatología en el embarazo adolescentes	21
2.3.10 Multiparidad.....	24
2.3.11 Principales factores que influyen en la multiparidad de la adolescente	25
2.3.12 Riesgo reproductivo en las madres adolescentes.	28
2.3.13 Desarrollo psicosocial de la adolescente.....	29
2.3.14 Embarazo subsecuente en la adolescente.....	29
2.3.15 Consecuencias del embarazo subsecuente	29
2.3.16 Anticoncepción en la adolescencia.	30
2.3.17 Riesgos maternos-infantiles	31
2.3.18 Complicaciones clínicas para la madre	31
2.3.19 Complicaciones para el recién nacido.....	32
2.3.20 Teoría de Ramona T. Mercer	32
2.4 Marco Legal.....	33
2.4.1 Constitución de la República del Ecuador. Vigente (2008).....	33
2.4.2 Plan Nacional del Buen Vivir	36
2.4.3 Código de la Niñez y de la Adolescencia.....	39
2.4.4 Código Deontológico Internacional de Enfermería	44
CAPÍTULO III.....	46
3. Metodología de la investigación	46
3.1 Diseño de la investigación	46
3.2 Tipo de investigación.....	46
3.3 Localización y ubicación del estudio.....	46
3.4 Población	46
3.4.1 Muestra.....	47
3.4.2 Criterio de inclusión	47
3.4.3 Criterios de exclusión.....	47

3.5 Operacionalización de variables	48
3.6 Métodos de recolección de información	55
3.6.1 Encuesta	55
3.7 Análisis de datos	55
CAPÍTULO IV	56
4. Resultados de Investigación	56
CAPÍTULO V	67
5. Conclusiones y recomendaciones	67
5.1 Conclusiones	67
5.2 Recomendaciones	68
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	73
Anexo 1. Realización de encuestas a las adolescentes en el Centro de Salud el Tejar.....	73
Anexo 2. Instrumento/Encuesta	75
Anexo 3. Poster científico.	80
Anexo 4. Urkund	81
Anexo 5. Aprobación del CAI (Abstract)	82

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES OBJETIVO 1	48
TABLA 2. OPERALIZACIÓN DE VARIABLE OBJETIVO 2	49
TABLA 3. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES OBJETIVO 3	52
TABLA 4. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS	56
TABLA 5. EVALUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU CONVIVENCIA.....	58
TABLA 6. EVALUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDAD.	59
TABLA 7. EVALUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	61
TABLA 8. EVALUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES SOBRE PATOLOGÍAS OBSTETRICAS.....	63
TABLA 9. COMPLICACIONES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES.....	64

RESUMEN

“MULTIPARIDAD, INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL “CENTRO DE SALUD EL TEJAR 2021”

Autora: Karen Vanessa Chamorro Obando

Correo: karenchamorro310@gmail.com

El embarazo adolescente en la actualidad es un problema social, que afecta a un gran número de población, trae consecuencias que llevan desde la morbilidad hasta la mortalidad materno-infantil. Según la OMS 16 millones de adolescentes de 15-19 años y 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. El presente estudio tuvo como objetivo determinar los factores que influyen en la multiparidad, incidencia y complicaciones de las adolescentes, atendidas en el Centro de Salud el Tejar. De diseño cuantitativo de tipo descriptivo exploratorio y transversal. El análisis de datos obtenidos mediante encuestas online se realizó en el programa SPSS con una muestra de 30 adolescentes en periodo de gestación y adolescentes multíparas y se obtuvo resultados como: El 90% fueron adolescentes tardías. El 66,7% solo cursaron estudios primarios. El 56,7% tienen dos hijos, de estado civil solteras 56,7 % no tienen ingresos económicos. El 73,3% tuvieron su primera relación sexual entre los 10-13 año. El 76,7% si han utilizado métodos anticonceptivos, pero aun así ninguno de sus embarazos fue planificado. Como complicaciones para la madre se encontró los trastornos hipertensivo preeclampsia y eclampsia como mayor relevancia con un 23,4% y las complicaciones en el recién nacido se encontró el distrés respiratorio, la incidencia fue de 4,08%. Se concluyó que el embarazo temprano en adolescentes como una realidad en la población del Tejar siendo un riesgo que se agrava y está asociado con la falta de valores, y poca responsabilidad sobre el manejo de la sexualidad.

Palabras claves: Adolescencia, embarazo, multiparidad, complicaciones.

ABSTRACT

MULTIPAROUS WOMEN, INCIDENCE, AND COMPLICATIONS IN ADOLESCENTS TREATED AT THE" EL TEJAR HEALTH CENTER 2021”

Author: Karen Vanessa Chamorro Obando

Email: karenchamorro310@gmail.com

Adolescent pregnancy is currently a social problem that affects a large number of the population, with consequences that range from morbidity to maternal and infant mortality. According to the WHO, 16 million adolescents aged 15-19 and 1 million girls under the age of 15 give birth each year. The present study aimed to determine the factors that influence multiparity, incidence, and complications in adolescents, treated at the El Tejar Health Center. Of quantitative, descriptive, exploratory, and cross-sectional design. The analysis of data, through online surveys, was carried out in SPSS with a sample of 30 adolescents in the gestation period, and multiparous adolescents. Results show that 90% were late adolescents. 66.7% only attended primary studies. 56.7% have two children; 56.7% are unmarried and have no income. 73.3% had their first sexual intercourse between the ages of 10-13. 76.7% if they have used contraceptive methods, but even so none of their pregnancies were planned. As complications for the mother, hypertensive disorders, preeclampsia, and eclampsia, were found to be more relevant with 23.4% and complications in the newborn were respiratory distress, the incidence was 4.08%. In conclusion, early pregnancy in adolescents is a reality in the Tejar population, being a risk aggravated and is associated with the lack of values and little responsibility for the management of sexuality.

Keywords: Adolescence, pregnancy, multiparity, complications.

TEMA

“MULTIPARIDAD, INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN ADOLESCENTES
ATENDIDAS EN EL “CENTRO DE SALUD EL TEJAR 2021”

CAPÍTULO I

1. Problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (1), define a la adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, engloba los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años también menciona que los embarazos en la adolescencia tienden a generar problemas familiares, económicos, y sociales ya que muchos de ellos tienen la capacidad biológica de procrear, pero sin antes desarrollar completamente una madurez emocional que los haga ser consecuentes con el acto de la maternidad y la paternidad; a esto se asocian consecuencias somáticas como las complicaciones en el embarazo, riesgos y mortalidad tanto de la madre como el niño.

Si bien se conoce que los adolescentes no se encuentran en la plenitud de condiciones para asumir una paternidad responsable, mucho menos lo estarán cuando esta situación es subsecuente. En estos casos la incidencia de nuevos embarazos será más alta y los factores de riesgos se incrementarán notoriamente, dando paso a complicaciones tales como las depresiones emocionales que pueden desencadenar intentos suicidas, pérdida de la autonomía, dificultad para establecer relaciones sociales entre otras de índole psicológica. Por eso no solo es importante tener en cuenta las secuelas de los embarazos múltiples, sino también las causas que llevan a las adolescentes a asumir un embarazo en edades tempranas de la vida (2).

Según estudios la tasa mundial de embarazo en adolescentes comprende a 46 nacimientos por cada 1.000 adolescentes, mientras que las tasas de embarazo en adolescentes en América Latina, sigue siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 19 años. Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos

en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes (3).

Según datos del Ministerio de Salud Pública, en Ecuador se registraron 413.318 nacidos vivos de niñas y adolescentes, de 10 a 19 años las cifras son desde el 2010 hasta el 2016 además, según el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, Ecuador es el tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos, entre esos rangos de edad, en Ecuador dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez, las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). Por un lado, alrededor del 30% de las adolescentes del rango inferior de ingresos son madres en Ecuador; se observa que la fecundidad adolescente en áreas rurales son 30% más altas que en áreas urbanas (4).

En esta investigación se resalta una visión sobre los embarazos en las adolescentes que conlleva hacer un problema con diversos puntos de vista desde las ciencias de la salud, la educación, las normas legales, entre otros; incrementando así la incidencia de nuevos embarazos y el aumento de los factores tanto sociales, emocionales, y culturales, que conlleva al aumento de las complicaciones materno-infantiles incrementado así los riesgos de mortalidad en las mismas. Se propone algunas estrategias desde la educación como herramienta de transformación e inclusión de la comunidad hacia mejores posibilidades de vida para esta población la misma que lleva consigo efectos muy favorables para toda la comunidad especialmente para las madres adolescentes.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que influyen en la multiparidad, incidencia y complicaciones en adolescentes atendidas en el “Centro de Salud el Tejar 2021?”

1.3 Justificación

El embarazo en la adolescencia es considerado uno de los factores que mayor afecta a los indicadores de una nación o comunidad, provocando consecuencias negativas para la adolescentes entre ellas están problemas familiares, académicos, de manera general el ámbito sociopolítico y cultural, el conocer las causas que con llevan a una adolescente a un embarazo a temprana edad permitirá crear herramientas que ayuden y que permitan mejorar los proyectos que se van desarrollando para disminuir la incidencia de esta situación.

En el Ecuador, específicamente en la zona 1 del país no se encuentra exenta de esta situación sobre todo si las cifras de embarazo tienden a elevarse, por lo que se hace pertinente el estudio. La información acerca de la multiparidad en adolescentes, impacta directamente sobre la sociedad ya que ofrece de manera oportuna una alerta acerca de los riesgos en la salud reproductiva, la importancia del espacio intergenésico, su asociación al inicio temprano de la actividad sexual, la planificación familiar y el conocimiento del cuidado prenatal, información que contribuye para una mejor calidad de vida, así como una base fundamentada, para que el personal de salud que atiende en este sector puedan considerar en su planificación, el accionar necesario para tratar este problema.

El beneficio es a nivel personal, educacional, familiar y social, debido a que la multiparidad en adolescentes se encuentra asociado a las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal, el impacto abarca el nivel sociocultural y psicológico. Directamente beneficiara a las adolescentes del Centro de Salud el Tejar; indirectamente la Universidad Técnica del Norte, al investigador para la obtención del título de tercer nivel, otros investigadores y estudios que se fundamente en los resultados obtenidos. Además, el estudio permite la sostenibilidad del desarrollo familiar y sexual de las adolescentes, de manera que asegure las necesidades presentes y futuras, protegiendo el desarrollo y crecimiento infantil, las condiciones económicas, sociales, culturales del núcleo familiar.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar los factores que influyen en la multiparidad, incidencia y complicaciones de las adolescentes, atendidas en el Centro de Salud el Tejar.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente a la población participante en el estudio.
- Identificar los principales factores que influyen a la adolescente para un nuevo embarazo.
- Conocer la incidencia y complicaciones que conlleva a la multiparidad en las adolescentes.
- Elaborar poster científico basado en los resultados obtenidos en la investigación.

1.5 Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
- ¿Cuáles son los principales factores que influyen a la adolescente para un nuevo embarazo?
- ¿Cuál es la incidencia y complicaciones que conlleva a la multiparidad en las adolescentes?
- ¿En qué consiste diseñar un poster científico basado en los resultados obtenidos en la investigación?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1 Marco Referencial

2.1.1 El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad.

La gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, ya que el embarazo en este período tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo. El objetivo fue analizar la repercusión del embarazo en la adolescencia desde las perspectivas de salud y sociedad. Los métodos utilizados fueron teóricos, con un enfoque socio-histórico y lógico en el análisis y síntesis documental relacionada con las diversas revisiones realizadas a literaturas nacionales e internacionales. Las conclusiones fueron que el embarazo en la adolescencia constituye un problema social vigente y en ascenso, con serias afectaciones sobre la salud y calidad de vida de este grupo poblacional, cuyo impacto es psicosocial, por lo que se necesita un abordaje integral por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de los adolescentes, en específico, de la maternidad-paternidad responsable (5).

2.1.2 Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y jóvenes, Bata, Guinea Ecuatorial.

Según (6), mencionan que el embarazo en la adolescencia puede tener repercusiones negativas tanto para la madre como para su futuro hijo, esta problemática es una de las principales preocupaciones para las autoridades de cualquier comunidad. El objetivo fue identificar riesgos socio-demográficos, ginecológicos y obstétricos en embarazadas adolescentes y jóvenes adultas (20-34 años) en el Hospital Regional de Bata, durante julio de 2017. Los métodos se realizó un estudio observacional, analítico de casos (n1=30 adolescentes) y controles (n2=60, jóvenes) paridas. Se usó la estadística descriptiva para resumir las variables y las comparaciones se realizaron mediante X², Odds Ratio, T de Student, y la U de Mann Whitney, los resultados fueron que predominó la etnia fang (94 %) en Bata, nivel secundario, y solteras (80 % de las

adolescentes) estudiantes entre los casos y amas de casa entre controles. Edad de las primeras relaciones sexuales similar (16 años), sin uso de anticonceptivos (80 % en casos) vs (61,7 % en controles). La conclusión de este estudio fue que, en Bata, julio de 2017 la atención prenatal y del parto en el Hospital Regional de Bata no presentó diferencias entre casos y controles, por lo que existió una situación favorable (pág. 2).

2.1.3 Prevalencia de embarazo en Adolescentes, Yopal-Casanare, Colombia, 2013-2014.

Según, (7) el embarazo adolescente es motivo de preocupación para la salud pública a nivel global ya que se acompaña de una importante morbilidad derivada de factores biológicos, socioculturales y económicos que comprometen el binomio madre adolescente hijo. El objetivo fue establecer la prevalencia de embarazo en mujeres adolescentes desde los registros de nacidos vivos del municipio de Yopal entre 2013-2014. Los métodos y materiales fueron estudio descriptivo transversal desde la base de datos del módulo de nacidos vivos del Registro Único de Afiliados del Departamento Nacional de Estadística (DANE), suministrado por la Secretaría de Salud de Yopal. Se incluyeron registros completos de toda gestante menor de 19 años (7).

Los resultados fueron que el 21,9% (1.286/5.848) de registros correspondieron a gestantes adolescentes entre 10- 19 años, con edad promedio $17,4 \pm 1,47$ años; edad promedio del padre $23,9 \pm 5,66$ años; mediana de embarazos = 1 (rango = 1-4); más de cuatro controles prenatales 707 (55,0%); primigestantes 1.033 (80,3%); periodo intergenésico menor de dos años 54 (25,7%); parto espontáneo 894 (69,5%) y cesárea 392 (30,5%); presentaron bajo peso al nacer 54 (4,2%) neonatos. En conclusión, la prevalencia del embarazo en adolescentes en Yopal fue superior a la nacional, de 19,5%; las gestantes adolescentes del área rural acceden menos a los controles prenatales. Estos datos conllevan revisar y fortalecer las estrategias municipales de prevención de este evento (7).

2.1.4 Predictores de parto pretérmino en la población adolescente.

Según (8), el embarazo en adolescentes es considerado factor de riesgo para un parto pretérmino. La mayoría de la evidencia muestra que el bajo peso al nacer y el parto antes de las 37 semanas, son las posibilidades más frecuentes en la madre adolescente. El objetivo fue identificar los principales factores de riesgo que inducen un parto pretérmino en pacientes adolescentes; metodología utilizada se realizó un estudio observacional de corte transversal, mediante el análisis secundario de la base de datos del estudio original “Características del control prenatal de pacientes adolescentes atendidas en la consulta de obstetricia. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia, 2010”.

Los resultados encontrados fueron la edad promedio de las pacientes fue de 16,6 años (DE + 1,6). El parto pretérmino se presentó en el 13,3% de los casos (n = 48, IC 95% 10,1- 17,4). Las enfermedades médicas asociadas al embarazo (OR 3,5, IC 95% 1,3-9,6), la multiparidad (OR 3,6, IC 95% 1,3-10,3) y la falta de un control prenatal adecuado (OR 10,1, IC 95% 3,2-32,3) fueron las principales variables independientes para la presencia de un parto pretérmino. En conclusión, las enfermedades médicas asociadas al embarazo, la presencia de 2 o más embarazos y la falta de un control prenatal adecuado, fueron las principales variables independientes para la predisposición a un parto pretérmino en la población de adolescentes.

2.1.5 Análisis de la población perteneciente a la Red del Hospital Padre Hurtado, entre los años 2005-2015.

A nivel mundial, el embarazo y parto, son la segunda causa de muerte de mujeres entre 15-19 años. En Chile, la mortalidad materna en adolescentes en el período entre 2000 y 2012, fue de un 5,6% en mujeres entre 15 y 19 años y 0,2% en menores de 15 años. La causa más frecuente en menores de 20 años es la hipertensión en el embarazo, seguida de enfermedades intercurrente (9).El objetivo Evaluar prevalencia de adolescentes multíparas >2, en la población atendida en Hospital Padre Hurtado. Los materiales y métodos fueron un estudio de cohorte retrospectivo, con información extraída de la ficha electrónica de partos e intervenciones, realizados entre 2005-2015

HPH. Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel y luego analizados en el paquete estadístico IBM SPSS versión 22. Dando como resultado que se atendieron 62.656 partos y hubo 5.770 eventos gestacionales que requirieron alguna intervención, de éstas, 14.030 (20,5%) ocurrieron en pacientes menores de 20 años y 356 (0,52%) en menores de 15 años. El número de multíparas fue de 940 (10,3% de mujeres con embarazo adolescente). La conclusión fue que la frecuencia de embarazo adolescente evaluada, es superior a la nacional y mundial, cuando el primer embarazo ocurre <15 años, éstas tienen mayor riesgo de presentar un segundo embarazo durante la adolescencia (9).

2.1.6 Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas.

Los casos estudiados viven abandono emocional directo e indirecto por parte de sus padres y contextos de privación social y cultural. El embarazo en la adolescencia también acarrea desventajas expresadas por las alumnas: pérdida de la libertad, asumir responsabilidades parentales, exclusión de grupos, dedicándose la madre adolescente al cuidado del bebé. El objetivo de este trabajo es dar a conocer los factores de riesgo que inciden sobre la ocurrencia de embarazos adolescentes desde la perspectiva de estudiantes embarazadas. Los materiales y métodos utilizados fueron cualitativo, que se basa en la perspectiva fenomenológica. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 6 estudiantes embarazadas entre 16 y 19 años provenientes de un sector rural de Chile (10).

Los resultados en la mayoría de los casos no hubo deserción del sistema escolar, pero estas adolescentes no vivencian la etapa de la adolescencia de manera similar a sus compañeras que no son madres, centrándose en su rol de madre y no de hija dependiente del cuidado de sus padres, lo que acarrea conflictos internos, generando angustia, miedo, sentimiento de culpa y frustración, cambiando drásticamente la reacción o respuestas ante los acontecimientos del diario vivir, acelerando el proceso de maduración cognitiva que a su edad correspondería, modificando su conducta, necesidades y prioridades. En conclusión, los resultados obtenidos constituyen un

llamado de alerta y un incentivo a la revisión y promoción de estrategias para prevención del embarazo adolescente (10).

2.1.7 Características clínicas y sociodemográficas de las adolescentes gestantes acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Coronel Oviedo, 2017.

El embarazo en la adolescencia es preocupante en cuanto al manejo clínico de diversas patologías que se presentan durante el embarazo, es importante destacar que el 20% de las muertes maternas se registraron en adolescentes. El Hospital Regional de coronel Oviedo recibe gran cantidad de adolescentes embarazadas, conocer las características clínicas y sociodemográficas aporta información de la situación actual de esta problemática. Los objetivos fueron determinar las características clínicas y sociodemográficas de las adolescentes gestantes que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de coronel Oviedo, 2017. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal, muestreo no probabilístico, de casos consecutivos (11). Fueron seleccionadas 109 adolescentes gestantes, que acudieron al servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de coronel Oviedo en el año 2017 (11).

Como resultados se obtuvo que, el promedio de edad fue de $16,5 \pm 2,5$ años. La mediana fue de 17 años; el 73,39% eran solteras; el 66,06% procedieron de una zona rural; el 37,61% asistían a la escolar media; el 78,70% eran nulíparas, el 18,52% eran primíparas y el 2,78% secundíparas; el 79,82% tuvieron parto vaginal. En conclusión, con relación a los datos del Departamento de Bioestadística del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2009, los resultados son coherentes con los porcentajes dados por la misma (11).

2.2 Marco contextual



Ilustración 1 Centro de salud el Tejar

2.2.1 Generalidades del Centro de Salud El tejar

El equipo de salud del Centro de Salud El Tejar, con el pasar del tiempo y como parte del nuevo modelo de atención integral de salud ha implementado actividades de tipo extramural como la aplicación de las fichas familiares, los cuales han dado resultados positivos para conocer el nivel socio – económico, cultural y de salud de la familia y comunidad.

El trabajo que brinda el equipo de salud comprende un proceso en el cual, se tuvo como punto de partida, la ejecución del diagnóstico de la comunidad que nos permitirá desarrollar un plan de intervención encaminado a la búsqueda de soluciones de la problemática presente en la comunidad de estudio.

El bienestar y salud de la población depende en gran parte del interés con que se miren sus problemas. Debemos buscar los medios adecuados para organizar a la comunidad,

lograr el cambio de actitudes y así conseguir una mejor relación con las personas y lograr de esta manera el bien común (12).

2.2.2 Ubicación

El centro de salud El Tejar se encuentra ubicado actualmente al Sur Occidental de la ciudad de Ibarra, en el Barrio la primavera, en la calle Che Guevara 109 y Nelson Mandela.

2.2.3 Limitación geográfica

El centro de salud se encuentra limitado de la siguiente manera:

- Norte: La Campiña
- Sur: El Tejar, Santa Rosa, San Francisco
- Este: Romerillo Alto y Bajo
- Oeste: Los Girasoles y Bola Verde

2.2.4 Espacio Físico

El centro de Salud El Tejar cuenta con los siguientes espacios:

- Consultorios médicos
- 1 consultorio odontológico
- Estadística
- Reparación
- Vacunas
- Sala de espera
- Curaciones e inyecciones
- Farmacia

2.2.5 Servicios Básicos del Centro de Salud

En esta unidad de salud se realiza actividades tanto intramurales como extramurales.

Entre las actividades intramurales están:

- Atención medica

- Atención odontológica
- Curaciones
- Inmunizaciones
- Preparación
- Entrega de medicamentos gratuitos
- Actividades con grupos programáticos (club del adulto mayor, club de adolescentes)

Entre las actividades extramurales están:

- Visita domiciliaria
- Control escolar
- Control odontológico
- Charlas educativas

2.3 Marco Conceptual

2.3.1 Adolescentes

Los fenómenos que afectan al adolescente de manera externa, no son los mismos que hace años, la sociedad ha evolucionado y los problemas que aquejan al ser humano, junto con ella. En los años cuarenta y cincuenta los efectos de la guerra, excedentes de riqueza, incremento de la escolaridad y la expansión urbanística, despertaron en el adolescente el ocio. En los años setenta y ochenta, inicia una época donde se considera al sistema como negativo. Encarece el trabajo, los jóvenes son marginados y se reduce el nivel académico y formativo, debido a la perspectiva que el adolescente no sirve para producir, sienten que no tienen futuro (12).

En los años noventa y dos mil, la familia está considerada como un eje crucial de la sociedad, los adolescentes se sienten parte del sistema, se los consulta, considera, deciden su alimentación, acceso a la tecnología, está definida como la época del

consumismo; del dos mil al dos mil diez, es la era de la tecnología, pasan más tiempo con el computador que con sus padres, los niveles de ocio aumentan, pero no es el mismo ocio que en épocas pasadas, este afecta principalmente en sus áreas comportamentales y actitudinales, reciben mucha información, pero no la adecuada. Previsión del dos mil diez al dos mil veinte, ya no necesitan relacionarse, tienen todos los espacios dentro de la red, tiendas, sociedad, relaciones. No tiene interés por el trabajo, dependen de su familia, aunque su relación con ella se encuentre deteriorada, la tecnología es gratuita, pero el precio que pagan es alto. El desarrollo económico del adolescente está ligado a sus intereses, los negocios son a través de internet (12).

El término Adolescente proviene del verbo latino “adolecere” cuyo significado es crecer y suele emplearse para denominar la etapa de transición de la infancia a la vida adulta, sin embargo, la Adolescencia tiene una connotación más significativa. La Organización Mundial de la Salud considera que es el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva y transitan los patrones biológicos y psicológicos de la niñez a la adultez. Para abordar la salud de los y las adolescentes según sus necesidades, brindando una atención integral de salud, es relevante tener en cuenta todas las determinantes que influyen en su desarrollo de una manera dinámica, tanto en lo conceptual, metodológico y operativo, con un enfoque intersectorial (12).

En una declaración conjunta, realizada en 2008 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población [FNUAP], se declaró que el término “adolescencia” se refiere a la población cuyas edades comprenden entre los 10 a 19 años, criterios tomados en cuenta por el Ministerio de Salud con la finalidad de unificar estándares internacionales y además realizar evaluaciones objetivamente verificables (12).

2.3.2 La Adolescencia

La adolescencia está considerada como un período de transición, definido desde la niñez a la edad adulta, dentro de ciclo vital de la familia, este es un periodo crítico y de cambios tanto internos como de los familiares del adolescente, principalmente cuando es el hijo mayor quien entra en la adolescencia. Esta etapa de la vida se caracteriza

porque empieza a cuestionarse el estilo familiar, el grupo de iguales se convierte en un poderoso referente para los hijos que puede llegar a desorganizar las pautas establecidas por la familia y los cambios evolutivos y necesidades del adolescente.

Además, dentro del proceso de conformación de la estructura familiar, el ingreso de los abuelos y la necesidad de emancipación de los hijos, definida como una búsqueda de autonomía, afecta a su característica dentro de esta etapa. 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 y los 19 años. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. Se ha señalado este periodo como un proceso de desarrollo, definido tradicional y culturalmente como lleno de problemas y tensiones, sin embargo, su definición ha ido evolucionando, acercándose más a las características como una vida emotiva, fluctuante, contradictoria, actividades desmedidas, alternante, actitudes indiferentes y desgastadas a pesar de la presencia de energía, tal incididas por la depresión, vanidad y timidez, el autor la ubica entre el egoísmo al altruismo idealista (12).

2.3.3 Fisiología de la pubertad

La pubertad en la mujer lleva a la aparición de los caracteres secundarios, los cambios que se presentan son el resultado de la activación de la unidad hipotálamo-hipofisaria y la secreción de esteroides sexuales por el ovario. El sistema hipotálamo-hipofisario-ovario es funcional desde las semanas 14 de gestación y está completamente desarrollado al nacimiento, en la niñez existe una disminución en la actividad del sistema hipotálamo-hipófisis. La pubertad es entonces la etapa madurativa entre la infancia y la edad adulta en donde las gónadas alcanzan su madurez, la mujer después del nacimiento y durante la época de la infancia no tiene vida sexual activa, porque el aparato genital está en reposo, el cual se activa durante la pubertad (16).

Alrededor de los 8 años aumenta la secreción de GnRH (hormona liberadora de gonadotropina) durante el sueño, pero aún no se observa cambios físicos, lo que incrementa la capacidad de respuesta de la hipófisis en la secreción de FSH (hormona folículo estimulante) y LH (hormona luteinizante), con predominio en la actividad

biológica de esta última, una vez que se alcanzan los niveles puberales de FSH y LH, sus efectos conducen en unos 6 meses a los primeros signos de maduración sexual.

2.3.4 Etapas de la adolescencia y sus características

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

Las adolescentes tempranas están en la fase de crecimiento rápido y enfocan su atención de forma narcisista en sus cuerpos, tratando de integrar su rápido aumento en talla, su cambio en la forma, y la creciente competencia física, elevación de sus sentimientos sexuales y una nueva sensación de poder dentro de su imagen corporal y espacio propioceptivo. Se están dando cuenta los cambios que comienzan a producirse. Es un período en el que se está recogiendo información, se exploran elementos identificadores de forma más profunda y se experimenta para ver cuáles son los comportamientos que funcionan, con el fin de comenzar a definir un auto concepto de adulto, integrado y unificado (13).

Las fantasías y habilidades cognitivas aumentan de forma considerable, no son capaces de controlar sus impulsos y las metas y propósitos dentro de su formación vocacional no están sustentados en aspectos de la realidad objetiva la imagen y los cambios de su cuerpo en esta etapa toman una prioridad dentro de sus expectativas, su cuerpo es lo que más le preocupa y son muy dependientes de los comentarios de sus semejantes, se impregnan de incertidumbres en cuanto a su apariencia física pues notan muchos cambios con respecto a esta (13).

- **Adolescencia Media (14 a 16 años)**

El adolescente medio, se ha completado un 90-95% del crecimiento físico y se está consolidando la nueva imagen corporal adulta, el pensamiento abstracto ha comenzado a emerger y la joven se empapa de fantasía, idealismo y de una percepción de

invencibilidad y omnipotencia. Es una etapa donde la adolescente cree ser” dueño del mundo”, los padres ahora pasan a otro plano (14).

Los intereses sexuales comienzan a despertar en esta etapa de manera intensa y muchos consideran el periodo justo para el comienzo de las relaciones sexuales, se sienten invulnerables, cargados de energía, deseosos de derroche de adrenalina, las conductas están marcadas por rasgos de omnipotencia lo cual puede constituir un riesgo. La apariencia física se encuentra en el más alto estándar, la moda, el aspecto corporal y los criterios de los semejantes son su método de sentirse seguros (14).

- **Adolescencia Tardía (17 a 19 años)**

En esta etapa los cambios físicos declinan ya casi está formado el biotipo del adulto y generalmente aceptan su imagen corporal, las modificaciones en esta etapa son menores, reestablecen las relaciones con sus padres presumiendo de aptitudes un tanto más responsable que en etapas anteriores. Les brindan más importancia a las relaciones de orden íntimo y los compañeros y los grupos pierden la jerarquía que había ganado. En estos momentos las metas y propósitos vocacionales se fundamentan en hechos más reales y objetivos (15).

La adolescente que asume un embarazo en esta etapa de la adolescencia va a tener un comportamiento que corresponde a la etapa en que se encuentre, como se ha descrito anteriormente, el solo hecho de estar embarazada y de tener un hijo no le favorece para avanzar a otras etapas superiores por lo que no se va a completar el ciclo de madurez, y esto constituye un factor de riesgo para los problemas que se derivan del embarazo en la adolescencia, por eso se plantea la siguiente premisa, las adolescentes embarazadas son solo eso: adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes (15).

2.3.5 Cambios en el Desarrollo Físico y Biológico

En la pubertad se producen cambios biológicos que incluyen el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales, así como los cambios continuos en la forma y tamaño del cuerpo. Mientras que, generalmente, se piensa que los cambios biológicos

se dan por completo en el período de la pubertad, existe un desarrollo continuo a lo largo de la adolescencia en cuanto a madurez y crecimiento físico (16).

La gran cantidad de cambios que comienzan con la pubertad continúan influyendo al individuo más allá de su inicio. Estos cambios corporales y hormonales están consistentemente relacionados con procesos psicológicos y sociales. En este sentido, la relación entre pubertad, estado de ánimo y conducta es un área muy activa de investigación (16).

La evidencia empírica investigada sugiere 22 que los cambios hormonales se encuentran relacionados con los estados de ánimo y el comportamiento, aunque estas relaciones son complejas. Estas relaciones parecen diferir en función del género, la edad, los tipos de hormonas y su interacción entre ellas y el estatus puberal (16).

2.3.6 Sexualidad en la adolescencia

El despertar del sexo en el adolescente, provoca muchas veces pavor, angustia, depresión. Estas vivencias tienen origen sexual. El adolescente sufre más si se le rodea de misterio y tabú. Existen elementos que influyen en el despertar sexual temprano son variados. El despertar sexual es influencia dada por los amigos mayores, el cine, televisión, alimentación.

2.3.7 Etapas del despertar sexual

- **Enamoramientos platónicos**

La sexualidad todavía no ha entrado en la vida de los niños y las niñas. Es la etapa en la que los chicos y chicas se enamoran perdida y platónicamente. Muchas veces encaprichan de actores, cantantes o deportistas platónicamente, pero con una gran intensidad. También de adultos a los cuales admiran, generalmente solo en el aspecto físico. Inclusive llegan a colgar fotos de esos personajes famosos en sus habitaciones (14).

- **Autoerotismo**

En la mayoría de los casos, consiste que los niños en la primera etapa de su adolescencia comienzan a tener deseos sexuales que satisfacen con el autoerotismo, explorando sus propios cuerpos. Suelen pasar mucho más tiempo encerrado en el baño o en su dormitorio. Y en el caso de los chicos, las eyaculaciones pueden dejar manchas en la ropa de cama (14).

- **Descubrimiento de los otros**

En esta etapa los chicos y chicas empiezan a sentir deseo sexual por algún amigo o amiga y en este momento también surgen, los primeros enamoramientos. Los adolescentes cuando alguien les gusta: escriben su nombre, tienen su foto, están distraídos y se ocupan mucho más de su aspecto. Pero también es importante que en la educación sexual que se les trasmite haya información sobre lo que son los actos sexuales, sobre la necesidad de respetar a la pareja y sus deseos y sobre el componente emocional de las relaciones sexuales (14).

- **Inicio de la vida sexual activa**

Los adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales y en la mayoría de los casos esas primeras relaciones sexuales, están entre los 16 y 17 años. Si el adolescente no tiene una buena comunicación con sus padres en la que los temas sobre sexualidad estén presentes va a ser imposible para estos saber cuándo su hija o hijo comienzan a tener relaciones sexuales. No solo eso, si no existe esa comunicación, los padres no podrán estar seguros de si su hijo o hija tiene sexo seguro por lo que, en ocasiones, los padres descubren que sus hijos o hijas son sexualmente activos de una manera muy negativa: porque se contagian de una enfermedad de transmisión sexual o porque se quedan embarazadas (14).

2.3.8 Embarazo en la adolescencia

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos este afecta negativamente la salud de la madre, del hijo y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad (14).

El embarazo en la adolescencia es aquella condición de gestación que ocurre en mujeres de 19 años independientemente de la edad ginecológica. El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física ni mental y a veces en circunstancias adversas como son carencias nutricionales u otras enfermedades (14).

El embarazo no planeado en la adolescencia puede causarle varios trastornos sobre todo si es menor de 15 años además de repercutir sobre su esfera social se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo generalmente mal remunerado, adicional desencadena matrimonios apresurados que generalmente no duran con repercusiones sociales, económicas, personales y salud de sus hijos (14).

2.3.9 Fisiopatología en el embarazo adolescentes

Se conoce como gestación al proceso único por el cual crece y se desarrolla el feto en el interior del útero materno. Según la OMS la gestación se inicia cuando termina la implantación, lo que ocurre entre el día 12-14 de la fecundación. El tiempo que transcurre entre la fecundación y el parto será de 40 semanas o 280 días desde el primer día de la FUR (fecha de la última regla). Durante el embarazo la gestante sufre unas alteraciones en su organismo destinadas a lidiar con las necesidades de hemostasia y crecimiento fetal, siendo de gran importancia del bienestar materno (17).

La mujer cuenta con sistemas adaptativos propios que le permiten proporcionar la energía y los sustratos de crecimiento que el feto necesita, eliminando sus residuos y el exceso de calor. En la gestación la fisiología del cuerpo humano sufre un gran

cambio, de tal forma que los sistemas del organismo alteran sus funciones para poder adaptarse a esta nueva situación (17).

- **Sistema cardiovascular**

Según Sirvent (18) el sistema cardiovascular:

- El volumen plasmático presenta una elevación en la sexta semana de gestación, manteniéndose en una base del 50% por encima de los niveles no gestacionales entre las 32 y 34 semanas.
- A pesar del aumento de la eritropoyesis, las concentraciones de hemoglobina, eritrocitos y hematocrito, disminuyen ligeramente durante la gestación normal, en consecuencia, disminuye la viscosidad de la sangre.
- El débito cardiaco aumenta durante la gestación, llegando a ser un 40% más alto que en los niveles no gestacionales entre las 20 y 24 semanas.
- La frecuencia cardiaca en reposo aumenta unos 10/15 latidos/minuto.
- La presión arterial de la gestante se ve influenciada por la postura que presente; la presión arterial en la arteria humeral será más alta cuando la mujer está sentada y más baja cuando yace en decúbito lateral, siendo intermedia en posición supina. De forma general, la tensión sistólica disminuye durante la gestación, pero no tanto como la diastólica, que lo hace de una forma acentuada, iniciándose en el primer trimestre, llegando al valor más bajo a mitad de la gestación y volviendo a los niveles normales no gestacionales al final de la misma (18).

- **Sistema respiratorio**

Las principales modificaciones respiratorias en la gestación se deben a tres factores; el crecimiento uterino, el aumento total del consumo de oxígeno por el organismo y los efectos estimulantes de la progesterona sobre la respiración (18).

- El diafragma se eleva 4 cm durante la gestación, la circunferencia torácica aumenta unos 6 cm, pero es insuficiente para evitar una reducción del volumen residual en los pulmones secundarios a la elevación del diafragma.

- Se produce un aumento del volumen de la ventilación pulmonar debido al aumento de la excursión diafragmática (18).
- El consumo total de oxígeno en el cuerpo aumenta aproximadamente entre el 15-20%. Cerca de la mitad se debe al útero y su contenido. El restante resulta del aumento del trabajo renal y cardiaco de la gestante, debiéndose una pequeña parte al trabajo de los músculos respiratorios y mamas. El aumento del consumo de oxígeno es acompañado por respuestas cardiorrespiratorias que facilitan la liberación del mismo (18).
- El volumen de oxígeno obtenido mediante la ventilación pulmonar excede la demanda de oxígeno impuesta por la gestación. Se produce un incremento del volumen de la hemoglobina circulante y a su vez de la capacidad transportadora de oxígeno total. La diferencia de oxígeno arteriovenoso materno está disminuida (18).
- Disminuye Pco₂ arterial. Esto quiere decir que los valores bajos de Pco₂ son propios de la gestación, pudiendo provocar situaciones de hiperventilación, asociadas a alcalosis respiratorias (18).

- **Sistema excretor**

- El aparato urinario sufre una dilatación durante la gestación, la cual es mayor en el lado derecho, iniciándose en el primer trimestre, siendo observada en un 90% de las gestantes a término y persistiendo hasta la 12 o 16 semana postparto (la progesterona parece producir la relajación de los músculos lisos de los diversos órganos, inclusive los uréteres) (18).
- El volumen extracelular materno, como sus componentes intravasculares e intersticiales aumentan, generando así un estado fisiológico de hipovolemia extracelular (18).
- La filtración aumenta desde el inicio de la gestación, llegando a ser un 40% más alto a mitad de la gestación con respecto a niveles no gestacionales (18).

- **Sustratos energéticos**
- **Glucosa**

Durante la gestación se produce un aumento en la respuesta de la insulina a las estimulaciones de glucosa. Desde la semana 10 hasta su fin se elevan las concentraciones de insulina y se reducen las de glucosa en ayuno. Hasta la mitad de la gestación estas alteraciones están acompañadas por el aumento de la tolerancia a la glucosa endovenosa. Aumenta la síntesis de glucógeno y su almacenamiento hepático, siendo inhibida la glucogénesis. De este modo durante la primera mitad de la gestación son potenciadas las acciones anabólicas de la insulina (18).

Después de los primeros meses de gestación, se eleva la resistencia a la insulina, reduciéndose por tanto la tolerancia a la glucosa. Se produce una reducción en la disminución de la glucosa sérica para determinada dosis de insulina en comparación al inicio de la gestación. Existe una elevación prolongada de la glucosa circulante después de las comidas (18).

- **Lípidos**

Los efectos anabólicos potenciados de la insulina que caracterizan el inicio de la gestación provocan una inhibición de la lipólisis. Sin embargo en la segunda mitad de la gestación se produce un aumento de la lipólisis y de la concentración plasmática de ácidos grasos libres. Esto se debe a la elevación de la hPL (lactógeno de la placenta humana). En el medio humoral de la segunda mitad de la gestación, el aumento de los ácidos grasos libres da lugar a la formación de cuerpos cetónicos. De este modo, la gestación está asociada a un mayor riesgo de cetoacidosis, especialmente después de un ayuno prolongado (18).

2.3.10 Multiparidad

Se define como multiparidad cuando se ha tenido varios partos. Es una situación que afecta a la atención durante el embarazo. A la mujer que ha tenido más de un parto se la denomina múltipara, algunas adolescentes experimentan embarazos repetidos, que

no precisamente termina en parto, sino en un aborto o cesárea, esto también representa un peligro para ella (14).

- **Período intergenésico**

Se denomina periodo intergenésico, al espacio de tiempo que transcurre entre el nacimiento del primer hijo y los sucesivos. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), una buena planificación familiar permite decir, el tiempo que se debe dejar pasar entre los embarazos y también pensar bien el número de hijos que se desean tener. Se debe dejar pasar un intervalo de tiempo entre un embarazo y otro, para así aumentar las condiciones saludables de un nuevo embarazo, tanto para la salud de la madre como la del futuro bebé (14).

El período intergenésico, lo consideramos corto cuando es menor de un año, esta condición se asocia, con más frecuencia, con nacimientos pretérmino, anemias durante el embarazo, Abortos espontáneos, malformaciones congénitas incluso la muerte perinatal y materna, toxemia anterior, Cesárea anterior debe considerarse que toda intervención sobre el útero debe esperarse hasta los 2 años, ya que es un factor que no podemos modificar (14).

2.3.11 Principales factores que influyen en la multiparidad de la adolescente

Podríamos mencionar un sin número de factores, que influyen a una adolescente a quedar embarazada por primera vez estos podrían ser:

La curiosidad, aceptación por parte de amigos (as) “ellos lo hacen, porque no hacerlo”, la necesidad de afecto, en algunas de las adolescentes hay carencia de afecto por parte de sus progenitores, la idea de que el sexo y afecto siempre van juntos, provoca en la adolescente la ilusión de obtener afecto a través del ejercicio de la sexualidad. El sentimiento de soledad y baja Autoestima: el deseo de satisfacer sus necesidades. También podríamos tomar en cuenta los antecedentes presencia de un caso de embarazo precoz dentro del hogar (madre, hermana, etc.), la falta de orientación sobre educación sexual dentro de sus casas ya que existe una inadecuada comunicación entre

los adolescentes, y los adultos (padres, maestros, etc.) esto propicia relaciones conflictivas y sentimientos de soledad que pueden impulsar al adolescente a refugiarse en la pareja o amigos (14).

Muchas de las adolescentes, quedan embarazadas y tienen hijos antes de estar las suficientemente maduras físicas, emocional y socialmente para ser madres. Casadas o no, las adolescentes quedan embarazadas por diferentes motivos. (14) En la mayoría de los casos estudiados me he podido dar cuenta que, si existen factores que influyan para embarazos repetidos en adolescentes, provocando la multiparidad en ellas a tan corta edad, los describiremos a continuación:

- **Nivel socio económico bajo**

La multiparidad está relacionada con condiciones económicas bajas, ya que desconocen estos temas, viven en zonas rurales, aunque existen adolescentes de condiciones económicas medias y altas en las cuales la multiparidad se da, pero es menor (14).

- **Abandono escolar**

Debido al embarazo algunas dejan el colegio, y no retornan al mismo después de la finalización del embarazo. Escasa o distorsionada información y orientación en el área de la sexualidad. A veces los adolescentes escuchan a personas que no son apropiadas para orientarlas, tales como vecinas, amigas (14).

- **Desconocimiento del uso de los métodos anticonceptivos**

Está muy relacionado con lo anterior, los jóvenes poco saben cuáles son los métodos más apropiados para cada persona, como se deben utilizar y cuál es su margen de efectividad (14).

- **Falta de responsabilidad**

Falta de conciencia de sus actuaciones y consecuencia de sus actos. El seguimiento de la madre adolescente por parte del orientador o personal médico, después de la

finalización del embarazo, como todo aparentemente está bien, no regresan al centro de salud para planificación familiar (14).

- **Factores Culturales**

Algunos factores para el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes incluyen un temprano desarrollo de la pubertad, la historia de abuso sexual, pobreza, daño por parte de alguno de los padres, curiosidad sobre la sexualidad e información en la escuela. Los factores que influyen de manera significativa en la postergación de la vida sexual son un ambiente familiar estable, la asistencia regular a ritos religiosos y el incremento del ingreso familiar (14).

- **Factores Emocionales**

Considerando desde la perspectiva de las adolescentes la complejidad de los fenómenos emocionales y psicoafectivo relevantes relacionados con el embarazo no planificado. Las investigaciones más relevantes hablan de la dimensión individual especialmente en el área afectiva, y en la familia. En el área afectiva individual, el "amor romántico" se constituye como un elemento determinante para el inicio de la actividad sexual que se asocia al no uso de anticoncepción, dado que en ese contexto la introducción de los métodos anticonceptivos se interpreta por las adolescentes como falta de confianza en la pareja (17).

- **Factores sociales**

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden concebirse como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, desde el más alejado, el nivel macro social, al más próximo, la conducta, o el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. En el nivel macro social se pueden mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica o estratificación social, la estratificación por género y por etnia, y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente (17).

El contexto social abarca también factores importantes más “próximos” al individuo, entre otros, el lugar de residencia, la estructura familiar y los grupos de sociabilidad integrados por docentes y grupos de pares, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, y la disponibilidad de recursos anticonceptivos (17).

2.3.12 Riesgo reproductivo en las madres adolescentes.

La edad óptima de la maternidad es un tema discutible, se considera que las mujeres muy jóvenes es decir antes de los 20 años y las muy maduras (añosas) después de los 35 años, no tienen la edad óptima para la maternidad, el principal riesgo en la adolescente es que existe una inmadurez pelviana y de los órganos reproductivos, en cifras reales el todo el mundo se mueren cada año cerca de 70.000 adolescentes por complicaciones durante el embarazo lo que no está claro, es si estas muertes ocurren en primigestas o multíparas, lo que sí es cierto, es que el riesgo aumenta cuando la adolescente es sometida a varios embarazos, partos, cesáreas y abortos (14).

El inicio de las relaciones sexuales en la etapa de la adolescencia, trae consigo riesgos considerables, las probabilidades de enfermedad o muerte de la madre o el futuro hijo son dos veces mayor en mujeres que ya cumplieron 20 años. Aun en los embarazos repetidos en las adolescentes, sobre todo cuando el período intergenésico es menor a un año (14).

Los factores socio-económicos aumentan el riesgo de salud reproductiva; entre los principales factores tenemos biológicos tales como; aborto, muerte perinatal, cesárea, parto prematuro, defectos fetales al nacimiento, bajo peso al nacer; entre los factores socioculturales tenemos; madre soltera, adolescente, bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico, muchas veces sin controles prenatales. A esto se agrega de desintegración familiar la falta de responsabilidad, el descuido sobre su sexualidad. Las adolescentes de bajo recursos económicos tienen a tener más riesgos ya que no acuden a los controles prenatales, y tienden a tener hijos e hijas más seguidos, por lo cual en ellas el riesgo aumenta (14).

2.3.13 Desarrollo psicosocial de la adolescente.

El desarrollo psicosocial del adolescente es el proceso que lleva al niño(a) dependiente se convierta en un adulto autosuficiente. Significa crecer, esto incluye no solo en los cambios que sus cuerpos experimentan, sino también lleva a la madurez emocional, el adolescente es un adulto en formación, el carácter y la personalidad dependerá de la formación y del ambiente en donde hayan crecido. La adolescencia según ciertos autores puede ser dividida en tres etapas: temprana, media y tardía; cada una diferente de la otra (19).

2.3.14 Embarazo subsecuente en la adolescente

Se refiere a aquella adolescente con antecedente de 1 o más embarazos, así haya terminado en parto o en aborto.

- **Factores de riesgo**

Se refiere a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir un problema, enfermedad, trastorno o lesión.

2.3.15 Consecuencias del embarazo subsecuente

Consecuencias psicosociales del embarazo subsecuente, como sucede con el primer embarazo durante la etapa adolescente, en el embarazo subsecuente también existen consecuencias inherentes al proceso de gestación y a las situaciones que se desencadenan en el ámbito familiar y social, estas situaciones tienen un impacto potencial sobre la madre, su hijo y el entorno algunas de las consecuencias son:

- Riesgo de deserción escolar lo que provoca baja escolaridad.
- Desempleo, lo que ocasiona bajos ingresos económicos
- Riesgo de separación de la pareja, por divorcio o abandono al no querer asumir con responsabilidad la paternidad.
- Estrés mantenido y trastornos emocionales que desencadenan depresión con todas sus consecuencias.

- Sentimientos de baja autoestima por la reacción de la familia o la pareja y la frustración de no poder planificar su proyecto de vida.

Consecuencias para el hijo/a de la madre adolescente

- Alto riesgo de abuso físico con los niños al creerlos responsables de las consecuencias.
- Negligencias en los cuidados de salud y nutrición desencadenando enfermedades y accidentes
- Retardo del desarrollo psíquico y emocional por falta de estimulación debido a la inmadurez de los padres.
- Alta proporción de hijos ilegítimos o desprotegidos
- El riesgo psico-social para el bebé afecta el desarrollo psicomotor y adaptación al entorno por el rechazo que recibe este de la familia, estos embarazos en la mayoría son no deseados y no planificados.

2.3.16 Anticoncepción en la adolescencia.

El intervalo entre los embarazos es importante para la salud de las madres, ya que les permite recuperarse del embarazo y parto y prestaran la atención requerida a sus hijos, así como disfrutar de una sexualidad responsable. La elección de un método anticonceptivo durante el puerperio, control postparto a la salida de la maternidad, el uso correcto del método anticonceptivo, y motivar a la madre adolescentes sobre su futuro y el regreso a sus actividades, como seguir estudiando, o iniciar una preparación académica, serán algunas de la alternativa que servirían para evitar que las adolescentes nuevamente embaracen (14).

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, aun cuando se ha empleado muchas actividades para prevenirlo la tasa de embarazos está en aumento, pero es aún más alarmante ver, madres adolescentes con un nuevo embarazo, dentro de todo este tiempo de mi práctica hospitalaria como interna, he visto adolescentes entre 14 y 19 años, con dos, tres y hasta cuatro niños, en su interior se refleja una gran necesidad y preocupación (14).

La planificación familiar ayuda a las mujeres a evitar embarazos no deseados, tomando en cuenta que las adolescentes son malas usuarias de métodos anticonceptivos, la anticoncepción en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos y características especiales de esta edad (14).

- Debe tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir en el desarrollo y el conocimiento.
- Debe ser adecuado a su actividad sexual, valorando el tipo, frecuencia y la existencia de compañero o cambios frecuentes de pareja.
- Debe ser reversible, salvo en casos excepcionales como enfermedades o deficiencia psíquicas aconsejan lo contrario.
- Debe ser de fácil realización, los métodos cuyo uso requiere mayor cuidado

2.3.17 Riesgos maternos-infantiles

En estos casos tenemos que partir desde el punto en que estas adolescentes desde el punto de vista biológico no han alcanzado el grado de madurez orgánica ideal para procrear lo que puede acarrear complicaciones en este orden. Vale la pena señalar que en la mayoría de los casos ante la irresponsabilidad que va emparejada con la edad, las madres adolescentes no tienen un seguimiento adecuado durante el proceso de gestación lo que impide el diagnóstico oportuno de enfermedades relacionadas con el embarazo, la detección de malformaciones congénitas y estados de riesgo para la madre y el feto, lo que hace que se expongan a alto riesgo de morbilidad (14).

2.3.18 Complicaciones clínicas para la madre

- Hipertensión arterial inducida por el embarazo, la incidencia en estos casos se multiplica por cuatro al ser comparada con la hipertensión en la población general.
- Bajo peso materno o poca ganancia de peso durante la gestación asociado a anemia y desnutrición.
- Complicaciones renales, las infecciones en las vías urinarias tiene una

prevalencia del 25% en las gestantes adolescentes con todas las complicaciones a que esta puede conllevar

- El riesgo de terminar el parto en cesárea es mucho mayor por la desproporción céfalo-pélvica que en estas pacientes existe debido al poco desarrollo corporal que existe en estos casos.
- Hemorragias en todas las etapas del embarazo (primera mitad, segunda mitad del embarazo y postparto) Estas hemorragias están provocadas principalmente por el riesgo mayor de placenta previa, amenazas de abortos, partos pre términos, desgarros vaginales, atonía uterina entre otros.
- Retraso del crecimiento intrauterino, debido a la inmadurez uterina.

2.3.19 Complicaciones para el recién nacido

- Riesgo de prematuridad y bajo peso. • Riesgo de CIUR (crecimiento intrauterino retardado)
- Aumenta el riesgo de muerte neonatal por complicaciones relacionadas con el embarazo o por la inmadurez del neonato, los cuales en un gran porcentaje presentan enfermedades propias del recién nacido inmaduro
- Anemia y Desnutrición
- Trastornos respiratorios
- Traumatismos obstétricos con graves consecuencias neurológicas.

2.3.20 Teoría de Ramona T. Mercer

Esta investigación tiene relación con la teoría de Ramona Mercer Adopción del Rol Maternal, la cual propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización

de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna (20).

2.4 Marco Legal

2.4.1 Constitución de la República del Ecuador. Vigente (2008)

A continuación, se citarán los artículos de la Carta Magna de la República del Ecuador del año 2008, relacionados al presente tema de investigación sobre los embarazos en adolescentes de los cuales se consideran relevantes y están relacionados con el estudio:

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(24).

Artículo 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(24).

Artículo 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 (24).*

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 después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales (24).

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.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su

libertad y dignidad; a ser consultados en los 33 asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar (24).

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

- 1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.*
- 2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral.*
- 3. Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad.*
- 4. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.*
- 5. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones.*
- 6. Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.*

7. *Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.*
8. *Protección frente a la influencia de programas o mensajes, difundidos a través de cualquier medio, que promuevan la violencia, o la discriminación racial o de género.*
9. *Las políticas públicas de comunicación priorizarán su educación y el respeto a sus derechos de imagen, integridad y los demás específicos de su edad. Se establecerán limitaciones y sanciones para hacer efectivos estos derechos.*
10. *Protección y asistencia especiales cuando la progenitora o el progenitor, o ambos, se encuentran privados de su libertad.*
11. *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (24).*

2.4.2 Plan Nacional del Buen Vivir

Objetivo 1: Mejorar la calidad de vida de la población La Constitución, en el artículo 66, establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios” (25).

La salud se plantea como un instrumento para alcanzar el Buen Vivir, mediante la profundización de esfuerzos en políticas de prevención y en la generación de un ambiente saludable.

Embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva. La incidencia de embarazos en la adolescencia se relaciona, entre otros aspectos, con limitaciones e insuficiencias en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la falta de información y educación sexual oportunas. Desde el año 2011 se

implementa la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes. Además, se cuenta con el proyecto Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) y con programas de prevención, promoción, atención y restitución; también se garantiza el acceso y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como los del Plan Andino, el Plan Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes, el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal y el Plan Nacional de Erradicación de Violencia de Género (25).

Políticas y Lineamientos

Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

- a. Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación, salud, atención y cuidado diario, protección especial, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en sus diferentes niveles, modalidades, tipologías y prestadores de servicios.*

Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas.

- a. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.*
- b. Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico, con corresponsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos*

que causen morbilidad y mortalidad evitable o que sean de notificación obligatoria.

- c. Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en período de gestación, niñas, niños y adolescentes.*
- d. Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables (25).*

Garantizar el acceso efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, como un componente del derecho a la libertad sexual de las personas.

- a. Asegurar que la población disponga de información precisa y científicamente fundamentada en relación a las prácticas y conductas sexuales y sus riesgos en la salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, equidad e igualdad.*
- b. Promover el respeto a la orientación sexual y a la identidad de género de las personas y crear mecanismos de vigilancia y control del ejercicio pleno del derecho de las personas a la libertad sexual.*
- c. Promover la implementación y la ampliación de programas y servicios de planificación familiar que permitan la toma de decisiones informadas y que garanticen la provisión de servicios de salud reproductiva.*
- d. Ampliar y mejorar la oferta de servicios de salud e insumos médicos que garanticen una sexualidad segura y sin riesgo, con pertinencia cultural y social.*
- e. Impulsar acciones de prevención del embarazo adolescente e implementar estrategias de apoyo integral a madres y padres adolescentes, así como a sus familias.*

- f. *Generar protocolos y demás herramientas para la atención integral del embarazo adolescente.*
- g. *Garantizar la confidencialidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, como un derecho de los individuos dentro de su plan de vida.*
- h. *Promover el uso de métodos de protección sexual y anticonceptivos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la planificación familiar adecuada y orientada al plan de vida de las personas.*
- i. *Promover la corresponsabilidad de la pareja en la salud sexual y reproductiva, transformando patrones socioculturales relacionados a la sexualidad y planificación familiar (25).*

Metas

- *Reducir la razón de mortalidad materna en 29,0%*
- *Reducir la tasa de mortalidad infantil en 41,0%*
- *Erradicar 66% la desnutrición crónica en niños/as menores de 2 años*
- *Aumentar al 64,0% la prevalencia de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida*
- *Eliminar las infecciones por VIH en recién nacidos*

2.4.3 Código de la Niñez y de la Adolescencia.

A continuación, se menciona artículos del Código de la Niñez y de la Adolescencia que respaldan la información dentro de la presente investigación:

Art. 23.- Protección prenatal. - Se sustituirá la aplicación de penas y medidas privativas de libertad a la mujer embarazada

hasta noventa días después del parto, debiendo el Juez disponer las medidas cautelares que sean del caso.

El Juez podrá ampliar este plazo en el caso de madres de hijos con discapacidad grave y calificada por el organismo pertinente, por todo el tiempo que sea menester, según las necesidades del niño o niña

El responsable de la aplicación de esta norma que viole esta prohibición o permita que otro la contravenga, será sancionado en la forma prevista en este Código (26).

Art. 24.- Derecho a la lactancia materna. - Los niños y niñas tienen derecho a la lactancia materna para asegurarle el vínculo afectivo con su madre, adecuada nutrición, crecimiento y desarrollo. Es obligación de los establecimientos de salud públicos y privados desarrollar programas de estimulación de la lactancia materna (26).

Art. 25.- Atención al embarazo y al parto. - El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos (26).

Art. 26.- Derecho a una vida digna. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una vida digna, que les permita disfrutar de las condiciones socioeconómicas necesarias para su desarrollo integral.

Este derecho incluye aquellas prestaciones que aseguren una alimentación nutritiva, equilibrada y suficiente, recreación y juego, acceso a los servicios de salud, a educación de calidad, vestuario adecuado, vivienda segura, higiénica y dotada de los servicios básicos.

Para el caso de los niños, niñas y adolescentes con discapacidades, el Estado y las instituciones que las atienden deberán garantizar las condiciones, ayudas técnicas y 37 eliminación de barreras arquitectónicas para la comunicación y transporte (26).

Art. 27.- Derecho a la salud. - Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual. El derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes comprende:

- 1. Acceso gratuito a los programas y acciones de salud públicos, a una nutrición adecuada y a un medio ambiente saludable.*
- 2. Acceso permanente e ininterrumpido a los servicios de salud públicos, para la prevención, tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los servicios de salud públicos son gratuitos para los niños, niñas y adolescentes que los necesiten.*
- 3. Acceso a medicina gratuita para los niños, niñas y adolescentes que las necesiten.*
- 4. Acceso inmediato y eficaz a los servicios médicos de emergencia, públicos y privados.*
- 5. Información sobre su estado de salud, de acuerdo al nivel evolutivo del niño, niña o adolescente.*

6. *Información y educación sobre los principios básicos de prevención en materia de salud, saneamiento ambiental, primeros auxilios.*
7. *Atención con procedimientos y recursos de las medicinas alternativas y tradicionales.*
8. *El vivir y desarrollarse en un ambiente estable y afectivo que les permitan un adecuado desarrollo emocional.*
9. *El acceso a servicios que fortalezcan el vínculo afectivo entre el niño o niña y su madre y padre.*
10. *El derecho de las madres a recibir atención sanitaria prenatal y postnatal apropiadas.*
11. *Se prohíbe la venta de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras que puedan producir adicción, bebidas alcohólicas, pegamentos industriales, tabaco, armas de fuego y explosivos de cualquier clase, a niños, niñas y adolescentes (26).*

Art. 28.- Responsabilidad del Estado en relación a este derecho a la salud. Son obligaciones del Estado, que se cumplirán a través del Ministerio de Salud:

1. *Elaborar y poner en ejecución las políticas, planes y programas que favorezcan el goce del derecho contemplado en el artículo anterior.*
2. *Desarrollar programas de educación dirigidos a los progenitores y demás personas a cargo del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, para brindarles instrucción en los principios básicos de su salud y nutrición, y en las ventajas de la higiene y saneamiento ambiental.*
3. *Organizar servicios de atención específica para niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, mentales o sensoriales (26).*

Art. 29. Obligaciones de los progenitores. Corresponde a los progenitores y demás personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, brindar la atención de salud que esté a su alcance y asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad (26).

Art. 30. Obligaciones de los establecimientos de salud. Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

- 1. ¡Mantener registros individuales en los que conste la atención y seguimiento del embarazo, el parto y el puerperio; y registros actualizados de los datos personales, domicilio permanente y referencias familiares de la madre.*
- 2. Informar oportunamente a los progenitores sobre los requisitos y procedimientos legales para la inscripción del niño o niña en el Registro Civil.*
- 3. Incentivar que el niño o niña sea alimentado a través de la lactancia materna, por lo menos hasta el primer año de vida.*
- 4. Proporcionar un trato de calidez y calidad compatibles con la dignidad del niño, niña y adolescente (26).*

Art. 39. Derechos y deberes de los progenitores con relación al derecho a la educación. Son derechos y deberes de los progenitores y demás responsables de los niños, niñas y adolescentes:

Medidas que impliquen exclusión o discriminación por causa de una condición personal del estudiante, de sus progenitores, representantes legales o de quienes lo tengan bajo su cuidado. Se incluyen en esta prohibición las medidas discriminatorias por causa de embarazo o maternidad de una adolescente (26).

2.4.4 Código Deontológico Internacional de Enfermería

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal (27).

La Enfermera Y Las Personas: La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables (27).

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 (27).

La Enfermera Y La Profesión: La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación (27).

Principios

Beneficencia y no maleficencia. Hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Valor fundamental de la vida humana. Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

El derecho a la vida. Aparece como el primero y más elemental de todos los derechos que posee la persona, un derecho que es superior al respeto o a la libertad del sujeto, puesto que la primera responsabilidad de su libertad es hacerse cargo responsablemente de su propia vida. Para ser libre es necesario vivir (27).

Privacidad. El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona.

Confidencialidad. Este principio se refiere a que el profesional de enfermería se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos propios de su profesión y ofrecer servicios o ayuda a las personas (27).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1 Diseño de la investigación

La investigación fue de diseño cuantitativo debido a que recogió datos estadísticos que comprobaron la asociación de variables y utilizó la recolección, el análisis de datos para contestar preguntas de investigación, medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de estadística y así poder analizar los resultados de las encuestas aplicadas a las adolescentes atendidas en el Centro de Salud el Tejar.

3.2 Tipo de investigación

Estudio de tipo descriptivo, exploratorio, transversal; siendo descriptivo porque recolecto información sin cambiar el entorno del estudio, exploratorio porque existió visión general y aproximada del objeto de estudio. Y transversal ya que este se ejecutó en un cierto tiempo y fue desde la causa hacia el efecto, el cual permitió conocer los factores que influyen en la multiparidad en las adolescentes.

3.3 Localización y ubicación del estudio

Centro de Salud el Tejar, ubicado en la provincia de Imbabura, cantón Ibarra, en la parroquia San Francisco; en el Barrio la Primavera, en la calle Che Guevara 109 y Nelson Mandela.

3.4 Población

La población de estudio correspondió a las adolescentes de 10 a 19 años que tuvieron más de un embarazo en el transcurso del año 2020 en el Centro de Salud el Tejar.

3.4.1 Muestra

La muestra es no probabilística por conveniencia ya que las sujetas a investigación son seleccionadas dada conveniente accesibilidad y proximidad al investigador.

3.4.2 Criterio de inclusión

Los criterios de inclusión de la población se han considerado tomando en cuenta la problemática planteada para la investigación sobre la multiparidad, incidencia y complicaciones en adolescentes atendidas en el “Centro de Salud el Tejar 2021”

- Madres adolescentes secundigestas usuarias del Centro de Salud.

3.4.3 Criterios de exclusión

- Madres adolescentes que tienen un solo control prenatal.

3.5 Operacionalización de variables

Objetivo 1: Caracterizar socio-demográficamente a la población de estudio.

Tabla 1. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES OBJETIVO 1

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características socio-demográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	Factores sociodemográficos	• Edad materna	Adol. temprana 10-13 años Adol. Media 14-16 años Adol. Tardía 17-19 años
			• Etnia	Indígena Afroecuatoriana/ afrodescendiente Negra Mulata Montubio Mestiza Blanca
			• Nivel de estudio	Primaria completa Primaria incompleta Bachillerato Superior
			• Número de hijos	2 hijos 3 hijos Más de 3 hijos

			<ul style="list-style-type: none"> Estado Civil 	Unión de hecho Soltera Casada Divorciada Viuda
--	--	--	--	--

Objetivo 2: Identificar los principales factores que influyen a la adolescente para un nuevo embarazo.

Tabla 2. OPERALIZACIÓN DE VARIABLE OBJETIVO 2

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Factores que influyen en un nuevo embarazo.	Son condicionantes de riesgo que influyen para el inicio de las tempranas relaciones sexuales de las adolescentes. Actividades de origen social que generan un factor de riesgo por su asociación a la salud.	Factores socioeconómicos, culturales.	<ul style="list-style-type: none"> Situación laboral 	Trabaja Ama de casa Trabaja y estudia En desempleo
			<ul style="list-style-type: none"> Remuneración 	No tiene 100-200 dólares 300-500 Otro
			<ul style="list-style-type: none"> Con quien vive 	Padres Tíos Abuelos Pareja

				Sola
			<ul style="list-style-type: none"> • Constitución y tipo de familia 	Funcional Disfuncional
			<ul style="list-style-type: none"> • Educación sexual 	Padres Amigos Institución educativa Redes sociales No conoce
			<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación con los Padres sobre sexualidad 	Buena Regular Mala
			<ul style="list-style-type: none"> • Número de parejas sexuales 	1 2 > a 2
			<ul style="list-style-type: none"> • Edad de la primera relación sexual 	10-13 años 14- 16 años 17-19 años

			<ul style="list-style-type: none"> • Uso de métodos anticonceptivos 	Si No
			<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso de métodos anticonceptivos 	Si No
			<ul style="list-style-type: none"> • Planificación de embarazos 	Si No
			<ul style="list-style-type: none"> • Accesibilidad a los centros de salud 	Buena Regular Mala
			<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de sustancias 	Alcohol Tabaco Drogas

Objetivo 3 Identificar la incidencia y complicaciones de la multiparidad en madres adolescentes.

Tabla 3. OPERALIZACIÓN DE VARIABLES OBJETIVO 3

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Incidencia y complicaciones en la multiparidad.	La incidencia muestra la probabilidad de que una persona de una cierta población resulte afectada por dicha problemática. Las complicaciones de la multiparidad son problemas de salud que se dan antes, durante, y después el período de gestación. Las cuales afectan la salud de la madre, del bebé, o ambas.	Materno-infantil Patologías obstétricas Incidencia	<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones primer embarazo 	Si No
			<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos hipertensivos 	Hipertensión arterial Preeclampsia Eclampsia Síndrome de hellp
			<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos metabólicos 	Obesidad Diabetes Hipertiroidismo Hipotiroidismo Anemia
			<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psicológicos 	Depresión Ansiedad

			<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias obstétricas 	Amenaza de aborto Placenta previa Embarazo ectópico Embarazo molar Hemorragia en el parto
			<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones de transmisión sexual 	Clamidia Gonorrea Sífilis Tricomoniasis Vaginosis bacteriana
			<ul style="list-style-type: none"> • Otro tipo de complicaciones 	Especifique
			<ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones en los recién nacidos 	Prematurez Bajo peso al nacer Distrés respiratorio Otro

			<ul style="list-style-type: none">• Fórmula	$\text{Incidencia: } \frac{\text{Casos nuevos}}{\text{Población en riesgo}} \times \text{Amplificador}$
--	--	--	---	---

3.6 Métodos de recolección de información

Para la recolección de información o datos en esta investigación se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento se usó el cuestionario donde se evidencio preguntas de selección múltiple.

3.6.1 Encuesta

Conjunto de preguntas tipificadas dirigidas a una muestra representativa de grupos sociales, para averiguar estados de opinión o conocer otras cuestiones que les afecta (21). En el presente estudio se aplicó una encuesta online previamente elaborada y validada por un grupo de profesionales expertos, en la cual consto un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a la población investigada, con el fin de conocer los factores que influyen en la multiparidad de las adolescentes, atendidas en el Centro de Salud el Tejar.

3.7 Análisis de datos

Luego de la aplicación del instrumento de investigación, los datos obtenidos fueron ingresados al programa SPSS en el cual se procedió a la tabulación de la información para el respectivo análisis; a través de gráficos, de tablas de frecuencias, de porcentajes para ponderar los hallazgos de la investigación.

CAPÍTULO IV

4. Resultados de Investigación

Tabla 4. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Variable	N	%
Edad (n=30)		
10 a 13 años	1	3,3%
14 a 16 años	1	3,3%
17 a 19 años	27	90,0%
Etnia (n=30)		
Indígena	0	0,0%
Afroecuatoriana/ afrodescendiente	0	0,0%
Negra	0	0,0%
Mulata	0	0,0%
Montubio	0	0,0%
Mestiza	30	100%
Blanca	0	0,0%
Nivel de estudio (n=30)		
Primaria completa	4	16,7%
Primaria incompleta	20	66,7%
Bachillerato	5	13,3%
Superior	1	3,3%
Número de hijos (n=30)		
2 hijos	29	56,7%
3 hijos	1	3,3%
Más de tres hijos	0	0,0%
Estado civil (n=30)		
Casada	1	3,3%
Soltera	17	56,7%
Unión de echo	12	40,0%
Situación laboral (n=30)		

Trabaja	1	3,3%
Ama de casa	29	96,7%
Trabaja y estudia	0	0,0%
En desempleo	0	0,0%
Ingresos económicos mensuales (n=30)		
No tienen	24	80,0%
100-200 dólares	4	13,3%
300-500 dólares	2	6,7%

Mediante la caracterización sociodemográfica de la población investigada que acudieron al Centro de Salud el Tejar, se evidencio que un 90% corresponde a la adolescencia tardía en las edades comprendidas de 17 a 19 años, se autoidentifican como mestizas en un 100%, con respecto al nivel de estudio el 67% de las embarazadas cursaron la primaria incompleta; mientras que un 56.7% de las adolescentes tienen 2 hijos, su situación laboral actual es ser ama de casa en un 96.7%, por lo cual no cuentan con ingresos mensuales estables en un porcentaje elevado del 80% y el 56.7% no vive en unión de hecho con su pareja.

Haciendo referencia al estudio realizado en Cuba “Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes en un área de salud”, el cual describe los principales factores que conlleva a ser madre a temprana edad, siendo estos los factores culturales, el bajo nivel de educación (22). Estos datos coinciden con los obtenidos en esta investigación, dónde se evidencia un alto nivel de deserción dentro del grupo de las adolescentes embarazadas, estos factores contribuyen a qué las mismas tengan que asumir el papel de madres a temprana edad, disminuyendo así su probabilidad de cumplir en un futuro con un rol profesional o complementar su proyecto de vida

Tabla 5. EVALUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES SEGÚN SU CONVIVENCIA.

Variable	N	%
Con quien vive (n=30)		
Padres	12	40,0%
Tíos	0	0,0%
Abuelos	0	0,0%
Pareja	18	60,0%
Sola	0	0,0%
Como está conformada la familia de donde proviene (n=30)		
Abuelos	1	3,3%
Madre y hermanos	10	33,3%
Padre, madre y hermanos	16	53,3%
Solo madre	3	10,0%

La investigación de convivencia reflejó que:

Las adolescentes embarazadas en su mayoría provienen de una familia funcional conformada por padre, madre y hermanos con un 53.3%; por otro lado, las adolescentes que viven con su pareja representan el 40% de las poblaciones estudiadas. Los datos obtenidos en relación al artículo “Comprendiendo el embarazo, la convivencia y el matrimonio en la adolescencia del Perú”, evidenciaron que el 80% de las adolescentes provienen de una familia funcional mientras que en un 30% viven con su pareja (23). Por lo tanto, se deduce que no mantener una buena comunicación sobre educación sexual en las familias funcionales (padre, madre y hermanos) ocasiona uno de los factores que es el embarazo en adolescentes, causando así el convivir con su pareja a muy temprana edad y no tener un desarrollo completo tanto físico como psicológico esto también puede ocasionar que las adolescentes se embaracen en varias ocasiones.

Por otro lado, la calidad de vida puede verse afectada ya sea en el momento del embarazo de la adolescente a futuro, hablamos de calidad de vida señalando al factor económico debido a que, muchas adolescentes solteras y en unión de hecho con sus parejas no puede abastecer sus necesidades básicas como: salud, vivienda, alimentación entre otros.

Tabla 6. EVALUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDAD.

Variable	N	%
¿Recibió educación sexual? (n=30)		
No	8	26,7%
Si	22	73,3%
¿Quién le brinda educación sobre sexualidad? (n=30)		
Amigos	0	0,0%
Institución educativa	7	32,0%
Padres	7	32,0%
Personal de salud	2	9,0%
Redes sociales	6	27,0%
¿Cómo considera que es la comunicación con sus padres? (n=30)		
Buena	5	16,7%
Mala	1	3,3%
Regular	24	80,0%
¿Cuántas parejas sexuales ha tenido? (n=30)		
1 pareja	22	73,3%
2 parejas	4	13,3%
Más de 2 parejas	4	13,3%
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? (n=30)		
10 a 13 años	22	73,3%
13 a 16 años	5	16,7%
17 a 19 años	3	10,0%

En base a los resultados obtenidos en esta investigación se determinó que 73,3 % de las adolescentes si tienen conocimiento sobre sexualidad es decir que si recibieron educación sexual la cual fue impartida por su padres en un 32% y en las instituciones educativas en un 32% de igual manera que en sus hogares, pero así mismo supieron manifestar que la comunicación sexual entre padres e hijos es regular con 80%. Por otro lado puedo mencionar que el sector salud no se ve tan inmerso dentro de este tema, ya que acorde a los datos arrojados en esta investigación el personal de salud solo ocupa el 9.0% sobre la comunicación sexual en adolescentes.

El 73,3% de las adolescentes indicaron que han tenido una sola pareja sexual, esto se da entre las edades comprendidas de 10 a 13 años, evidenciándose así que las adolescentes tuvieron su primera relación sexual a temprana edad.

Respecto a los datos obtenidos en esta investigación y relacionándolos con el estudio: “Nivel de conocimiento sobre prevención de embarazo en adolescentes de la institución educativa Fe y Alegría n° 19 Huaraz - Ancash 2019”, podemos afirmar que el porcentaje de las adolescentes que poseen un conocimiento regular sobre educación sexual y sobre prevención del embarazo es elevado (24). El no mantener una buena comunicación con los padres sobre sexualidad y no tomar conciencia sobre una vida sexual activa a muy temprana edad puede provocar embarazos no deseados, esto puede ocasionar varias complicaciones, tanto como para la madre y para el recién nacido, así mismo muchas adolescentes ya no pueden seguir estudiando ya que no cuentan con los recursos necesarios para el mismo.

Tabla 7. EVALUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Variable	N	%
¿Ha utilizado métodos anticonceptivos? (n=30)		
No	7	23,3%
Si	23	76,7%
¿Qué tipo de método ha utilizado? (n=30)		
T de cobre	0	0,0%
Preservativo	6	24,0%
Implantes	1	4,0%
Inyecciones	3	12,0%
Pastillas	15	60,0%
¿Su primer embarazo fue planificado? (n=30)		
No	28	93,3%
Si	2	6,7%
¿Su segundo embarazo fue planificado? (n=30)		
No	26	86,7%
Si	4	13,3%

En base a la población que fue estudiada se evidencia que el 76,7% de las adolescentes si han usado métodos anticonceptivos, entre ellos, los siguientes:

- Pastillas: el 60% de las adolescentes han utilizado este método anticonceptivo.
- Preservativos: el 24% han usado este método anticonceptivo.
- Inyecciones: el 12% de la población estudiada lo han usado.
- Implantes: solo el 1% lo ha usado.

A pesar de que se han utilizado métodos anticonceptivos antes mencionados se pudo verificar que ninguno de los embarazos fue planificado, las adolescentes

manifestaron que su primer embarazo no fue planificado en un 93,3% y de igual manera el segundo embarazo en un 86,7%.

Haciendo referencia al estudio “Conocimientos y prácticas sobre métodos de planificación familiar en adolescentes escolarizados de Cartagena-Bolívar” donde hace referencia que los adolescentes si conocen y aun utilizados métodos anticonceptivos 94,8% (25). En general, si bien la mayoría de este grupo de población, considera que tiene un buen nivel de información sobre sexualidad, reproducción y anticoncepción, lo cierto es que se trata de un conocimiento superficial, no integrado en sus vidas, en el uso inadecuado o no uso de métodos anticonceptivos y conductas de riesgo dando como consecuencias los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual entre otros.

Como se mencionó anteriormente, posiblemente los embarazos no planificados se deben al mal uso de los métodos anticonceptivos o muchas veces puede ser descuido al momento de utilizarlos, por otro lado las adolescentes no usan métodos anticonceptivos más seguros como por ejemplo: la T de cobre y los implantes por supuestos factores secundarios, esto puede verse reflejado en uno o dos embarazos consecutivos teniendo repercusiones en la vida de los adolescentes en el ámbito académico y económico.

Tabla 8. EVALUACIÓN DE LAS ADOLESCENTES SOBRE PATOLOGÍAS OBSTETRICAS.

Variable	N	%
¿Tuvo complicaciones en su embarazo? (n=30)		
No	5	16,7%
Si	25	83,3%
¿Qué complicaciones presento? (n=30)		
Obesidad	1	3,3%
Ansiedad	2	6,6%
Depresión posparto	1	3,3%
Diabetes	2	6,6%
Eclampsia	7	23,4%
Hipertiroidismo	0	3,3%
Hipotiroidismo	0	0,0%
Hemorragias	4	9,2%
Preeclampsia	7	23,4%
Presión alta	6	20,0%
Otro	0	0,0%

Mediante la evaluación sobre las patologías obstétricas de las 30 adolescentes estudiadas se evidencio que el 83,3% si presentaron complicaciones entre las cuales con un mayor porcentaje fueron los trastornos hipertensivos como la presión alta 20%, preclamsia y eclampsia con un 23,4% respectivamente. Los datos obtenidos en relación con el artículo “Trastornos hipertensivos en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital general docente de Riobamba” el cual muestra que el 19,84% de las adolescentes presento preeclamsia y el 3,11% eclampsia; de ellas el 77,97% presentaba comorbilidades, siendo la hipertensión arterial (44%) la principal en este grupo (26).

Muchas veces se presenta la muerte de las madres adolescentes debido a lo antes mencionado, por lo cual el embarazo en adolescentes continúa siendo un

problema serio para la salud pública no solo en el sector investigado sino en todo el Ecuador, haciendo que los costos sean muy altos cuando una paciente entra a labor de parto con preeclampsia, eclampsia u otras complicaciones que pueden presentarse.

Especialmente algunas complicaciones cuando se presentan o están vinculadas con la pobreza, no se realizan los controles diarios por el mismo motivo; incrementando así las complicaciones en los embarazos de las adolescentes que en muchas ocasiones ponen en riesgo la vida de las adolescentes y por ende al niño que está por nacer.

Tabla 9. COMPLICACIONES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES.

Variable	N	%
¿Tuvo complicaciones su niño al momento de nacer? (n=30)		
No	8	26,7%
Si	22	73,3%
¿Qué complicaciones presento? (n=30)		
Bajo peso al nacer	9	38,0%
Prematurez	2	3,3%
Distrés respiratorio	14	58,7%
Otro	0	0,0%

En lo relacionado con las complicaciones en los recién nacidos de madres adolescentes se evidencio que sí tuvieron complicaciones al momento de nacer con un 73,3%, las complicaciones que se presentaron fueron el distraes respiratorio con un 58,7%, el bajo peso al nacer en un 38% y prematurez con un 3,3%.

En la investigación "Hijo de madre adolescente: morbilidad y mortalidad en el periodo neonatal. Se observó el mismo problema, el peso bajo de los recién nacidos es significativos (27). Esto se presenta en adolescentes de edades comprendidas entre 10 a 14 años de edad, si comparamos con este estudio surge

el mismo problema en nuestro país y en el sector de estudio, por otro lado, las edades de las adolescentes embarazadas es la misma a la población estudiada en el Tejar.

En la población estudiada es posible que se presenten estas complicaciones debido a la mala alimentación de la madre, el no acudir a controles y chequeos médicos, también otro factor puede influir es la pobreza o deficiente economía en los hogares de donde provienen las adolescentes embarazadas.

Incidencia en adolescentes multíparas atendidas en el centro de salud el Tejar.

El análisis de incidencia se calcula con el propósito de identificar el riesgo de la multiparidad en la adolescencia, así como sus riesgos y complicaciones con primer embarazo, respecto a la población total.

$$\text{Incidencia: } \frac{\text{Casos nuevos}}{\text{Población en riesgo}} \times \text{Amplificador}$$

$$\text{Incidencia: } \frac{30}{734} \times 100\%$$

$$\text{Incidencia } 4,08\%$$

La población de madres adolescentes que acuden al centro de salud el Tejar fue de 30 entre ellas adolescentes en periodo de gestación y adolescentes multíparas, tomando en cuenta las 734 adolescentes es la población en riesgo; de lo cual nos da como resultado un 4,08% de casos (por cada 100 personas) que acuden al centro de Salud esto quiere decir el porcentaje de incidencia es alto; estos resultados son alarmantes ya que esta problemática influye directamente tanto nivel social, cultural, familiar y de igual manera a la salud pública incrementando así la incidencia de nuevos embarazos en adolescentes y de igual manera el sin número de complicaciones. Haciendo referencia al estudio de “Análisis de la incidencia del embarazo en la transformación del

proyecto de vida de 11 jóvenes adolescentes residentes en la comuna 3 del municipio de Chaparral-Tolima” (28) donde los porcentajes de incidencia en adolescentes es similar a la investigación.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

- Mediante esta investigación podemos concluir que entre las características sociodemográficas el embarazo adolescente comprende las edades de 17 a 19 años en un 90%, las mismas que se auto identificaron como mestizas en un 100%, las adolescentes solo cursaron la primaria incompleta en un 66,7%, siendo solteras con dos hijos, la mayoría son amas de casa y no cuentan con ingresos mensuales.
- Las adolescentes en su mayoría provienen de una familia funcional es decir padre, madre y hermanos en un 53,3% y también de familias conformadas de madre y hermanos en un 33,3%, las adolescentes embarazadas según su convivencia viven con su pareja en un 60% y con sus padres en un 40%, se ve reflejado que muchas adolescentes a temprana edad ya viven con su pareja en unión de echo.
- El 73.3 % de las adolescentes si recibieron educación sexual que fue brindada por los padres y por las instituciones educativas pese a ello la comunicación sexual en su hogar es calificada como regular con un 80%, siendo un problema gravísimo en el ámbito familiar, muchas de las adolescentes han tenido su primera relación sexual en edades comprendidas de 10 a 13 años de edad en este caso estaría comprendida adolescencia temprana o inicial.
- Los métodos anticonceptivos son conocidos y utilizados por adolescentes en un 76,7%, entre los más usados están: las patillas 60%, preservativos 24%, inyecciones 12%, implantes en 4%, a pesar de esto hay un porcentaje alto de adolescentes que no planificaron el primero ni el su segundo embarazo a pesar de conocer sobre los métodos anticonceptivos.
- Se identificó al embarazo temprano en adolescentes como una realidad en la población del Tejar siendo un riesgo que se agrava y está asociado

con la falta de valores, y poca responsabilidad sobre el manejo de la sexualidad, familias monoparentales y disfuncionales, la dificultad para hablar sobre temas de sexualidad, práctica de relaciones sexuales a temprana edad, ausencia de responsabilidad en cuanto a la planificación familiar, finalmente la carencia de un proyecto de vida.

- En cuanto a patologías obstétricas se pudo verificar que el 83,3% de la población estudiada (adolescentes) si tuvieron complicaciones en su embarazo, las complicaciones que se presentaron fueron en su mayoría eclampsia en un 23,4% al igual que la preeclamsia y la presión alta con un 20%.
- Las complicaciones que presentan los recién nacidos de madres adolescentes es un problema grave que el sector salud debe enfrentar posiblemente, ya que el 73,3% de los niños al nacer tuvieron complicaciones entre ellas el distrés respiratorio, prematurez y bajo peso al nacer.

5.2 Recomendaciones

- A los padres de familia, brindar a sus hijos una comunicación y educación sexual responsable, a través de diálogos y confianza hablar de temas importantes como: métodos anticonceptivos, embarazos a temprana edad, enfermedades de trasmisiones sexuales, riesgos y complicaciones que puede presentar en una adolescente embarazada y así mismo los riesgos que pueden presentarse en los recién nacidos de las mismas.
- Al Ministerio de Salud Pública, coordinar con el Ministerio de Educación para que trabajen conjuntamente en educación sexual dando charlas educativas en las instituciones o a su vez en el sector donde viven, el uso adecuado de los métodos anticonceptivos y las complicaciones que pueden presentarse en un embarazo adolescente no solo en el ámbito de salud sino también en la deserción escolar.
- A los adolescentes tomar la sexualidad con respeto y responsabilidad, conocer todo acerca de los métodos anticonceptivos y su adecuado uso

ya que hay muchos casos de adolescentes que aun conociéndolos y haberlos usado han tenido embarazos no planificados uno o dos veces por descuido o mal uso de los métodos anticonceptivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. OMS Desarrollo en la adolescencia. [Online].; 2021. Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/.
2. Rodríguez Gonzales E. SCIELO. [Online].; 2009. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492009000300003.
3. UNFPA. UNFPA. [Online].; 2018. Available from: <https://lac.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo-1#:~:text=La%20tasa%20mundial%20de%20embarazo,y%20son%20s%C3%B3lo%20superadas%20por>.
4. GRUPO EL COMERCIO. EL COMERCIO. COM. [Online].; 2018. Available from: <https://www.elcomercio.com/tendencias/sociedad/ecuador-estadisticas-embarazo-adolescente-mama.html#:~:text=Las%20cifras%20tambi%C3%A9n%20revelan%20que,el%2010%20hasta%20el%202016>.
5. Gálvez Espinosa, Rodríguez Arévalo L, Rodríguez Sánchez C. Scielo. [Online].; 2016. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200015.
6. Sanabria Negrín J, Montequín Fernández ZdlC. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes y jóvenes, Bata, Guinea Ecuatorial. Revista de las Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2019;; p. 2.
7. Barrera Rodríguez, Castañeda, Hernández Ávila A. Prevalencia de embarazo en Adolescentes, Yopal-Casanare, Colombia, 2013-2014. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2017;; p. 1-3.
8. Manrique Leal M, Loreta Giacomín C. scielo. [Online].; 2015. Available from: <https://www.scielo.sa.cr>.
9. Rosas A, Martínez P, Canessa MJ, Insunza Á, Cayyazzo D. scielo. [Online].; 2017. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400361&lng=es&nrm=iso.
10. Venegas M, Nayta Valles. Scielo. [Online].; 2019. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300006.
11. Amarilla Espínola A. Repositorio FCM-UNCA. [Online].; 2017. Available from: <https://repositorio.fcmunca.edu.py/jspui/handle/123456789/9>.

12. Loja Pesantes M, García Pacheco N. dspace.ucuenca.edu.ec. [Online].; 2010. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2195/1/tps698.pdf>.
13. Buñay Tixi M, Domínguez Panamá , Fajardo Calle JL. dspace.ucuenca.edu. [Online].; 2013. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3304/1/Tesis%20de%20Pregrado.pdf>.
14. Caño Moscol. Repositorio Universidad de Guayaquil. [Online].; 2013. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1819/1/UNIVERSIDAD%20DE%20GUAYAQUIL%20completo.pdf>.
15. Quito López EF. Repositorio UTN. [Online].; 2018. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8804/1/06%20ENF%20993%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>.
16. Hidalgo G, Gónzales Fierro C, Hidalgo V. Adolescenciasema. [Online].; 2017. Available from: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia.pdf>.
17. Academiamir. academiaeir. [Online].; 2014. Available from: <https://academiaeir.es/wp-content/uploads/pdf/EnfermeriaEM4aEdicion.pdf>.
18. Buades Sirvent. [Online].; 2018. Available from: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/92856/1/Embarazo_adolescente_un_caso_prioritario_Buades_Sirvent_Yolanda.pdf.
19. Enríquez Soto N. repositorio Uchile. [Online].; 2010. Available from: <http://repositorio.uchile.cl/>.
20. Alvarado L, Guarín , Cañon Montañez W. Cuidarte revista de investigación escuela de enfermería udes. 2008.
21. Real Academia Española. rae. [Online].; 2001. Available from: <https://www.rae.es/>.
22. García Odio A, Gonzáles Suárez M. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. [Online].; 2018.
23. Sánchez , Fávora , Lavado P. [Online].; 2016. Available from: <https://www.ninosdelmilenio.org/wp-content/uploads/2016/10/boletin34.pdf>.
24. Mejía C, Maiza A. concytec. [Online].; 2020. Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNM_e25b7aadd77948f62c6d9d4a01c3d64f.

25. Del Toro RM, Ruidiaz Gómez S. ufps. [Online].; 2018. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1399>.
26. Vallejo Ochoa EL, Cubillo Chungata , Yaugtibus Sagñay S, Llunitaxi Chilquina JL, Guzmán Guzmán. Talentos. [Online].; 2019. Available from: <https://talentos.ueb.edu.ec/index.php/talentos/article/view/163>.
27. Mendoza LA, Arias M, Mendoza LI. scielo. [Online].; 2012. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500008.
28. Morales Gutierrez MA. Análisis de la incidencia del embarazo en la transformación del proyecto de vida de 11 jóvenes adolescentes residentes en la comuna 3 del municipio de Chaparral-Tolima. [Online].; 2017. Available from: <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/21209>.
29. Mateos ML. Predictores de parto pretérmino en la población adolescente. scielo. 2015 Marzo.
30. Favier Torres MA, Samón Leyva M, Ruiz Juan Y, Franco Bonal A. Factores de riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia. Artículo en Español | LILACS |. 2018.

ANEXOS

Anexo 1. Realización de encuestas a las adolescentes en el Centro de Salud el Tejar.





Anexo 2. Instrumento/Encuesta



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

TEMA DE INVESTIGACION: MULTIPARIDAD, INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL “CENTRO DE SALUD EL TEJAR 2021”

La siguiente encuesta se aplica con la intención de conocer la opinión y conocimientos sobre la causa de la multiparidad, incidencia y complicaciones en adolescentes, de ante mano muchas gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta, su opinión es de gran importancia ya que esta investigación contribuye para la obtención del título de Licenciada en Enfermería. Sus respuestas serán totalmente anónimas.

POR FAVOR MARQUE CON X LA RESPUESTA EN EL ITEM QUE USTED CONSIDERE CORRECTO

1. ¿Qué edad tiene actualmente?

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

2. ¿Con que etnia usted se autoidentifica?

- Indígena _____
- Afroecuatoriana/
afrodescendiente _____
- Negra _____
- Mulata _____
- Montubio _____
- Mestiza _____
- Blanca _____
- Otra _____

3. ¿Cuál es su nivel escolaridad?

- Primaria completa _____
- Primaria incompleta _____
- Bachillerato _____
- Superior _____

4. ¿Cuántos hijos tiene?

- 2 hijos _____
- 3 hijos _____
- Más de 3 hijos _____

5. ¿Cuál es su estado civil?

- Unión de hecho _____
- Soltera _____
- Casada _____
- Divorciada _____
- Viuda _____

6. ¿Cuál es su situación laboral?

- Trabaja _____
- Ama de casa _____
- Trabaja y estudia _____
- En desempleo _____

7. ¿Cuál es su ingreso económico?

- 100-200 dólares _____
- 300-500 dólares _____
- Mayor a 500 dólares _____
- Ninguno _____

8. ¿Con quién vive usted?

- Padres _____
- Tíos _____
- Abuelos _____
- Pareja _____
- Sola _____

9. ¿Cómo estaba conformada su familia de donde usted proviene?

- Padre y Madre y hermanos _____
- Solo Padre _____
- Padre y hermanos _____
- Solo Madre _____
- Madre y hermanos _____
- _____
- _____
- _____

- Abuelos
- Tios
- Solo hermanos

9. ¿Recibió educación sobre sexualidad?

- Si _____
- No _____

Si su respuesta es sí ¿quién le brinda la educación sobre sexualidad?

- Padres _____
- Amigos _____
- Institución educativa _____
- Redes sociales _____
- Personal de salud _____

10. ¿Como considera que es la comunicación con sus padres?

- Buena _____
- Regular _____
- Mala _____

11. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

- 1 _____
- 2 _____
- Mas de 2 _____

12. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

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

13. ¿Ha utilizado métodos anticonceptivos?

- Si _____
- No _____

Si su respuesta es sí ¿cuál de los siguientes métodos anticonceptivos ha utilizado?

- Pastillas _____
- Inyecciones _____
- Implantes _____
- _____

- T de cobre
- Condón

¿Ha fracasado alguno de los métodos anticonceptivos que ha utilizado?

- Si _____
 - No _____
- Cuál _____

14. ¿Su primer embarazo fue planificado?

- Si _____
- No _____

15. ¿Su segundo embarazo fue planificado?

- Si _____
- No _____

16. ¿Cómo considera que es la accesibilidad a los centros de salud?

- Buena _____
- Regular _____
- Mala _____

17. ¿Ha consumido alguna de estas sustancias?

- Alcohol _____
- Tabaco _____
- Drogas _____

18. ¿Tuvo complicaciones en sus embarazos?

- Si _____
- No _____

Si su respuesta es sí. Señale las complicaciones presentadas.

- Presión alta _____
- Preeclampsia _____
- Eclampsia _____
- Síndrome de hellp _____
- Obesidad _____
- Diabetes _____
- Hipertiroidismo _____
- Hipotiroidismo _____
- _____
- _____

- Hemorragias
- Depresión posparto
- Ansiedad
- Otras, cuál

19. ¿Tuvo complicaciones su niño/a al momento de nacer?

- Si _____
- No _____

Si su respuesta es sí. ¿Cuál de las siguientes complicaciones tuvo?

- Prematurez _____
- Bajo peso al nacer _____
- Distres respiratorio _____
- Otro----- _____

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CARRERA DE ENFERMERÍA

MULTIPARIDAD, INCIDENCIA Y COMPLICACIONES EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL “CENTRO DE SALUD EL TEJAR 2021”
AUTOR: KAREN CHAMORRO

INTRODUCCIÓN

El embarazo en la adolescencia es considerado uno de los factores que mayor afecta a los indicadores de una nación o comunidad, provocando consecuencias negativas para la adolescentes entre ellas están problemas familiares, académicos, de manera general el ámbito sociopolítico y cultural, el conocer las causas que con llevan a una adolescente a un embarazo a temprana edad permitirá crear herramientas que ayuden y que permitan mejorar los proyectos que se van desarrollando para disminuir la incidencia de esta situación.

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores que influyen en la multiparidad, incidencia y complicaciones de las adolescentes, atendidas en el Centro de Salud el Tejar.



METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de diseño cuantitativo de tipo descriptivo, exploratorio y transversal, pues mostro los factores que influyen en la multiparidad en las adolescentes; utilizando un instrumento de recolección de datos una encuesta en línea previamente validada por expertos la que se aplicó a 30 adolescentes.

RESULTADOS

Variable	N	%
¿Tuvo complicaciones en su embarazo? (n=30)		
No	5	16,7%
Si	25	83,3%
¿Qué complicaciones presento? (n=30)		
Obesidad	1	3,3%
Ansiedad	2	6,6%
Depresión posparto	1	3,3%
Diabetes	2	6,6%
Eclampsia	7	23,4%
Hipertiroidismo	0	3,3%
Hipotiroidismo	0	0,0%
Hemorragias	4	9,2%
Preeclampsia	7	23,4%
Presión alta	6	20,0%
Otro	0	0,0%

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes del centro de Salud el Tejar, 2021.

Variable	N	%
¿Tuvo complicaciones su niño al momento de nacer? (n=30)		
No	8	26,7%
Si	22	73,3%
¿Qué complicaciones presento? (n=30)		
Bajo peso al nacer	9	30,0%
Prematurez	2	3,3%
Distrés respiratorio	14	58,7%
Otro	0	0,0%

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes del centro de Salud el Tejar, 2021.

CONCLUSIÓN

Se identificó al embarazo temprano en adolescentes como una realidad en la población del Tejar siendo un riesgo que se agrava y está asociado con la falta de valores, y poca responsabilidad sobre el manejo de la sexualidad, familias monoparentales y disfuncionales, la dificultad para hablar sobre temas de sexualidad, práctica de relaciones sexuales a temprana edad, ausencia de responsabilidad en cuanto a la planificación familiar, finalmente la carencia de un proyecto de vida.

Anexo 4. Urkund



Document Information

Analyzed document	TESIS CHAMORRO KAREN (2).docx (D109384682)
Submitted	6/21/2021 2:05:00 AM
Submitted by	VASQUEZ FIGUEROA TATIANA ISABEL
Submitter email	tivasquez@utn.edu.ec
Similarity	9%
Analysis address	tivasquez.utn@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	ROYLE COLCHA BELTRÓN PARA URKUND.docx Document ROYLE COLCHA BELTRÓN PARA URKUND.docx (D87142283)		1
SA	TESIS MONTESEDOCA.docx Document TESIS MONTESEDOCA.docx (D102943894)		3
W	URL: http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/8804/1/06%20ENF%20993%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf Fetched: 5/10/2021 6:17:28 PM		9
W	URL: http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1819/1/UNIVERSIDAD%20DE%20GUAYAQUIL%20completo.pdf Fetched: 12/6/2020 7:09:49 PM		10
SA	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS YADIRA 2018 correccion.docx Document TESIS YADIRA 2018 correccion.docx (D40697778) Submitted by: yadiraparedes345@hotmail.com Receiver: ggramirez.utn@analysis.orkund.com		2
SA	tesis bayas urkund..docx Document tesis bayas urkund..docx (D45635553)		2
W	URL: https://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2019/rcm191p.pdf Fetched: 3/5/2020 4:53:50 PM		4
SA	Tesis 2018 Cod. 002.pdf Document Tesis 2018 Cod. 002.pdf (D47212056)		9
W	URL: https://embarazoenadolescen.blogspot.com/2012/12/embarazo-en-adolescentes.html Fetched: 1/17/2020 6:06:32 AM		1
SA	TESIS.FINAL.CECILIA.BRAVO.OCTUBRE.docx Document TESIS.FINAL.CECILIA.BRAVO.OCTUBRE.docx (D80459222)		4

Anexo 5. Aprobación del CAI (Abstract)



ABSTRACT

"MULTIPAROUS WOMEN, INCIDENCE, AND COMPLICATIONS IN ADOLESCENTS TREATED AT THE" EL TEJAR HEALTH CENTER 2021"

Author: Karen Vanessa Chamorro Obando

Email: karenchamorro310@gmail.com

Adolescent pregnancy is currently a social problem that affects a large number of the population, with consequences that range from morbidity to maternal and infant mortality. According to the WHO, 16 million adolescents aged 15-19 and 1 million girls under the age of 15 give birth each year. The present study aimed to determine the factors that influence multiparity, incidence, and complications in adolescents, treated at the El Tejar Health Center. Of quantitative, descriptive, exploratory, and cross-sectional design. The analysis of data, through online surveys, was carried out in SPSS with a sample of 30 adolescents in the gestation period, and multiparous adolescents. Results show that 90% were late adolescents. 66.7% only attended primary studies. 56.7% have two children; 56.7% are unmarried and have no income. 73.3% had their first sexual intercourse between the ages of 10-13. 76.7% if they have used contraceptive methods, but even so none of their pregnancies were planned. As complications for the mother, hypertensive disorders, preeclampsia, and eclampsia, were found to be more relevant with 23.4% and complications in the newborn were respiratory distress, the incidence was 4.08%. In conclusion, early pregnancy in adolescents is a reality in the Tejar population, being a risk aggravated and is associated with the lack of values and little responsibility for the management of sexuality.

Keywords: Adolescence, pregnancy, multiparity, complications.

Reviewed by Victor Raúl Rodríguez Viteri