



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

TEMA:

ACCIONES DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON LA PREVENCION DE
EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL RECINTO LA TERESA. BABAHOYO.
LOS RIOS. OCTUBRE 2018-ABRIL 2019.

AUTORAS

GARCÍA SÁNCHEZ ANGIE MARGOTH
GARCÍA SÁNCHEZ ESTEFANÍA GABRIELA

TUTORA

LIC. KARINA DE MORA LITARDO, MSC.

BABAHOYO - LOS RÍOS - ECUADOR

2018 - 2019



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LIC. MAZACON ROCA BETTHY NARCISA. PhD.
DECANA O DELEGADO (A)

LIC. BERNAL MARTINEZ ELSA MARIA. MSC.
COORDINADOR DE LA CARRERA
O DELEGADO (A)

LIC. OLAYA SAUHING ISABEL SHIRLEY. MSC.
COORDINADOR GENERAL DEL CIDE
O DELEGADO (A)

ABG. CARLOS L. FREIRE NIVELA
SECRETARIO GENERAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE TITULACIÓN



Babahoyo, 10 de Abril del 2019

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

**A: Universidad Técnica de Babahoyo,
Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela de Salud y Bienestar**

Por medio de la presente declaramos ser autoras del Informe final del Proyecto de Investigación titulado:

ACCIONES DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON LA PREVENCION DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL RECINTO LA TERESA. BABAHOYO. LOS RIOS. OCTUBRE 2018-ABRIL 2019.

El mismo ha sido presentado como requisito indispensable en la Modalidad de Proyecto de Investigación para optar por el grado académico de Licenciadas en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo, el cual ha sido producto de nuestra labor investigativa.

Así mismo doy fe que, el uso inclusivo de opiniones, citas e imágenes son de nuestra absoluta responsabilidad y que es un trabajo investigativo totalmente original e inédito, quedando la Universidad Técnica de Babahoyo y la Facultad de Ciencias de la Salud y la carrera de Enfermería exenta de toda responsabilidad al respecto.

Por lo que autorizamos en forma gratuita, a utilizar esta matriz con fines estrictamente académicos o de investigación.

Autoras,

ANGIE MARGOTH GARCIA SANCHEZ

C.I 120679625-0

ESTEFANIA GABRIELA GARCIA SANCHEZ

C.I 120773185-0

Recibido 10-04-2019

17:35



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR**



APROBACIÓN DE LA TUTORA

Yo, **LIC. KARINA DE MORA LITARDO. MSc**, en calidad de Tutora del Informe Final del Proyecto de Investigación (Tercera etapa) con el tema: **ACCIONES DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON LA PREVENCION DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL RECINTO LA TERESA. BABAHOYO. LOS RIOS. OCTUBRE 2018-ABRIL 2019**, elaborado por las estudiantes **ANGIE MARGOTH GARCÍA SÁNCHEZ** y **ESTEFANIA GABRIELA GARCÍA SÁNCHEZ**, de la Carrera de Enfermería, de la Escuela de Salud y Bienestar, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Babahoyo, considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y en el campo epistemológico, por lo que **APRUEBO**, a fin de que el trabajo investigativo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación determinado por la Universidad Técnica de Babahoyo.

En la ciudad de Babahoyo a los ocho (8) días del mes de Abril del año 2019.

**Firma de la Docente-Tutora
Lic. Karina De Mora Litardo. MSc
C.I 120380730-8**

Urkund Analysis Result

Analysed Document: INFORME-FINAL-ANGIE-Y-ESTEFANIA.docx (D50073561)
Submitted: 4/2/2019 5:27:00 PM
Submitted By: amgs_96@live.com
Significance: 1 %

Sources included in the report:

c87af064-5466-49ac-a740-8013f4b3b80f

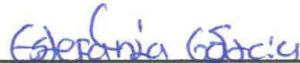
Instances where selected sources appear:

3


LIC. KARINA DE MORA LITARDO
DOCENTE UTB. FCS.



ANGIE MARGOTH GARCIA SANCHEZ
C.I 120679625-0



ESTEFANIA GABRIELA GARCIA SANCHEZ
C.I 120773185-0

DEDICATORIA

*El presente estudio se lo dedico a **Dios** por darme la vida, salud, y fortaleza. Por todas las bendiciones recibidas durante mi etapa universitaria, por cada oración que fue escuchada y atendida. Por haberme ayudado a encontrar su amor en cada ser humano que necesita de mi ayuda y por darme la vocación que mi carrera necesita.*

*Con eterna gratitud y amor a **mis padres Margoth y Anilo**, por ser mi pilar fundamental. Por el sacrificio que han hecho durante todos estos años para que yo pueda llegar hasta donde estoy, por las interminables jornadas de trabajo dedicadas a mí, por apoyarme en cada momento y enseñarme a que las cosas se consiguen con trabajo y sacrificio. Los amo con mi vida y este trabajo no es solo mío, es nuestro.*

*A **mi familia**: tíos, primos, abuelos y mi hermanita Samantha QEPD. A mi abuelita María por estar muy orgullosa de mi, por cada vez que me regala su bendición y con su frase “que Dios y la virgen me la cuiden y la protejan de todo mal, y que sea una excelente enfermera”.*

*A mis **compañeros y amigos**: María, Wendy, Evelin, Fabricio, Byron, Karem, Margarita, Evelyn y Milena por compartir todos estos años llenos de muchas emociones y experiencias vividas, por las veces que nos hemos apoyado y no hemos dejado que ninguno se rinda, ustedes son los hermanos que me regalo la universidad y ahora colegas que siempre los tendré presente.*

*A mi **hermana Gabriela**, por ser mi compañera de tesis, por compartir el mismo sueño de ser enfermeras, por hacer sentir orgullosos a nuestros padres, por estar siempre pendiente de mí y ser mi otra mitad, te amo con mi vida hermanita.*

“En la vida muchas personas vienen y van, pero solo las mejores se quedan para transformarla, es por eso que mi esfuerzo y sacrificio va dedicado a ustedes quienes han estado presente en todo momento”.

Angie García Sánchez

DEDICATORIA

*Dedico el presente estudio a **Dios** por ayudarme y estar junto a mí en cada segundo de mi vida universitaria, por darme las fuerzas necesarias para lograr terminar mi carrera, por todas las bendiciones recibidas y todos los logros que estoy alcanzando, pero sobre todo por darme la vida y salud.*

***A mis padres Anilo y Margoth:** por ser mi ejemplo a seguir, por estar junto a mí y no dejarme sola, por ser personas de bien, por todo el sacrificio que han pasado para lograr llegar al final de mi carrera, por demostrarme que el bienestar de los hijos está por encima de cualquier cosa, por cada consejo para continuar por el camino recto, por cada regañada para ser una mujer de principios y valores, daría mi vida por ustedes, este logro es nuestro mis amados padres.*

***A mis hermanas: Samantha** que, desde el cielo está junto a mí, quien guía y cuida mis pasos también, mi ángel, aunque no te recuerdo físicamente sé que tu carita es hermosa y estoy segura que desde el cielo está orgullosa de mí, **Angie** mi compañera de tesis, mi polito opuesto, más que una hermana una segunda mamá en mi vida, juntas en una misma profesión.*

*A mi **familia:** abuelos, tíos y primos que me han apoyado de una u otra manera para continuar con mis estudios, por todo el apoyo tanto emocional y económico que me brindaron cuando realice mi año de internado y por sus palabras de aliento.*

*A mi **Carlitos** por el apoyo en cada momento de mi vida y acompañarme durante mi etapa universitaria.*

Estefanía García Sánchez

AGRADECIMIENTO

A Dios por las bendiciones que nos ha brindado en la vida y por darnos salud para lograr todo lo que nos hemos planteado.

Con gratitud y esmero a cada una de las personas que conforman la Universidad Técnica de Babahoyo, institución que nos acogió durante esta larga trayectoria durante estos 5 años de estudio.

En especial agradecemos a nuestra majestuosa tutora la Licenciada y Master Karina De Mora Litardo quien a pesar de sus obligaciones ha tenido la predisposición y sobre todo paciencia para poder llevar a cabo este proyecto y por todas las dificultades que pasamos siempre recibimos su apoyo. Gracias por confiar en nosotras

A nuestras queridas docentes y amigas, Doctora Alina Izquierdo Cirer y la Master Eliza Boucourt Rodriguez por haber sido unas excelentes docentes y habernos brindado la amistad y confianza durante nuestra formación. Por las experiencias vividas, por apoyarnos en momentos difíciles dándonos aliento y sobre todo por el cariño y respeto, que Dios las bendiga y estaremos eternamente agradecidas.

A las adolescentes y padres de familia del recinto La Teresa por el apoyo y la predisposición para llevar a cabo este proyecto investigativo.

A nuestros amigos universitarios quienes de alguna u otra manera nos apoyaron y nos brindaron ayuda cuando lo hemos requerido.

A nuestros amados padres por ser nuestro pilar fundamental y por darnos aliento en todo momento.

¡Estaremos eternamente agradecidas!

Angie García Sánchez
Estefanía García Sánchez

TEMA

ACCIONES DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON LA PREVENCION DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL RECINTO LA TERESA. BABAHOYO. LOS RIOS. OCTUBRE 2018-ABRIL 2019.

RESUMEN

Introducción: El embarazo en adolescentes es considerado como una problemática de salud pública a nivel mundial, en Ecuador hasta el año 2014 se demostró según estudios realizados por el Instituto nacional de Estadísticas y Censos que, por cada 100 hijos nacidos vivos, 49.3 fueron de madres adolescentes menores de 19 años. El Ministerio de Salud Pública considera al embarazo en adolescentes como un alarmante problema del cual han surgido líneas estratégicas para fortalecer la participación social y promoción de conocimientos para la prevención de embarazos en niñas y adolescentes.

La provincia de Los Ríos es considerada como una de las tres provincias a nivel nacional en la que existen los índices más altos de embarazos precoz, es por ello que la investigación está dirigida a conocer cuál es la relación que existe entre el embarazo en púberes y las acciones de enfermería. Si se realizan o no acciones de enfermería para prevenir embarazos.Cuál es el porcentaje de adolescentes embarazadas.

Objetivo: Determinar cómo se relacionan las acciones de enfermería en la prevención de embarazo en adolescentes en el Recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.

Metodología: Se utilizó el método inductivo-deductivo y el método analítico-sintético, además de la observación científica no estructurada y directa.

Resultados: De un total de 58 adolescentes con edades comprendidas de entre 12 y 19 años, se evidenció que 19 adolescentes se encuentran en estado de gestación y 16 son madres primerizas, también se demostró que no han recibido educación sexual por parte del personal sanitario.

Conclusiones: La aplicación de las acciones de enfermería intervienen en la prevención de embarazo en adolescentes.

Palabras claves: Adolescentes, prevención, embarazo, gestantes, acciones de enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy is considered a public health problem worldwide, in Ecuador until 2014 it was shown according to studies conducted by the National Institute of Statistics and Census that, for every 100 children born alive, 49.3 were mothers adolescents under 19 years of age. The Ministry of Public Health considers adolescent pregnancy as an alarming problem from which strategic lines have emerged to strengthen social participation and knowledge promotion for the prevention of pregnancies in girls and adolescents.

The province of Los Ríos is considered one of the three provinces nationwide where there are the highest rates of early pregnancies, which is why the research is aimed at knowing what is the relationship between pregnancy in pubescents and nursing actions. Whether or not nursing actions are taken to prevent pregnancies. What is the percentage of pregnant teenagers.

Objective: To determine how nursing actions are related to the prevention of adolescent pregnancy in the La Teresa Campus, in Babahoyo county, in the province of Los Ríos, in the period from October 2018 to April 2019.

Methodology: The inductive-deductive method and the analytic-synthetic method were used, in addition to the unstructured and direct scientific observation.

Results: Of a total of 58 adolescents aged between 12 and 19 years, it was found that 19 adolescents are pregnant and 16 are new mothers, it was also shown that they have not received sexual education by health personnel.

Conclusions: The application of nursing actions intervenes in the prevention of teenage pregnancy.

Keywords: Adolescents, prevention, pregnancy, pregnant women, nursing actions.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
TEMA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	XII
CAPITULO I	1
1. PROBLEMA	1
1.1 Marco contextual	1
1.1.1 Contexto Internacional	1
1.1.2 Contexto Nacional	2
1.1.4 Contexto Local y/o Institucional	3
1.2 Situación problemática	4
1.3 Planteamiento del Problema	5
1.3.1 Problema General	6
1.3.2 Problemas Derivados	6
1.4 Delimitación de la Investigación	6
1.5 Justificación	7
1.6 Objetivos	7
1.6.1 Objetivo General	7
1.6.2 Objetivos Específicos	7
CAPITULO II	9
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Marco teórico	9
2.1.1 Marco conceptual	11
2.1.2 Antecedentes investigativos	46
2.2 Hipótesis	48
2.2.1 Hipótesis general	48

2.3 Variable	48
2.3.1 Variable Independiente	48
2.3.2 Variable Dependiente	48
2.3.3 Operacionalización de las variables	49
CAPITULO III	53
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.1 Método de investigación	53
3.2 Modalidad de investigación	53
3.3 Tipo de Investigación	53
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información	54
3.4.1 Técnicas	54
3.4.2 Instrumento	54
3.5 Población y Muestra de Investigación	54
3.5.1 Población	54
3.5.2 Muestra	55
3.6 Cronograma del proyecto	56
3.7 Recursos	58
3.7.1 Recursos humanos	58
3.7.2 Recursos económicos	58
3.8 Plan de tabulación y análisis	59
3.8.1 Base de datos	59
3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos	59
CAPITULO IV	60
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	60
4.1 Resultados obtenidos de la investigación	60
CAPITULO V	72
5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN	72
5.1 Título de la Propuesta de Aplicación	72
5.2 Antecedentes	72
5.3 Justificación	74
5.4 Objetivos	75

5.4.1 Objetivo General	75
5.4.2 Objetivos Específicos	75
5.5 Aspectos básicos de la propuesta de investigación	76
5.5.2 Componentes	79
5.6 Resultados esperados de la propuesta de aplicación	79
5.6.1 Alcance de la alternativa	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	80
ANEXOS	87
ANEXO 1. MATRIZ DE CONTINGENCIA	88
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	89
ANEXO 3. FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	91
ANEXO 4. CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS ADOLESCENTES	93
ANEXO 5. EVIDENCIAS DEL TRABAJO EFECTUADO	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1: PAE: Conocimientos deficientes	45
Tabla Nº 2: PAE: Riesgo de infección	45
Tabla Nº 3: PAE: Temor	46
Tabla Nº 4: Lugar donde recibió información la adolescente	62
Tabla Nº 5: Edad a la que recibió su primera orientación sobre sexualidad	62
Tabla Nº 6: Causas más comunes de embarazo según las adolescentes	64
Tabla Nº 7: Se encuentra usted en estado de gestación	65
Tabla Nº 8 : Conoce los riesgos que pueden existir durante el embarazo	65
Tabla Nº 9: En caso de ser madre, ¿cuántos hijos tiene?	66
Tabla Nº 10: Con quien vive usted actualmente	67

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura N° 1: Rango de edades de las adolescentes	60
Figura N° 2: Recibió orientación sobre temas de sexualidad	61
Figura N° 3: Conoce cuáles son los métodos anticonceptivos para evitar un embarazo	63
Figura N° 4: Tipos de métodos anticonceptivos que conoce	63
Figura N° 5: Edad a la que tuvo su primera relación sexual	64
Figura N° 6: Ha recibido apoyo emocional por parte del personal de salud durante su estado de gestación	66
Figura N° 7: Nivel de instrucción de las adolescentes	67
Figura N° 8: Cual es el nivel de ingreso económico mensual	68

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el embarazo en adolescentes es considerado como una problemática de salud pública, debido a que conlleva un sin número de complicaciones en la salud tanto para la adolescente como para el hijo (OPS, 2018).

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la adolescencia inicia entre los 10 y 19 años de edad, es una etapa en la que se producen ciertos tipos de cambios en la salud sexual y reproductiva, en la que la mayoría de las adolescentes que se encuentran en estado de gestación se ven obligadas a dejar los estudios debido a su embarazo, siendo afectadas directamente por la falta de acceso a una educación sexual integral convirtiendo a esta problemática en un tema de vital importancia a nivel mundial (OPS, 2018).

El embarazo es considerado como una parte del proceso de la reproducción humana, el mismo que comienza con la fecundación del ovulo por el espermatozoide, es decir se da inicio a la implantación del ovulo fecundado en el endometrio conocido como nidación y termina en el momento del parto (Valera, 2009).

Durante el embarazo la adolescente empieza a experimentar una serie de cambios en su organismo tales como anatómicos, fisiológicos y psicológicos, entre otros. Por esta razón es sumamente importante que la adolescente acepte estos cambios y los logre sobrellevar durante su etapa de gestación y posterior al parto (Zapata, Soriano, Márquez, López, Gonzales, 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años se convierten en madres cada año, las cifras con mayor índice de embarazos en adolescente se dan en países donde los ingresos socioeconómicos son bajos, durante este proceso de gestación se pueden producir riesgos que involucre la salud de la primigesta y el recién nacido (OMS, 2014).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) señala que el 26 de septiembre se celebra el Día Mundial de Prevención del Embarazo en Adolescentes,

también indica que en nuestro país 2 de cada 10 partos corresponden a madres adolescentes, estas cifras convierten al Ecuador como el país con el índice de embarazos en púberes más alto dentro de la región andina (MSP, 2013).

Es de vital importancia que todos los profesionales de la salud brinden conocimientos referentes sobre la educación sexual y prevención de embarazos, con el fin de poder reducir los elevados índices de embarazos en adolescentes.

Por tal razón el presente estudio investigativo plantea como objetivo determinar cómo se relacionan las acciones de enfermería en la prevención de embarazo en adolescentes en el recinto La Teresa, ya que en el mismo se evidenció un alto índice de embarazos en adolescentes debido a los diferentes factores de riesgos a los que están expuestas, entre ellos la falta de educación sexual, el desconocimiento de usos de métodos anticonceptivos, la falta de comunicación entre padres e hijos y los altos índices de pobreza.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

1.1 Marco contextual

1.1.1 Contexto Internacional

Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), se estima que en América Latina y el Caribe, de cada 1.000 niñas, cuarenta y seis tienden a estar inmersas dentro de esta problemática social, siendo esta la segunda tasa más alta a nivel mundial (OMS, OPS, UNICEF, UNFPA, 2018).

Debido a que las tasas de fertilidad en adolescentes son altas, trae como consecuencia que las poblaciones más vulnerables sean las principales afectadas. El embarazo en púberes hace que tenga un gran efecto en la salud de las niñas durante su estado de gestación, ya que no solo impide su total desarrollo psicosocial, sino que también están expuestas a problemas de salud y hace que aumenten los riesgos de muerte materna (OMS, OPS, UNICEF, UNFPA, 2018).

A nivel mundial, cada año quedan embarazadas aproximadamente 16 millones de púberes de 15 a 19 años de edad, y dos millones menores de 15 años. Cada año se podrían evitar 2,1 millones de embarazos no planificados, 3,2 millones de abortos y 5.600 muertes maternas si se cubrieran las necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos en las adolescentes (OMS, OPS, UNICEF, UNFPA, 2018).

Se estima una población mundial de 7.200 millones de personas, de las cuales los jóvenes de 17 a 24 años ocupan el 17.5% del total de la población. Aproximadamente 15 millones de mujeres de 15 a 19 años tienen un parto cada año, esto equivale al 10% de todos los nacimientos del mundo (Mora, Hernández, 2015).

Según datos del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, detrás de Nicaragua y República Dominicana, Ecuador tiene la tasa de embarazos más alta en adolescentes entre 10 y 19 años (García, 2018).

1.1.2 Contexto Nacional

Ecuador es un país que se encuentra ubicado al Noroeste de América del Sur, se limita al Norte con Colombia, al Sur y Este con Perú y al Oeste con el Océano Pacífico. De Norte a Sur traspasa la parte continental del Ecuador la cordillera de Los Andes, separando el territorio en regiones con características diferentes: Litoral o Costa, Interandina o Sierra, Oriental o Amazonia, y la región Insular o Galápagos. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Ecuador consta con una población de 17.096.789 millones de habitantes, siendo este el país más pequeño de América del Sur (INEC, 2018).

Estudios realizados por el INEC en el año 2014 mostraron que, en el Ecuador por cada 100 hijos nacidos vivos, 49.3 fueron de madres adolescentes de hasta 19 años. Si se toma en cuenta los rangos de edad, el 3% corresponde a las progenitoras menores de 15 años. Un 23% corresponde a madres de 15 y 17 años. Mientras que las madres de 18 y 19 años ocuparon el 23.3%. Según el informe, en total, por cada 100 adolescentes de 12 a 19 años de edad, 12 son madres (García, 2018).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) considera que el embarazo en niñas y adolescentes es un grave problema de desigualdad social, salud pública y violación de los derechos humanos; especialmente el embarazo en niñas menores de 14 años que está directamente vinculado con violencia sexual. El gobierno nacional a través del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2021 pone en consideración al embarazo en adolescentes como línea estratégica para fortalecer la participación social y la gestión de conocimientos para la prevención de embarazos en niñas y adolescentes (MSP, 2018).

1.1.3 Contexto Regional

La provincia de Los Ríos cuenta con 778.115 habitantes según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), convirtiéndola en una de las más pobladas del Ecuador. Representa el 5.4% de población nacional y es la tercera provincia de la región costera (INEC, 2010).

El incremento de partos en adolescentes entre 10 y 14 años de edad ha aumentado un 78% en los últimos 10 años. Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y Esmeraldas son las provincias que tienen mayor índice de embarazo en adolescentes en todo el territorio ecuatoriano.

La provincia de Los Ríos es considerada como una de las provincias que concentran el mayor número de embarazos en adolescentes a nivel nacional. Hasta el año 2016, de 80.000 niños y niñas que nacieron de madres menores de 19 años, 5.744 nacieron en la provincia de Los Ríos.

Es alarmante los elevados índices de embarazos en adolescentes en la provincia de Los Ríos, por ello las entidades provinciales y nacionales se han visto en la necesidad de realizar estrategias para así poder disminuir la incidencia de embarazos y de la misma manera evitar que exista una sobrepoblación.

1.1.4 Contexto Local y/o Institucional

El recinto La Teresa, se encuentra ubicado en la parroquia Febres Cordero, en el cantón Babahoyo, de la Provincia de Los Ríos en Ecuador (Distrito 12D01, 2015).

En el Recinto La Teresa los índices de pobreza son bastante representativos, al igual que el número de madres a temprana edad, así como también es notorio el bajo grado de escolaridad en la población y consecuentemente el nivel cultural. Por lo descrito anteriormente la situación se complica debido a que los niños no reciben una educación sexual oportuna y certera desde un inicio haciendo que esto provoque embarazos a temprana edad.

Febres Cordero es la parroquia del recinto La Teresa en la que sus habitantes se dedican netamente a la agricultura y la ganadería. Es uno de los sectores más importantes debido a su gran producción y aporte agrícola, ya que se dedica principalmente a la producción de arroz, cacao, maíz, plátano, etc. Consta con una población de 17.985 habitantes aproximadamente, entre ellos 1.700 son adolescentes (INEC, 2010).

El recinto La Teresa cuenta con una población de 437 habitantes, de las cuales 85 son adolescentes. En esta localidad se observó que cada año el número de embarazos en púberes es representativo y permanente, y que, esta problemática tiene relación directa con los altos índices de pobreza y el bajo nivel de escolaridad en el sector. Se identificó también que cierta cantidad de púberas de la unidad educativa de esta población están en periodo de gestación y muchas de ellas se han visto en la necesidad de abandonar su etapa escolar.

1.2 Situación problemática

El embarazo en adolescentes a nivel mundial es considerado como un problema de salud pública. El recinto La Teresa se encuentra ubicado en una zona rural en donde la mayor incidencia de embarazos en púberes está relacionada a factores influyentes como el inicio precoz de relaciones sexuales, problemas socioeconómicos, falta de conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos, deficiente comunicación entre padres e hijos y el bajo nivel de educación convirtiéndose estos en los principales.

Se considera que aproximadamente un 86% de los embarazos en adolescentes en la población en estudio, no han sido planificados a causa del desconocimiento o mal uso de métodos anticonceptivos, lo que conlleva a que muchas de las gestantes que se encuentran educándose se ven en la necesidad de abandonar sus estudios por la falta de apoyo de los padres o incluso de la pareja y/o por el alto índice de pobreza existente.

El recinto La Teresa cuenta con una unidad educativa que funciona como escuela y colegio hasta el décimo curso, el cual no cubre a toda la población en

estudio, en la institución según versiones de algunos adolescentes no se les imparte mucha información sobre temas de sexualidad, también manifestaron que el conocimiento sobre las consecuencias que implica tener relaciones sexuales a temprana edad es deficiente.

La población en estudio no cuenta con adecuada información ya sea por campañas de prevención y promoción de la salud por parte del personal sanitario, ya que el único Subcentro de Salud se encuentra alejado de la comunidad en estudio, aproximadamente a dos horas de distancia donde sólo prestan servicios dentro de la institución y los servicios extramurales se imparten como máximo una vez al año debido a causas como la distancia el déficit de personal de enfermería y el difícil acceso. Por este motivo muchas de las primigestas no pueden acudir y por ende no reciben las consultas y cuidados prenatales necesarios.

1.3 Planteamiento del Problema

El embarazo a temprana edad perjudica la salud de las adolescentes debido a que aumenta los riesgos de complicaciones de la gestación y posteriormente al parto que pueden producir incluso la muerte. Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los riesgos de muerte por eclampsia, hemorragia, obstrucción en el parto o infecciones entre las adolescentes son hasta tres veces en mayor proporción que en las mujeres con edades entre dieciocho y treinta y cuatro años. El embarazo a temprana edad es una de las principales causas de abandono escolar entre adolescentes. Existen también una gran conexión entre la pobreza y el embarazo en púberes debido a que este es mucho más común entre adolescentes pobres con bajo índice educacional (UNICEF, 2009).

En Ecuador, según datos del Ministerio de Salud Pública (MSP), se registraron 413.318 nacidos vivos de adolescentes. Estas cifras son desde el 2010 hasta el 2016, además según el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017-2021, indica que Ecuador es el tercer país en la región con índices más altos de embarazo, entre 12 y 19 años de edad. En los últimos 10 años, el aumento de partos de adolescentes de entre 10 y 14 años fue del 78% (García, 2018).

A través de observaciones que realizamos en el Recinto La Teresa, se logró determinar que existe un alto índice de adolescentes embarazadas por lo cual nos enfocamos en dicha problemática para nuestro proyecto de investigación.

1.3.1 Problema General

¿Cómo influyen las acciones de enfermería en la prevención de embarazos en adolescentes en el Recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019?

1.3.2 Problemas Derivados

¿Cuál es la prevalencia de adolescentes embarazadas en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019?

¿Qué acciones de enfermería se realizan para prevenir el embarazo en adolescentes en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de los Ríos en el periodo comprendido desde octubre del 2018 hasta abril del 2019?

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre métodos preventivos de embarazo que tienen las adolescentes del recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos en el periodo comprendido desde octubre del 2018 hasta abril del 2019?

1.4 Delimitación de la Investigación

El presente estudio se llevará a cabo en el recinto La Teresa, en el cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos en un periodo estimado desde octubre del 2018 hasta abril del 2019.

El trabajo investigativo va a tener la intervención de las unidades de investigación que serán las adolescentes en edades comprendidas desde 12 hasta 19 años de edad y de sus familiares quienes autorizarán la participación de las mismas en el proyecto de investigación.

1.5 Justificación

El presente estudio pretende determinar la incidencia de embarazos en adolescentes del Recinto La Teresa y su relación con el accionar de enfermería en cuanto a la prevención de embarazo, por lo que se encuentra enmarcada en la línea de investigación de la Escuela de Salud y Bienestar en la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Babahoyo, relacionada a salud sexual y reproductiva, sublínea de investigación embarazo adolescente y mortalidad infantil, y cuyo problema reside en embarazo en adolescentes y nivel de educación de las personas que viven en la comunidad. Se procurará que en base a los resultados que se obtengan, disminuir la incidencia de adolescentes embarazadas.

El desarrollo del presente estudio es factible ya que se cuenta con los conocimientos y recursos necesarios para manipular el objeto de investigación además va a originar un contacto directo hacia las personas de la comunidad en estudio provocando que, tanto adolescentes y padres de familia conozcan sobre la importancia del tema a tratarse y de esta manera hagan conciencia para influir directamente sobre las personas de la comunidad , brindarles información adecuada y oportuna sobre la salud sexual y reproductiva y disminuir los altos índices de esta problemática.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Determinar cómo se relacionan las acciones de enfermería en la prevención de embarazo en adolescentes en el Recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.

1.6.2 Objetivos Específicos

Establecer la prevalencia de adolescentes embarazadas en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.

Determinar las acciones de enfermería que se realizan para prevenir el embarazo en adolescentes en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.

Establecer el nivel de conocimientos sobre métodos preventivos de embarazo que tienen las adolescentes que viven en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco teórico

El proceso de atención de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales de enfermería prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

Teoría de Dorotea Orem

La enfermería se ha autoidentificado como una profesión humanista, que se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno, donde la persona elige, se autodetermina y es un ser activo. Se considera los sistemas enfermeros que sirven de apoyo a la educación ya que han resultado ser eficaces con mujeres embarazadas (Castro, Francia 2013).

Un sistema de Enfermería es algo que se construye con las actividades de las enfermeras y con las relaciones entre estas y los pacientes Orem identifica tres sistemas de Enfermería que son:

Sistema de enfermería totalmente compensador. - Las actividades manipulativas y de ambulación las realiza en su totalidad la enfermera, donde la enfermería se encarga del cuidado terapéutico y compensa con sus actuaciones la incapacidad del paciente para realizar su propio autocuidado a la vez que le apoya y le protege (Prado, Gonzales, Paz, Romero, 2014).

Sistema de enfermería parcialmente compensador. - La enfermera realiza algunas de las acciones de autocuidado del paciente tratando de compensar sus limitaciones.

Sistema de apoyo educativo. - Dirigido a pacientes que son capaces o deben aprender a realizar acciones propias de su autocuidado y que en principio no pueden hacerlo sin la correspondiente ayuda (Prado, Gonzales, Paz, Romero, 2014).

Orem y su teoría del autocuidado está relacionada con tres teorías en general, la primera es la teoría del autocuidado, que hace referencia a las acciones que realiza la enfermera como el arte de actuar, ayudar y brindar apoyo a la persona incapacitada, para que pueda realizarlas por sí mismo, la segunda corresponde a la teoría de déficit de autocuidado que se establece cuando el paciente no es capaz de cuidarse por sí mismo y la última teoría de sistemas de enfermería describe y explica las relaciones para ayudar al ser humano. Dorothea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

-Persona: Concibe al ser humano como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

-Salud: Ausencia de defecto que implique deterioro de la persona. Es un estado que significa integridad física, estructural y funcional.

-Enfermería: Servicio humano que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí mismo para mantener la salud, la vida y el bienestar (Prado, Gonzales, Paz, Romero, 2014).

Se ha aplicado la Teoría de Dorothea Orem con enfoque al autocuidado ya que sirve de base para que los profesionales en enfermería puedan brindar información directa a las adolescentes que corren riesgo de tener embarazos a temprana edad, debido a la falta de educación sexual, las mismas que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado por si solas.

2.1.1 Marco conceptual

2.1.1.1 Embarazo

El embarazo es considerado como una parte del proceso de la reproducción humana, el mismo que comienza con la fecundación del ovulo por el espermatozoide en la adolescente, es decir se da inicio a la implantación del ovulo fecundado en el endometrio conocido como nidación y termina en el momento del parto (Valera, 2009).

El desarrollo del ser humano comienza con la fecundación, cuando un espermatozoide se fusiona con un ovocito (ovulo) para dar inicio a la formación de una célula única llamada cigoto, el cual indica el comienzo de cada persona como un individuo único (Mark, 2015).

El cigoto contiene cromosomas y genes que proceden de la madre y del padre, luego este cigoto se divide varias veces y se transforma progresivamente en un ser humano multicelular, a través de los procesos de división, migración, crecimiento y diferenciación celulares (Mark, 2015).

El embarazo está comprendido por una serie de procesos que lo inician desde el momento en el que se originan los gametos sexuales masculinos y femeninos (gametogénesis), y culmina con el nacimiento del nuevo ser (parto) (Dains, Harcourt, 2008).

Gametogénesis

Es el proceso a través del cual se forman y desarrollan las células germinativas (sexuales) especializadas llamadas gametos (ovocitos o espermatozoides). En este proceso participan los cromosomas y el citoplasma de los gametos, donde prepara a estas células sexuales para la fecundación. Un cromosoma se define por la presencia de un centrómero que es la parte constreñida existente en el propio cromosoma, los cromosomas solo presentan una cromátida la cual está constituida por cadenas de ADN paralelas, después de la replicación del ADN los cromosomas presentan dos cromátidas, los gametos masculinos y femeninos (espermatozoide y ovocito). La

duración de los gametos se denomina ovogénesis en la mujer y espermatogénesis en el hombre (Amorocho, 2013).

Espermatogénesis

Es un procedimiento de división y diferenciación celular donde las espermatogonias diploides dan parte a los espermatozoides maduros haploide, este acontecimiento es la parte fundamental donde se da la capacidad reproductora del hombre y la producción de un número adecuado de espermatozoide (Dains, Harcourt, 2008).

La espermatogénesis es un proceso que inicia en el hombre junto a la llegada de la pubertad donde el testículo produce alrededor de 120 millones de espermatozoide en el día, para llevar a cabo esta producción se necesita la coordinación de las divisiones mitóticas de las espermatogonias, por un lado mantiene la reserva de las células madres y por el otro asegura una buena cantidad de células que den inicio a la diferenciación en espermatocitos (Dains, Harcourt, 2008).

La espermatogénesis presenta dos transformaciones la primera de ellas son las células germinales de mayor tamaño que se encuentran en los túbulos seminíferos denominados espermatocitos primarios, que aparecen luego de la primera división meiótica para dar inicio a la segunda transformación de los dos espermatocitos secundarios haploides cuyo tamaño es la mitad de los espermatocitos primarios (Moore, Dalley, Agur, 2013).

Ovogénesis

La ovogénesis es una serie de acontecimientos donde las ovogonias se transforman en ovocitos maduros. La maduración de estos ovocitos comienza antes del nacimiento y finaliza después de la pubertad. La ovogénesis se presenta hasta el momento de la interrupción permanente del ciclo menstrual conocida como menopausia (Mark, 2015).

Los ovocitos y espermatozoides conocidos como gametos son células haploides, que pueden experimentar cariogamia (fusión de los núcleos de dos células sexuales). El ovocito es una célula de tamaño mucho mayor que el espermatozoide y carece de movilidad mientras que el espermatozoide es microscópico y tiene una gran movilidad. El ovocito está rodeado por la zona pelúcida y por una capa de células foliculares denominada corona radiada (Dains, Harcourt, 2008).

En lo que se refiere a la constitución de los cromosomas sexuales, existen dos tipos de espermatozoides normales 23,X y 23,Y por otra parte, sólo hay un tipo de ovocito secundario normal 23,X. Por convención para indicar la constitución de los cromosomas sexuales se utiliza el número 23 seguido por una coma (,) y por una X o una Y por ejemplo 23,X indica que el complemento cromosómico está constituido por 23 cromosomas, 22 de los cuales son autosomas y el resto es un cromosoma sexual X en este caso. La diferencia en el complemento cromosómico sexual de los espermatozoides representa el fundamento de la determinación sexual primaria (Mark, 2015; Portal educativo, 2016).

Meiosis

Es un proceso de división celular donde a partir de una célula se logra obtener otra, pero ésta va a contener la mitad del número de cromosomas que la célula original. Este proceso se produce para que el número de cromosomas de los gametos sea la mitad que el presente en el resto de las células, para que cuando llegue la fecundación al momento de combinarse ambos gametos se logre recuperar el número de cromosomas totales (Suros, 2001).

Etapas presentes en la meiosis

En la meiosis se dan dos divisiones celulares sucesivas, la primera corresponde a la meiosis I y la segunda a la meiosis II, ambas divisiones solo se dan en células diploides (Mark, 2015).

Durante la primera división de la meiosis se muestran los cromosomas formados por sus dos cromátidas, pero estas cromátidas no se dividen, pero si se unen al huso

mitótico para lograr emigrar a los polos de la célula. Al final de este proceso se obtendrá dos células donde cada una de ellas tendrá la mitad de los cromosomas homólogos que la célula original (Moore, Dalley, Agur, 2013).

Profase I

En esta fase la cromátida está visible en el núcleo celular y procede a condensarse en forma de cromosomas, como los cromosomas se encuentran unidos entre sí se realiza una recombinación genética, donde la membrana celular va a desaparecer para dar inicio a la formación de unos microtúbulos proteicos que se extienden de un polo a otro de la célula donde se realiza el intercambio de trozos de cadenas de ADN, apareciendo cromátidas nuevas que antes no existían (Suros, 2001).

El procedimiento de recombinación genética permite el cambio en cuanto a la formación genética de las células que se descomponen al final del proceso.

Metafase I

Es una de las etapas de la meiosis en la que los cromosomas homólogos se alinean en el centro de la célula y están unidos al huso acromático, que posteriormente se contraerán llevándose un cromosoma (Suros, 2001).

Anafase I

En esta fase se da inicio a la separación de los cromosomas homólogos y la migración de ellos a cada polo de la célula. Cuando esta etapa se termina se obtiene dos juegos de cromosomas separados en los polos opuestos de la célula, en esta etapa la cantidad de cromosomas se reduce a la mitad (Suros, 2001).

Telofase I

Durante esta etapa los pares de cromosomas homólogos llegan a los polos de la célula, donde la membrana nuclear empieza a formarse y la citocinesis empieza a producir dos células, en esta fase los pares de cromosomas homólogos terminan su migración en los polos como consecuencia de la acción del huso (Mark, 2015).

Al finalizar la MEIOSIS I entra a un proceso de citocinesis, aquí la célula madre divide su citoplasma en dos, obteniendo dos células hijas que luego empezaran a la segunda división celular llamada meiosis II donde no hay replicación de ADN (Moore, Dalley, Agur, 2013).

Profase II

En esta etapa la cromatina vuelve a condensarse, allí cada célula presenta un número haploide de cromosomas con dos cromátidas cada uno. La membrana nuclear se rompe y empieza la síntesis del nuevo huso acromático (Moore, Dalley, Agur, 2013).

Metafase II

En esta fase las fibras del huso mitótico se unen a los cromosomas que se alinean al plano ecuatorial. Donde las cromátidas aparecen de forma seguida y separadas una de otra en vez de permanecer unidas como en la mitosis (Moore, Dalley, Agur, 2013).

Anafase II

Los centrómeros se separan y las dos cromátidas de cada cromosoma son arrastradas por las fibras del huso acromático hacia los polos opuestos, para tomar el nombre de cromosoma por propio derecho (Moore, Dalley, Agur, 2013).

Telofase II

Finalmente, en la telofase II, se reorganiza la membrana nuclear donde vuelve a formarse la cromatina alrededor de cada juego de cromosoma, produciendo cuatro células hijas que tendrán cada una la mitad de las cadenas de ADN que tenían al comenzar el proceso (Cuidarte plus, 2019).

Aparato reproductor femenino

Trompas de Falopio

Son dos tubos delgados que parten del útero hasta el ovario de cada uno de los lados de la vagina. Son responsables de transportar los ovocitos que se producen durante el ciclo menstrual llegando hasta la cavidad uterina, también sirven de camino para que los espermatozoides puedan fecundar al ovocito (Argente, Álvarez, 2005).

Forma

Miden entre 10 y 18 centímetros, presentan un grosor similar al de un lápiz, las paredes están recubiertas de una mucosa que tiene células ciliares que ayudan a que el ovocito pueda desplazarse por ellos. La capa central se forma en su mayoría de musculo y sus contracciones ayudan al movimiento de óvulos, su capa exterior está formada por la serosa que sirve como membrana protectora (Moore, Dalley, Agur, 2013).

Se pueden distinguir cuatro partes la primera una porción uterina o intramural que corresponde a la parte más estrecha de la trompa. La segunda toma el nombre de Istmo y es la parte más estrecha y mide entre dos a cuatro centímetros. La tercera parte es la ampolla que mide entre cuatro a seis centímetros, pero su tamaño va aumentando conforme se acerca al infundíbulo. La última parte se denomina infundíbulo y se encuentra al final del tubo con una forma similar a una mano (Moore, Dalley, Agur, 2013).

Función

Su función básica es ser la vía de comunicación entre los ovarios y el útero, durante el ciclo menstrual los ovarios desprenden un folículo ovárico maduro que desprende un ovocito. El ovocito se va desplazando por las trompas de Falopio durante 24 horas, si pasado este tiempo no ha sido fecundado por un espermatozoide se desintegra y se expulsa con la menstruación, pero si es fecundado comienza el proceso de fertilización donde se va formar el cigoto (Moore, Dalley, Agur, 2013).

Enfermedades y problemas

Salpingitis: Inflamación de las trompas de Falopio que puede provocar la esterilidad de la mujer, puede ser a causa de la clamidia que es una infección de transmisión sexual, se puede presentar síntomas como dolor en la zona pélvica o durante la ovulación, náuseas y fiebre. Mediante antiinflamatorios o antibióticos se puede curar en un caso leve, pero si no se trata puede provocar esterilidad y embarazos ectópicos (Argente, Álvarez, 2005).

Embarazo ectópico: Afección por la que un ovulo fertilizado crece fuera del útero, habitualmente en una de las trompas de Falopio donde comienza a desarrollarse (Moore, Dalley, Agur, 2013).

Cirugías: La ligadura de trompas es un procedimiento que permite el cierre de los conductos de la trompa de Falopio para prevenir el embarazo ya que bloquea el paso de los huevos de los ovarios hasta el útero. La extirpación de las trompas de Falopio se da en mujeres con más de 45 años de edad con antecedentes familiares de cáncer de ovario, con el fin de evitar problemas oncológicos (Cuidarte plus, 2019).

Útero

También conocido como matriz o seno materno es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino, es un órgano muscular hueco, de forma triangular, extraperitoneal y se ubica en la cavidad pélvica delante del recto y detrás de la vejiga urinaria, aloja a la blástula que se implanta en el endometrio dando comienzo a la gestación (Moore, Dalley, Agur, 2013).

Durante la gestación el óvulo fecundado se implanta en el revestimiento uterino donde crece hasta alcanzar la madurez. Las paredes del útero son elásticas y se estiran durante el embarazo para albergar al feto en crecimiento, aunque el útero es un órgano muscular posee un revestimiento de material glandular blando que durante la ovulación se hace más denso, momento en el cual está listo para recibir un óvulo fecundado, si no se produce la fecundación este revestimiento se expulsa durante la menstruación (Llanio, 2003; Paulsen, Waschke, 2017).

Partes del Útero

El útero presenta un cuerpo que es la parte más amplia de aproximadamente cinco centímetros, en su parte superior es redonda y forma el fondo uterino, a sus lados se abren las trompas uterinas. El cuello o cérvix hace una ligera protrusión en la vagina en cuya cavidad se abre y el Istmo es la base (Argente, Alvarez, 2005; Ochoa, Dols, Collazo, Salvador, 2018).

Capas del Útero

Las paredes del cuerpo del útero están constituidas por tres capas, el perimetrio la capa externa fina, el miometrio la capa muscular lisa gruesa y el endometrio la capa interna fina (Ochoa, Dols, Collazo, Salvador, 2018).

-El endometrio: Es la capa mucosa que reviste internamente al útero, tiene como función engrosarse durante el ciclo menstrual, donde permite que el embrión se implante para dar lugar al embarazo. Al inicio de cada ciclo menstrual si no ha tenido lugar el embarazo el endometrio se desprende con la menstruación para volver a proliferar y renovarse de nuevo (Llanio, 2003).

El endometrio está dividido por dos capas, la primera es la capa basal en la cual se encuentran los vasos sanguíneos y las células madre que generan la capa funcional y la segunda es la capa funcional que corresponde a la parte del endometrio que crece durante el ciclo menstrual y finalmente se descama y es expulsada al exterior en la menstruación (Llanio, 2003).

-El miometrio: Es la pared muscular del útero, se encuentra entre el endometrio y la capa membranosa exterior conocida como perimetrio. Se compone de musculo liso, tejidos y vasos sanguíneos conjuntivos (Llanio, 2003).

Durante el embarazo la estructura del miometrio se extiende y se expande para facilitar el crecimiento del feto, esto hace que se adelgace, pero aun así proporciona soporte al útero, sus arterias reciben sangre de las arterias de mayor tamaño y a continuación la conducen hacia la placenta (Llanio, 2003).

Cuando el embarazo llega a su final el miometrio es clave para el proceso de parto, los músculos deben contraerse para impulsar con éxito al bebé fuera del útero, una vez que él bebe ha nacido los músculos del miometrio continuaran contrayéndose para expulsar la placenta, esto comprime vasos sanguíneos minimizando la pérdida de sangre después del parto (Llanio, 2003).

La pared muscular gruesa del útero está compuesta por 3 capas de musculo liso, el musculo longitudinal constituye las capas internas y externas, en tanto que la capa media vascularizada alberga a las arterias arqueadas y se llama estrato vascular. Conforme se estrecha hacia el cuello uterino el tejido muscular disminuye y va quedando sustituido por tejido conectivo fibroso. A nivel del cuello del miometrio está compuesto por tejido conectivo denso de distribución irregular que contiene fibras elásticas y solo un número pequeño de células de musculo liso diseminadas (Deriban, Galdeano, Poljak, 2014).

El tamaño y numero de las células musculares miometriales se relacionan con la concentración de estrógenos, las células musculares son más grandes y más numerosas durante el embarazo, época en la que se producen muchos estrógenos y más pequeñas después de concluir la menstruación, periodo durante el cual se producen muy poco estrógeno (Sedecias, 2018).

Cuando no hay estrógenos el musculo miometrial se atrofia y algunas células sucumben a la apoptosis, muerte celular programada, aunque la mayor parte del aumento del tamaño del útero durante el embarazo se relaciona con hipertrofia de las células de musculo liso, la población de estas células aumenta por el mismo modo, lo que sugiere que también ocurra hiperplasia (Llanio, 2003).

La estimulación sexual produce contracciones uterinas moderadas, durante la menstruación la contracción puede ser dolorosa en ciertas personas, las contracciones rítmicas poderosas del útero ocupado durante el parto expulsan al feto y más tarde a la placenta desde su interior (Sedecias, 2018).

Condiciones asociadas al miometrio:

Adenomiosis. - Es una enfermedad donde ocurre un engrosamiento dentro de las paredes del propio útero provocando síntomas como dolor, sangrado o cólicos fuertes, especialmente durante la menstruación. Esta enfermedad tiene cura a través de la realización de una cirugía para la extracción del útero. Durante el embarazo la adenomiosis puede provocar complicaciones graves como embarazo ectópico o aborto, también puede dificultar la fijación del embrión en el útero (Deriban, Galdeano, Poljak, 2014).

Atonía uterina. - Se produce cuando el miometrio no se contrae después del alumbramiento lo que origina la pérdida sanguínea anormal en el nivel del lecho placentario. Puede ser resultado de diferentes factores como la manipulación demasiado rápida o demasiado prolongada durante el parto o haber dado a luz más de cinco veces o el estiramiento excesivo del útero cuando alberga múltiples fetos, miomatosis uterina, macrosomía fetal, uso de sulfato de magnesio, anestesia general y embolia de líquido amniótico (Harrison, *et al*, 2012).

La prevención de la atonía uterina consiste en la administración de medicamentos uterotónicos y la realización de maniobras para prevenir la hemorragia postparto. Se recomienda este método en pacientes con y sin riesgo de hemorragia postparto (Deriban, Galdeano, Poljak, 2014).

Miomas uterinos.- Es la presencia de masas anormales que puede afectar al miometrio, son los tumores pélvicos femeninos más comunes con una prevalencia del 20% al 40% en edad reproductiva, sin embargo su prevalencia puede llegar hasta un 70% en mujeres blancas y 80% en mujeres de raza negra. La mayoría de los miomas uterinos son asintomáticos, en ocasiones pueden producir sangrado, dolor y sensación de presión pélvica lo que afecta la calidad de vida de las pacientes que las presentan y son la causa más común de histerectomía (Harrison, *et al*, 2012).

Los miomas pueden presentarse con síntomas por primera vez durante el embarazo, se cree que los miomas casi siempre crecen durante el embarazo por

defecto de la estimulación etrogénica, sin embargo, esto no es así, ya que el problema radica en que no se puede hacer una predicción precisa del crecimiento de los miomas durante la gestación. Los miomas de más de 3 cm evidencian tasas significativas de amenaza de parto prematuro, desprendimiento prematuro de placenta y de hemorragias postparto (Perez, Barranco, 2014).

-Perimetrio: Es la capa serosa externa del útero, es una fina membrana de tejido blando, elástico y plegable, que cubre y protege al útero, este mismo tipo de tejido separa los órganos de la cavidad abdominal. Su función principal es la de facilitar el contacto entre el útero y los órganos abdominales adyacentes al mismo, actuando como una superficie deslizante y no adhesiva que facilita el roce entre los distintos órganos (Perez, Barranco, 2014).

Este tejido también funciona como defensa, los tejidos conjuntivos y el mesotelio trabajan como alineadores hormonales y celulares debido a que segregan una sustancia que se encarga de producir hormonas. También sirve como soporte del útero y línea de defensa contra todo aquello que lo pueda perjudicar, al actuar como una barrera para las infecciones y la diseminación de los tumores (Morelada, Llanos, 2018).

Ovarios

Son dos órganos situados en la cavidad abdominal, en el interior de cada ovario se forman los óvulos y se producen las hormonas sexuales femeninas, progesterona y estrógenos. Cada ovario es del tamaño y forma de una almendra. Durante la ovulación un ovario libera un óvulo, si el óvulo es fecundado por un espermatozoide puede producir un embarazo. Cuando una mujer pasa por la menopausia sus ovarios dejan de producir hormonas y de liberar óvulos (Harrison, *et al*, 2012).

Ciclos reproductivos femeninos

A partir de la pubertad las mujeres presentan ciclos reproductivos en los que participan el hipotálamo cerebral, la hipófisis, los ovarios, el útero, las trompas uterinas,

la vagina y las glándulas mamarias, estos ciclos mensuales preparan el sistema reproductor para el embarazo (Perez, Barranco, 2014).

Las células neurosecretoras del hipotálamo sintetizan una hormona liberadora de gonadotropinas. La hormona liberadora es transportada por el sistema hipofisario hasta el lóbulo anterior de la hipófisis, esta hormona estimula la liberación de dos hormonas producidas por la hipófisis y que actúan sobre los ovarios. La hormona folículo-estimulante (FSH) que estimula el desarrollo de los folículos ováricos y la producción de estrógenos por parte de las células foliculares. La hormona luteinizante (LH) que actúa como elemento desencadenante de la ovulación y estimula la producción de progesterona por parte de las células foliculares y de cuerpo lúteo (Harrison, *et al*, 2012).

Ciclo ovarico

La FSH y la LH dan lugar a cambios cíclicos en los ovarios, es el desarrollo de los folículos, ovarios y formación del cuerpo lúteo, en cada ciclo la FSH induce el crecimiento de varios folículos primordiales con aparición de 5 a 12 folículos primarios, sin embargo generalmente solo uno de los folículos primarios se convierte en un folículo maduro y se rompe en la superficie del ovario expulsando su ovocito (Morelada, Llanos, 2018).

Desarrollo folícular

El desarrollo de un folículo ovárico se caracteriza por, el crecimiento y la diferenciación del ovocito primario, la proliferación de las células foliculares, la formación de la zona pelúcida y el desarrollo de la teca folícular. A medida que el folículo primario aumenta de tamaño el tejido conjuntivo adyacente se organiza formando una cápsula denominada teca folícular. Al poco tiempo la teca folícular se diferencia en dos capas, una capa vascular y glandular interna, la teca interna, y otra capa de tipo cápsula, la teca externa. Se considera que las células de la teca producen un factor angiogénico que estimula el crecimiento de los vasos sanguíneos en la teca

interna, lo que proporciona el soporte nutricional necesario para el desarrollo folicular (Harrison, *et al*, 2012).

Más adelante aparecen espacios rellenos de líquido alrededor de las células foliculares y la coalescencia posterior de dichos espacios genera una cavidad única y grande, el antró que contiene líquido folicular, tras la formación del antró el folículo ovarico se denomina folículo secundario o vesicular. El desarrollo temprano de los folículos ovaricos está inducido por la FSH, pero en las fases finales de la maduración también es necesaria la participación de la LH (Morelada, Llanos, 2018).

Ovulación

Es el proceso del ciclo menstrual en el cual la pared de un folículo ovarico se rompe y libera un óvulo maduro para ser fecundado. Normalmente solo un óvulo es liberado en cada momento que se produce la ovulación. La ovulación puede ser afectada por el estrés, los desequilibrios hormonales, los viajes y el ejercicio. Algunas mujeres pueden experimentar sangrado ligero alrededor de la ovulación. La implantación de un óvulo fecundado tiene lugar normalmente de 6-12 días después de la ovulación. Cada mujer nace con millones de óvulos inmaduros que están esperando para ser lanzados durante la ovulación. Si un óvulo no es fecundado se desintegra y se absorbe en el revestimiento del útero (Matamoras, Hernandez, Molero, 2008).

Ciclo menstrual

El ciclo menstrual de una mujer se mide desde el primer día de su periodo menstrual hasta el primer día de su próximo periodo. En promedio el ciclo de la mujer es entre 28-32 días, aunque algunas mujeres pueden tener ciclos mucho más cortos o más largos. La mayoría de las mujeres ovulan en cualquier lugar entre día 11 y día 21 de su ciclo, contando desde el primer día de su último periodo (Matamoras, Hernandez y Molero, 2008).

Fecundación

Es un proceso por medio del cual el ovulo y el espermatozoide se juntan para crea un nuevo ser. La finalidad de este proceso es la mezcla de genes provenientes de los progenitores y la creacion de un individuo (Harrison, *et al*, 2012).

La fecundación comienza en el momento en que los espermatozoides ingresan a la vagina durante el coito y se desplazan hasta llegar a las trompas de Falopio, una vez allí se une al ovulo y lo fecunda. Es en ese momento cuando el espermatozoide mezcla su nucleo con el del gameto y ambos unen su informacion genetica en el cigoto. En la siguiente fase el ovulo fecundado llega al utero en donde queda implantado pasados 7 dias después de la fecundación. Las fases de la fecundación son: Penetración de la corona radiada, penetración de la zona pelucida, fusión de membranas, fusión de nucleos y formación del cigoto. Todo este proceso de la fecundación culmina con la formación del cigoto humano, es decir la primera célula del organismo fruto de la unión del óvulo y el espermatozoide (Harrison, *et al*, 2012).

Fecundación de gemelos.- Para que puedan originarse gemelos la fecundación es identica a la que da lugar a un unico bebé. La diferencia reside en las divisiones celulares que ocurren a continuacion, por causas aun desconocidas el embrión se divide en dos y se originarán dos bebés identicos geneticamente, lo que implica que serán del mismo sexo (Moore, Persaud, Torchia, 2012).

Fecundación de mellizos.- En este caso se produce la fecundación de dos óvulos distintos, cada uno de ellos por un espermatozoide, por tanto los procesos de fecundación y desarrollo embrionario serían los habituales, con la particularidad de que los dos bebés se desarrollarían a la vez en el vientre materno. Los bebés no serían geneticamente idénticos ni tampoco tienen por qué ser del mismo sexo (Moore, Persaud, Torchia, 2012).

2.1.1.2 Adolescente

La UNICEF muestra que, aproximadamente los 10 años de edad los niños comienzan un largo trayecto a través de la adolescencia. Señala el comienzo de la búsqueda de identidad y el camino para encontrar un lugar en el mundo y darle sentido a la vida. Durante la adolescencia los jóvenes definen su independencia emocional y psicológica y aprenden a entender y vivir su sexualidad (UNICEF 2002).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, periodo comprendido entre los 10 y 19 años, el cual se caracteriza por la presencia de cambios tanto en el aspecto fisiológico como anatómico (OMS, 2018).

El Ministerio de Salud Pública (MSP) manifiesta que la adolescencia es el periodo que transcurre entre los 10 y 19 años y la clasifica en adolescencia primera o temprana de 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años (MSP, 2016).

Durante la adolescencia cada individuo posee una personalidad y es aquí cuando más la manifiesta generalmente, la adolescencia se caracteriza por ser un momento vital en el que suceden gran número de cambios que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona. Existe una variabilidad con el fin de ordenar los principales cambios que caracterizan a cada adolescente en sus diferentes etapas (Moreno, 2015).

Adolescencia temprana

Periodo comprendido de 10 a 13 años donde se da inicio a la pubertad, en esta primera etapa de desarrollo de la niña se caracteriza porque comienza a experimentar cambios físicos a una gran velocidad, los cambios psicológicos y sociales no tienen un gran desarrollo durante esta fase, sino que son consecuencias o se derivan de los cambios físicos. La adolescente observa como su cuerpo se desarrolla y cambia, el cual provoca gran curiosidad y una situación extraña para ella (Moreno, 2015).

Adolescencia media

Inicia de 14 a 16 años, al comienzo de esta fase la adolescente ya ha finalizado casi por completo su maduración sexual donde sus órganos sexuales están prácticamente desarrollados y ha adquirido el 95 por ciento de su estatura. En esta fase adquieren vital importancia los cambios psicológicos y sociales. Durante estos años desarrolla el pensamiento abstracto y la capacidad de percibir las implicaciones futuras. La adolescente también desarrolla y potencia una imagen de sí misma, es decir el rol que proyecta hacia los demás (Moreno, 2015).

Adolescencia tardía

Periodo de 17 a 19 años, en esta etapa la adolescente ya es físicamente adulta y sus órganos sexuales están plenamente capacitados para la reproducción. El pensamiento abstracto también se ha desarrollado en su totalidad y la joven puede pensar en abstracto sin dificultad y percibe perfectamente las implicaciones futuras de sus actos. El desarrollo del pensamiento es un factor individual que depende de las condiciones del entorno y de las propias capacidades de la persona (Moreno, 2015).

El periodo de la pubertad en la adolescente empieza a desarrollarse unos dos años antes que, en el adolescente, es importante señalar que el final de la adolescencia está determinado sobre todo por factores sociales, se considera que una adolescente deja de serlo cuando es reconocida y admitido como adulto en su comunidad (Moreno, 2015).

Entre los cambios que la adolescente presenta está el aumento de peso y altura, la piel se vuelve más gruesa, aumenta el sudor, posible acné, los brazos se engordan, aparece el vello en las axilas, se destacan los pezones, crece el vello púbico, las caderas se ensanchan, inicia la menstruación y la capacidad reproductora (Moreno, 2015).

Según el último censo que se realizó en nuestro país 2010, el 20,5% de la población ecuatoriana es adolescente (2'958.879), donde el 10.6% representa a los adolescentes tempranos y el 9.8% adolescentes tardíos. El 49% son mujeres y el 51%

hombres, el 60.6% de esta población vive en zona urbana y el 39.4% en zona rural (MSP, 2017).

2.1.1.3 Embarazo en adolescentes

El embarazo a temprana edad perjudica la salud de las adolescentes debido a que aumenta los riesgos de complicaciones de la gestación y posteriormente al parto que pueden producir incluso la muerte. Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), los riesgos de muerte por eclampsia, hemorragia, obstrucción en el parto o infecciones entre las adolescentes son hasta tres veces en mayor proporción que en las mujeres con edades entre dieciocho y treinta y cuatro años. El embarazo a temprana edad es una de las principales causas de abandono escolar entre adolescentes. (UNICEF 2009).

El embarazo en la adolescencia se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de edad fértil y el final de la etapa adolescente. La Organización Mundial de la Salud (MSP) establece la adolescencia entre los 10 y 19 años (UNICEF 2009).

La atención obstétrica a la embarazada adolescente más que un problema particular de la adolescente lo es de toda la familia por lo general abarca serios problemas de índole biológica, psicológico y social en la adolescente embarazada, en tal modo los cuidados prenatales están determinados por factores como el estado biológico de la adolescente en el momento que comienza el embarazo, haciendo énfasis en el estado nutricional, mayor riesgo de anemia, diabetes, parto distócico, hemorragias, recién nacido con bajo peso y enfermedades genéticas (Valera, 2009).

Durante el embarazo de la adolescente va a experimentar diferentes cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos que lo convertirán en mujer por eso es muy importante y necesario que la adolescente mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones porque de ello depende que este periodo vital se convierta en una experiencia irrepetible e inmensa cuyo fruto es la creación de una nueva vida (Valera, 2009).

Más del 17% de las jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años son madres, Ecuador ocupa la segunda mayor tasa de embarazos adolescente de América Latina tras Venezuela según datos emitidos por el Gobierno. En el 2010 el 20% de los partos en el país fue de adolescentes quienes dieron a luz a más de 60.600 niños. A nivel general 37 de cada 100 embarazadas en Ecuador son no deseados. En el 2013 hubo 14.238 partos de mujeres menores a los 17 años mientras que en el 2017 la cifra subió a 15.386 partos según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (Soliz, 2012).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en el 2014 en el Ecuador 49,3 de cada 100 hijos nacidos vivos fueron de adolescentes hasta de 9 años, el 3% menores de 15 años, 23% entre 15 y 17 años y 23,3% de 18 y 19 años. En el 2015 se estimó que 6.487 adolescente de entre 15 y 19 años abandonaron sus estudios donde más de la mitad de ellas cursaban la educación básica al momento del embarazo (Velasco, 2016).

Según datos estadísticos oficiales en el 2016 en el Ecuador se registraron más de 53.000 embarazos de adolescentes. Donde 2100 de estos embarazos las adolescentes tenían menos de 14 años (Salazar, 2016).

Las provincias con mayor número de casos de embarazos en adolescente a nivel nacional son Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y Esmeraldas (Salazar, 2016).

Causas más comunes del embarazo en adolescentes

Las causas de que se produzcan embarazos a estas edades no responden a un criterio común, sino que depende mucho de la cultura, la educación, el entorno o los avances médicos de cada país. En algunos territorios se permite y se fomenta el matrimonio en edades muy tempranas casi siempre cuando la niña se encuentra en su etapa adolescente, además en muchas culturas la fertilidad de las niñas es uno de los valores más importantes (UNICEF, 2014).

- La práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.
- El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.

- La presión de los compañeros que alinean a los adolescentes a tener relaciones sexuales.
- El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas producen una relación en la inhibición que puede estimular la actividad sexual no deseada.
- Carecer de información y conocimiento suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición, así como la falta de una buena educación sexual.

El embarazo y la maternidad adolescente se encuentran mediados por un conjunto de representaciones culturales en torno a la maternidad, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja. En algunos sectores sociales la maternidad se constituye simbólicamente en el paso hacia la adultez y mejoramiento de estatus dentro de la comunidad. Constituirse en madre es una manera de inspirar respeto y ser una mujer completa en la visión de su entorno (UNICEF, 2014).

Por otro lado, la educación sexual integral como parte de la educación dentro y fuera de la escuela, es reconocida como una importante estrategia que permite a las y los adolescentes jóvenes comprender y tomar decisiones autónomas y responsables sobre sus emociones, su sexualidad, su salud sexual y reproductiva (UNICEF, 2014).

Las adolescentes con baja escolaridad tienen cinco o más posibilidades de ser madres que las de mayor educación formal, sin embargo también es preciso tomar en cuenta que el abandono escolar puede ser consecuencia de la maternidad adolescente. Al respecto en la evolución de las desigualdades destaca el incremento de la maternidad adolescente entre los niveles educativos bajos, de 0 a 6 años de escolaridad y medios de 7 a 12 años, frente al predominio del descenso entre los niveles altos de 13 años de escolaridad o más (UNICEF, 2014).

Síntomas embarazo

La adolescente puede presentar los mismos síntomas que presentó su madre, pero es importante destacar que cada embarazo es un mundo diferente y en muchas

ocasiones ni la misma madre desarrolla los mismo síntomas en los siguientes embarazos, entre los posibles síntomas que se pueden desarrollar que encuentran:

- Interrupción de la menstruación.- La ausencia de la menstruación se presenta después de dos semanas de la fecundación (Valera, 2009).
- Pechos sensibles.- La adolescente puede sentir que sus pechos están blandos, hinchados o sentir dolor, pero debido a la aparición del calostro también se vuelven sensibles.
- Fatiga.- Es un cambio causado por el aumento de hormonas, por eso es recomendable que la embarazada tome siestas frecuentes de 15 a 30 minutos siempre que lo considere necesario.
- Orinar frecuente.- Este síntoma se debe al crecimiento del útero que oprime la vejiga y esto genera las ganas de orinar.
- Náusea y vómitos.- Por lo general el inicio de este síntoma se da en la primera semana del embarazo y por las mañanas.
- Mareos o desmayos.- Cuando el útero se encuentra inflamado comprime las arterias en las piernas, reduciendo la presión arterial y por esto se producen los mareos, también se presentan por el déficit de azúcar baja en la sangre.
- Sensibilidad a los aromas.- La embarazada desarrolla una mayor percepción olfativa donde distingue aromas haciendo diferencia uno de otros.
- Alergias.- La reacción más frecuente es la irritación de la piel y de las membranas mucosas, independientemente del tipo de alergia que presente, estas son tratadas con antihistamínicos que actúan evitando la formación de sustancias responsables de la reacción.
- Anemia.- La anemia en la adolescente embarazada se presenta por la pérdida de sangre durante la última menstruación, esto se debe a la falta de consumo de hierro, donde su nivel de hemoglobina baja a 10 en promedio.
- Calambres musculares en el embarazo.- Esto se presenta a partir del tercer mes de gestación debido a los cambios circulatorios que presenta la embarazada, pero también obedece a la carencia de calcio y magnesio (Valera, 2009).

Recién nacido y sus complicaciones

Bajo peso al nacer. - La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a todo recién nacido con bajo peso para su nacimiento a todo aquel que nazca con un valor inferior a 2.500 gramos, también hace referencia que el bajo peso al nacer es considerado como un problema de salud pública a nivel mundial, además nos indica que los mayores índices de casos de bajo peso al nacer se dan en países de ingresos bajos y medios, pero el mayor riesgo se encuentra en los grupos más vulnerables (OMS, 2017).

Dificultad respiratoria. - Conocido también como enfermedad de la membrana hialina, es un problema común en los bebés prematuros, este trastorno es causado principalmente por la deficiencia de surfactante pulmonar en un pulmón inmaduro. La mayoría de los casos se observa en recién nacidos antes de 37 a 39 semanas (Medlineplus, 2017).

Sepsis neonatal.- El Ministerio de Salud Pública (MSP) define a la sepsis neonatal como una situación clínica causada por la invasión y la proliferación de bacterias, virus y hongos en el torrente sanguíneo del recién nacido, esta enfermedad se manifiesta dentro de las primeras 28 días de vida y es demostrada por hemocultivo positivo, el MSP también nos indica que en el Ecuador según el INEC 2010 la sepsis en el periodo neonatal ocupó la sexta causa de morbilidad infantil y la quinta causa de mortalidad (MSP, 2015).

Riesgos de embarazos en adolescentes

A nivel mundial el embarazo en adolescentes cada vez se presenta con índices más elevados acompañado de diversos riesgos que ocurren durante la etapa de gestación como aborto, parto prematuro, amenaza de parto pretérmino, trabajo de parto pretérmino, ruptura prematura de membrana, hipertensión gestacional, preeclampsia y eclampsia (Blazquez, 2007).

Aborto

Considerado como la expulsión o extracción de un feto o embrión menos de 500 gramos o menos de 22 semanas de gestación, independientemente de la existencia o no de vida y de que el aborto sea espontáneo o provocado (Serra, Mallafré, 2014).

Parto prematuro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como parto prematuro a todo parto que ocurre antes de las 37 semanas de gestación. También nos indica que a nivel mundial es la primera causa de morbilidad y mortalidad en los niños menores de cinco años (OMS, 2015).

Amenaza de parto pretérmino (APP)

Se define como la presencia de contracciones uterinas con una continuidad de 1 contracción cada 10 minutos y una duración de 25 a 30 segundos que se mantienen durante un período de 60 minutos con borramiento del cuello uterino del 50% o menos, y una dilatación igual o menor a 3 cm, por lo general las amenazas de partos pretérminos ocurren después de las 20 y antes de 37 semanas de gestación independientemente del peso al nacer (Argente, Álvarez, 2005).

Trabajo de parto pretérmino (TPP)

Se define como la presencia de dinámica uterina igual o mayor a las contracciones que existen en la amenaza de parto pretérmino, pero con modificaciones cervicales como borramiento mayor al 50% y dilatación de 2 cm o más de 13 cm (Argente, Álvarez, 2005).

Ruptura prematura de membranas (RPM)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) define a la ruptura prematura de membrana como la rotura del saco amniótico antes de que comience el trabajo de parto. El MSP manifiesta que es una de las complicaciones más frecuentes y uno de

los problemas médicos obstétricos asociados a la morbilidad y mortalidad materna neonatal (Argente, Álvarez, 2005).

Hipertensión gestacional

La hipertensión gestacional suele ser leve y de comienzo tardío se inicia cerca del término, durante el parto o durante las primeras 24 horas posteriores, la hipertensión gestacional leve se define como la presión arterial sistólica igual o mayor de 140 mmHg o la presión arterial diastólica igual o mayor de 90 mmHg, medidas en dos ocasiones separadas por al menos 6 horas durante un periodo no superior a 7 días después de las 20 semanas de edad gestacional (Reece, Hoobins, 2007).

Preeclampsia

Es una alteración que se presenta a partir de la semana 20 de embarazo y está relacionada con alteraciones en la placentación al comienzo del embarazo seguida de inflamación generalizada y daño endotelial progresivo. El único tratamiento definitivo para la preeclampsia es la interrupción voluntaria del embarazo, el parto del feto y la expulsión de la placenta (Reece, Hoobins, 2007).

Eclampsia

Se define como el comienzo de convulsiones o coma en una mujer embarazada que se presenta después de la preeclampsia, la causa de esta patología se desconoce pero existen ciertos factores asociados como problemas vasculares, factores cerebrales y del sistema nervioso, dieta y genes (Reece, Hoobins, 2007).

2.1.1.4 Salud sexual

La salud sexual es un estado de completo bienestar mental, físico y social vinculado con la sexualidad. Pero algunos problemas psicológicos o trastornos pueden afectar la vida de las mujeres y hombres al momento de tener relaciones sexuales o gozar de la misma. Para el ser humano, la sexualidad es una parte de suma importancia. El cariño, el amor, el respeto y la intimidad sexual figura un papel importante en cuanto a relaciones sexuales. Algunos factores que pueden afectar la

salud sexual pueden ser: temor a un embarazo no deseado, medicamentos que perjudiquen el apetito sexual o el rendimiento, o enfermedades de transmisión sexual (MEDLINEPLUS 2018).

La salud sexual es la forma de vivir y expresar la sexualidad de una manera satisfactoria y placentera para uno mismo y para los demás. Las personas que expresan su sexualidad de una forma positiva son aquellas que se sienten a gusto con su cuerpo y con su orientación sexual, es decir saben expresar afecto, disfrutan de la intimidad y obtienen el placer sin recurrir a la manipulación ni a la explotación de otras personas. Las personas sanas sexualmente cuidan de su salud sexual y general, utilizando métodos anticonceptivos para evitar enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (Rives, 2016).

La sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Además, la sexualidad está relacionada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Rives, 2016).

Los Derechos Sexuales y Reproductivos buscan garantizar que las personas puedan tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva con libertad, confianza y seguridad de acuerdo a su vivencia interna y externa. Los Derechos Sexuales se refieren a la libertad de las personas para ejercer su sexualidad de manera saludable, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación y los Derechos Reproductivos se refieren a la libertad de las personas para decidir si tener o no hijos, la cantidad y el espaciamiento entre ellos (OMS, 2018).

La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce los siguientes derechos sexuales:

- El derecho a la libertad sexual, donde abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos.

- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual, incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social.
- El derecho a la privacidad sexual, este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, sin interferir en los derechos sexuales de otros.
- El derecho a la equidad sexual, se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación.
- El derecho al placer sexual, en este derecho se incluye el autoerotismo.
- El derecho a la expresión sexual emocional, todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
- El derecho a la libre asociación sexual, este derecho hace referencia a decidir si contraer o no matrimonio, también se incluye la decisión de divorciarse.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables, esto nos indica el derecho a decidir si tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno.
- El derecho a información basada en el conocimiento científico, quiere decir que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética.
- El derecho a la educación sexual integral, este derecho tiene su inicio desde el momento del nacimiento y dura toda la vida.
- El derecho a la atención de la salud sexual, en este derecho se incluye la prevención y tratamiento de los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales (Zapata, Gutiérrez, 2016).

2.1.1.5 Iniciación sexual temprana

Estudios realizados por la UNICEF indicaron que el inicio sexual a temprana edad era más común entre adolescentes y jóvenes de zonas rurales y de hogares pobres o con bajo clima educativo (UNICEF. 2015).

La iniciación sexual a temprana edad representa un factor de riesgo para la salud de los adolescentes y también de las personas que se encuentran a su alrededor, los adolescentes ante la falta de educación preventiva, están dispuestos a contraer enfermedades de transmisión sexual como el Virus de Inmunodeficiencia Humana, pero en la mayoría de los casos se producen los embarazos en adolescentes (Zapata, Gutiérrez, 2016).

2.1.1.6 Factores de riesgo de embarazo en adolescentes

- Factores de riesgo culturales. Bajo nivel educacional, abandono del estudio, machismo.
- Factores de riesgo socioeconómicos. Presión del grupo social, migración.
- Factores de riesgo familiar. Poca comunicación entre la familia y la adolescente, hija de una madre con algún embarazo en la adolescencia, padre ausente, madre ausente.
- Factores de riesgo individual. Dificultad para planear proyectos futuros, necesidad afectiva, baja autoestima, personalidad inestable, menarquia precoz (García y González 2018).

Otros factores de riesgo

Familiares. La adolescente que vive con sus padres y mantiene una buena relación con ellos, tiene una menor probabilidad de iniciar su vida sexual a temprana edad y de llegar al embarazo. Pero cuando la adolescente vive dentro de una familia con problemas y donde no hay un adecuado diálogo entre padres-hijos, esta situación conlleva a que la adolescente busque afecto y comunicación entre sus amigos.

Nivel educativo es bajo. La adolescente que estudia pero presenta problemas en su rendimiento académico o está a punto de perder el año lectivo, puede encontrar en el embarazo una salida a sus problemas debido a la desesperación o el miedo a sus padres.

Pandillerismo. En la mayoría de los casos las adolescentes que pertenecen o están alrededor de ciertos grupos de pandilla tienen una mayor probabilidad de iniciar su vida sexual a temprana edad y como resultado de esto quedar embarazada.

Menarca temprana. Es la primera menstruación que tiene la mujer, esto se debe a la activación de los ovarios y la producción de hormonas que estos liberan, toda adolescente que presenta una menarca a temprana edad y tiene relaciones sexuales sin protección puede quedar embarazada (García y González 2018).

Factores socioculturales. Las adolescentes con mayor riesgo de presentar un embarazo a temprana edad son aquellas con un nivel socioeconómico bajo.

Información preventiva. En la actualidad las adolescentes no toman mucha importancia a todos los conocimientos que se les imparte en las escuelas, colegios e incluso en los propios hogares sobre las medidas preventivas que existen para prevenir enfermedades de transmisión sexual y también los embarazos.

Factores culturales. Cada país maneja sus culturas de forma diferente, en ciertos países los propios padres son los que buscan pareja sentimental para sus hijas a muy temprana edad, aquí también afecta lo que es el machismo donde la mujer solo se puede dedicar a los quehaceres domésticos negándole la oportunidad de estudiar o conseguir empleo (MSP, 2017).

Abuso sexual (Violación). Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) un abuso sexual ocurre cuando un niño es utilizado para la estimulación sexual de su agresor, en donde interviene un adulto, conocido, desconocido o un pariente, donde implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado. La UNICEF nos indica que la interacción abusiva también puede ocurrir con o sin contacto sexual, donde se incluye los manoseos, frotaciones, contactos y besos sexuales, el coito y la penetración sexual o su intento (UNICEF, 2018).

2.1.1.7 Medidas preventivas

Métodos Anticonceptivos

Son aquellos que benefician a las mujeres, los varones, a los adolescente, a la familia y al ejercicio de la sexualidad en general. Los metodos anticonceptivos tienen basicamente dos funciones primordiales la primera es evitar el embarazo no deseado y la segunda evitar el contagio de infecciones de transmision sexual (OPS, 2018).

Tipos de métodos anticonceptivos

La anticoncepcion es uno de los aspectos de la salud sexual y reproductiva que se constituye en un derecho humano basico, al momento de elegir un metodo anticonceptivo hay que tener en cuenta las siguientes características.

- Inocuidad.- Es el riesgo que conlleva para la salud, el que debe ser ampliamente superado por los beneficios.
- Eficacia.- Es la seguridad efectiva de cada metodo que se calcula registrando la cantidad de embarazos por cada 100 mujeres durante un año.
- Reversibilidad.- Es la capacidad de volver al estado previo al control anticonceptivo.
- Aceptabilidad y tolerancia.- La aceptacion clinica implica descartar patologias previas a su implementacion mediante el diagnostico medico (Clamatori, Discacciati, Mulli, Carrete, Rubinstein, 2016).

Métodos Anticonceptivos Temporales

Son los que permiten a quien los utiliza recobrar su fertilidad una vez interrumpido su uso. Los anticonceptivos temporales pueden clasificarse en clasificarse en:

- Métodos anticonceptivos naturales
- Métodos anticonceptivos mecanicos
- Métodos anticonceptivos quimicos
- Métodos anticonceptivos de barrera

- Métodos anticonceptivos hormonales (Clamatori, Discacciati, Mulli, Carrete, Rubinstein, 2016).

Métodos anticonceptivos naturales

Los métodos anticonceptivos naturales son técnicas que se basan en la fisiología o función hormonal de la mujer, mediante tres etapas del ciclo de fertilidad, la primera etapa es de infertilidad relativa y se inicia desde la menstruación hasta el principio del desarrollo del folículo. La segunda etapa es de fertilidad y se extiende desde el comienzo del desarrollo folicular hasta cuarenta y ocho horas después de que se ha producido la ovulación. La tercera etapa es de infertilidad absoluta y se extiende desde las cuarenta y ocho horas posteriores a la ovulación hasta la aparición de la menstruación que marca el final del ciclo (Urbandt, Bostiancic, 2007).

Método Del Ritmo, Calendario U Ogino-Knaus.- Se basa en los ciclos menstruales pasados de la mujer para predecir su fertilidad futura. Se deben registrar la duración de doce ciclos menstruales contando el primer día de sangrado como el primer día de un nuevo ciclo, luego debe contar el número de días del ciclo más corto a este número restarle dieciocho días y usar el resultado para calcular el primer día de fertilidad (Urbandt, Bostiancic, 2007).

Método de la temperatura basal del cuerpo.- Consiste en recoger en tablas la temperatura corporal a lo largo del ciclo menstrual con el fin de advertir el pico de temperatura producido por la ovulación (Urbandt, Bostiancic, 2007).

Método de la palpación cervical.- Consiste en la autopalpación del cervix introduciendo dos dedos en el interior de la vagina hasta alcanzarlo a fin de detectar los cambios sufridos por el mismo a lo largo del ciclo (Urbandt, Bostiancic, 2007).

Método de la amenorrea y lactancia.- Se basa en la infecundidad natural de las mujeres que amamantan, causada por la supresión hormonal de la ovulación (Urbandt, Bostiancic, 2007).

Método sintotermico.- Busca identificar los días fértiles e infértiles del ciclo menstrual a partir de la observación e interpretación simultánea del moco cervical, de la temperatura corporal basal y de los signos o síntomas que experimenta la mujer en su ciclo menstrual (Urbandt, Bostiancic, 2007).

Método mucotermico.- Identifica los días fértiles e infértiles del ciclo menstrual a partir de la observación e interpretación conjunta del moco cervical y de la temperatura corporal basal (Urbandt, Bostiancic, 2007).

Métodos anticonceptivos mecánicos

T de Cobre o Dispositivo Intrauterino (DIU).- Tiene forma de T, por lo general se inserta durante la menstruación para garantizar que la mujer no está embarazada aunque también se puede colocar en cualquier momento del ciclo, se insertan mediante un aplicador fino y flexible en la cavidad endometrial, en un extremo van las guías de monofilamento que quedan en el canal cervical haciendo eminencia en la vagina que sirven para retirarlo y evidenciar su presencia. El DIU tiene dos mecanismos de acción principal, la primera es que produce un espesamiento del moco cervical, disminuyendo la penetración y sobrevivencia de los espermios. La segunda función inhibe la implantación ya que genera un endometrio decidualizado con atrofia glandular (Cuello, Miranda, Ralph, 2017).

Métodos anticonceptivos de barrera

Los métodos anticonceptivos de barrera son aquellos que se aplican directamente sobre los órganos genitales masculinos o femeninos para evitar la fecundación.

Preservativo masculino.- El preservativo masculino es una funda cilíndrica generalmente hecha de látex, normalmente lubricada y que se coloca a lo largo del pene erecto ajustándose a él antes de la penetración y se mantiene durante todo el acto sexual. Se debe tener en cuenta ciertas pautas para el uso correcto de este preservativo como, comprobar la fecha de caducidad, comprarlos en lugares seguros, cuidado en la apertura para no romperlo, presionar la punta para que no quede aire y

retirar el pene tras la eyaculación antes de perder la erección sujetando por la base para evitar que se vierta el semen o que se quede retenido (Bajo, Coroleu, 2009).

Preservativo femenino. El preservativo femenino es una funda delgada de plástico de poliuretano con una dimensión aproximadamente de 15 cm de largo y 7 cm de ancho que se adapta a las paredes de la vagina para impedir el contacto del semen. Este preservativo es el único junto al preservativo masculino que evita el embarazo y el contagio de ciertas enfermedades de transmisión sexual (Bajo, Coroleu, 2009).

Métodos anticonceptivos hormonales

Los anticonceptivos hormonales están preparados de fármacos que contienen hormonas femeninas y pueden ser orales o inyectables.

Anticonceptivos hormonales inyectables.- Son anticonceptivos que espesan el moco cervical para bloquear el esperma, su mecanismo de acción es que inhiben la ovulación. Estas inyecciones son intramusculares y se colocan de forma bimensuales o trimestrales, puede producir efectos secundarios como amenorreas, sangrados intermenstruales y menstruaciones prolongadas (Bajo, Coroleu, 2009).

Anticonceptivo hormonal oral píldora de emergencia.- Esta píldora se administra de a dos cada doce horas, entre las 24 y 72 horas después de haber tenido relación sexual no protegida, pueden detener la liberación del óvulo, también que este se reúna con el espermatozoide o impedir la fijación en la matriz. Frecuentemente produce náuseas, vómitos, mareos, calambres o sensibilidad en las mamas (Bajo, Coroleu, 2009).

Parches epidérmicos.- Son parches que se colocan en la piel del torso, glúteos o la parte inferior del abdomen, liberando pequeñas dosis de estrógenos y progesterona (Bajo, Coroleu, 2009).

Métodos Anticonceptivos Permanentes

Son aquellos métodos donde la persona queda impedida para volver a concebir de manera natural.

Ligadura de Trompas.- Consiste en ligar las trompas de Falopio para evitar que los óvulos accedan al útero y entren en contacto con los espermatozoides. Se puede realizar inmediatamente después de un parto natural o durante la cesarea, también después del parto mediante una cirugía mínimamente invasiva (Bajo, Coroleu, 2009).

Vasectomía.- Consiste en la interrupción de los conductos deferentes, por estos conductos se trasladan los espermatozoides desde los testículos a las vesículas seminales que fabrican el líquido seminal, la vasectomía es un método quirúrgico para aquellas parejas o aquellos hombres que han tomado la decisión de no tener más hijos (Bajo, Coroleu, 2009).

Las acciones de enfermería son las siguientes:

- Brindar apoyo emocional.
- Explicar importancia del reposo durante el embarazo.
- Mantener la privacidad de la gestante.
- Orientar a la adolescente sobre los riesgos y complicaciones.
- Orientar sobre la importancia del seguimiento adecuado en consultas diferenciadas sobre la salud de la gestante.
- Orientar sobre la importancia de realización de pruebas diagnósticas durante el embarazo.
- Explicar a la familia la necesidad de comprensión y afecto.
- Brindar atención integral con el apoyo familiar a la adolescente.
- Observar si asume el hecho de estar embarazada.
- Preguntar a la paciente si le han informado sobre la sexualidad y anticoncepción.
- Valorar si existe presencia de riesgo en su embarazo (Prado, Gonzales, Paz, Romero, 2014).

Intervención de Enfermería en la población en estudio

El cuidado del embarazo en adolescente está relacionado con el componente preventivo promocional donde la enfermera asume el rol de cuidador.

Es necesario como profesionales de enfermería educar para contribuir en la disminución de los altos índices de embarazo en esta población, mediante la realización de charlas educativas de prevención, así como también brindar información sobre temas de educación sexual y reproductiva, haciendo énfasis en el uso adecuado de métodos anticonceptivos.

Las adolescentes que se encuentran en período de gestación es importante que recobran conocimientos sobre la importancia del seguimiento de los controles prenatales para poder detectar cualquier tipo de anomalías tanto para la madre como para el producto.

El apoyo psicológico tiene un papel fundamental tanto en la adolescente, en el padre del recién nacido y la familia de ambos, durante el período de gestación y después del parto, con el fin de evitar riesgos o complicaciones en la adolescente, motivo por el cual el personal de enfermería debe ir de la mano junto con el profesional de psicología.

Es importante que el Gobierno promueva o impulse políticas públicas de salud que incluyan el tema de la educación sexual y reproductiva (Prado, Gonzales, Paz, Romero, 2014).

Otras intervenciones de enfermería

A través de la consejería en anticoncepción, sensibilizar, informar y motivar a las adolescentes sobre la importancia de los métodos de anticoncepción y el ejercicio de la sexualidad de manera libre, segura y responsable, con el fin de evitar embarazos no deseados y también algunas enfermedades de transmisión sexual.

Involucrar a la pareja y a la familia de la madre adolescente, con el objetivo de apoyar los sentimientos de las gestantes y promover conductas y actitudes positivas hacia el hijo por nacer y hacia si mismas.

Estimular, promover y facilitar la participación de la pareja durante toda la gestación, parto y post parto.

Promover en lo posible que la nueva madre no abandone sus estudios dando a conocer la importancia para ella, su pareja y su hijo el logro una mejor calidad de vida.

Estimular a la gestante a que no interrumpa su vida cotidiana, siempre y cuando no interfiera con el bienestar del embarazo.

Brindar educación para reforzar pautas de crianza evitando complicaciones en el recién nacido.

Brindar información sobre los signos y síntomas de alarma durante la gestación tanto a la adolescente, a la pareja y al cuidador para prevenir posibles complicaciones derivadas del embarazo.

Fortalecer la educación sobre lactancia materna (Prado, Gonzales, Paz, Romero, 2014).

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

Tabla Nº 1: PAE: Conocimientos deficientes.

Dominio: 5. Percepción/Cognición Clase: 4. Cognición	
Diagnostico NANDA:	Conocimientos deficientes (00126)
Diagnostico NOC:	Conocimiento: Gestación (1810)
Diagnostico NIC:	Asesoramiento antes de la concepción
Actividades:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer una relación terapéutica de confianza. ➤ Proporcionar información relacionada sobre los factores de riesgos. ➤ Apoyar la toma de decisiones acerca del embarazo.

Recuperado de libros (NANDA, NIC Y NOC 2014).

Tabla Nº 2: PAE: Riesgo de infección.

Dominio: 11. Seguridad/Protección Clase: 1. Infección	
Diagnostico NANDA:	Riesgo de Infección (00004)
Resultados NOC:	Control del riesgo: Proceso Infeccioso (1924)
Intervenciones NIC:	Educación para la salud
Actividades:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar los grupos de riesgos y rangos de edad que se beneficien. ➤ Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos. ➤ Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa. ➤ Desarrollar materiales educativos escritos en un nivel de lectura adecuado a la audiencia diana. ➤ Mantener una presentación, centrada corta y que comience y termine con el tema principal.

Recuperado de libros (NANDA, NIC Y NOC 2014).

Tabla Nº 3: PAE: Temor.

Dominio: 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés Clase: 2. Afrontamiento	
Diagnostico NANDA:	Temor (00148)
Resultados NOC:	Autocontrol del miedo (1404)
Intervenciones NIC:	Disminución de la ansiedad Apoyo emocional
Actividades:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proporcionar información objetiva sobre el embarazo. ➤ Escuchar con atención. ➤ Crear un ambiente que facilite la confianza. ➤ Instruir a la paciente sobre técnicas de relajación. ➤ Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

Recuperado de libros (NANDA, NIC Y NOC 2014).

2.1.2 Antecedentes investigativos

En un informe publicado en México por Panduro, Jiménez, Pérez, Panduro, Peraza y Quezada en el año 2012, con el nombre “Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales” nos indica que el embarazo durante la adolescencia altera la dinámica familiar porque, generalmente no es planeado y tiene repercusiones importantes en la vida personal de la adolescente y en su entorno social, el objetivo de este estudio es Determinar las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones materno-perinatales del embarazo en adolescente, el material y método que se aplicó es el estudio de casos y controles efectuado en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, el grupo control lo conforman 550 puérperas de 20 a 30 años. Los datos se obtuvieron por encuesta directa y se analizaron con pruebas estadísticas, los resultados que se obtuvieron en las adolescentes hubo menos casadas, falta de apoyo de su pareja, menor utilización de anticonceptivos, más adicciones y amenaza de parto pretérmino, como conclusión el embarazo en la

adolescencia además de tener repercusiones materno perinatales es un problema sociocultural y económico.

Un estudio realizado en Colombia por Quintero Rondón, A. P. & Rojas Betancur, H. M. en el año 2015, con el tema “El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes” considera que el embarazo en púberes es un problema de salud pública de alto impacto negativo, la investigación realizada es de corte cualitativo, ya que su interés está en captar la realidad social a través de los ojos de la gente que está siendo estudiada, por lo cual se usó como Instrumento para la recolección de datos la entrevista semiestructurada realizada a 12 adolescentes gestantes o con hijos menores de un año de edad, usando el método de análisis de los discursos de los relatos de sus protagonistas, el muestreo es intencional bajo los criterios de edad del embarazo.

Se realizó una investigación en Manta-Ecuador por las autoras Bello, Domínguez & Mera. en el año 2016, denominado “El embarazo en las adolescentes estudiante del cantón Manta” donde señala que se requiere que las instituciones educativas establezcan estrategias de apoyo para brindar una educación y concienciación para lograr una sexualidad responsable, a través de programas educativos, que conozcan los riesgos que conllevan este grave problema, tanto en su salud física y psicológica, además facilitar el acceso a los servicios de salud que brindan estos centros de salud pública. Su objetivo general describir las causas y efectos del embarazo en las adolescentes estudiantes de los colegios de Manta. La población de estudio correspondió a las adolescentes estudiantes de los colegios de Manta. Como técnica e instrumento de investigación se empleó la entrevista semiestructurada.

Según Bulgach, Valeria, Zunana, Cecilia, Califano, Paula, Susana Rodríguez, M, y Mato, Roberto en el año 2018, en su trabajo investigativo de título “Madres adolescentes internadas junto con sus hijos en un hospital de alta complejidad: diferencias entre la adolescencia temprana-media y tardía” en Argentina indican que las adolescentes menores de 17 años son las que tienen mayor riesgo de tener un parto prematuro y sobre todo niños con bajo peso de nacimiento, su objetivo general

esta basado en Describir las características de las madres adolescentes con hijos internados en un hospital pediátrico de alta complejidad y explorar las diferencias entre la adolescencia temprana-media y tardía. El método es un estudio observacional y transversal en madres de 10 a 19 años y 11 meses. Donde se utilizó una encuesta con variables sociodemográficos de las madres, datos del embarazo, parto y recién nacido, en los resultados. Se incluyeron 227 madres, 100 menores de 17 años y 127 mayores de 17 años. Como conclusiones ambos grupos presentaron alta tasa de prematuridad.

2.2 Hipótesis

2.2.1 Hipótesis general

El alto índice de adolescentes embarazadas en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, se debe a la no aplicación de acciones de enfermería para su prevención en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.

2.3 Variable

2.3.1 Variable Independiente

Acciones de enfermería

2.3.2 Variable Dependiente

Embarazo en adolescentes

2.3.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
Acciones de enfermería	Se define como acciones de enfermería a todas las actividades que realiza el personal de enfermería con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas.	Rango de edad	<ul style="list-style-type: none"> • 12 a 14 años • 15 a 17 años • 18 a 19 años 	Porcentaje
		Orientación sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Porcentaje
		Consejería	<ul style="list-style-type: none"> • Subcentro de Salud • Hospital • Colegio • Hogar • Medios de comunicación • Otros 	Porcentaje
		Edad de primera orientación sexual	<ul style="list-style-type: none"> • 10-13 años • 14-16 años • 17-19 años 	Porcentaje

			<ul style="list-style-type: none"> • Nunca 	
		Método anticonceptivo	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Porcentaje
		Tipos	<ul style="list-style-type: none"> • Preservativos • Pastillas • Inyecciones • Ninguno 	Porcentaje
		Conocimiento sobre presencia de riesgos en el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Porcentaje
		Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Porcentaje
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
Embarazo en adolescentes	Se define como aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de edad fértil y	Inicio de actividad sexual	<ul style="list-style-type: none"> • 10-13 años • 14-16 años • 17-19 años • Nunca 	Porcentaje

	el final de la etapa adolescente.	Causas de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de información • Inicio temprano de vida sexual • Educación sexual deficiente • Difusión familiar • Abuso sexual 	Porcentaje
		Periodo de gestación	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Porcentaje
		Número de hijos	<ul style="list-style-type: none"> • Uno • Dos o más • Ninguno 	Porcentaje
		Nivel de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Octavo-Décimo • I-III Bachillerato • Ninguna 	Porcentaje
		Núcleo familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Padre, madre y hermanos 	Porcentaje

			<ul style="list-style-type: none"> • Solo padre • Solo madre • Abuelos • Pareja • Otros 	
		Nivel de ingreso económico mensual	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo • Medio • Alto 	Porcentaje

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Método de investigación

Se utilizaron los métodos inductivo-deductivo ya que la investigación fue encaminada de lo particular a lo general, partiendo de la observación directa a una comprensión general de la problemática estudiada. Además, se incluyó el método analítico-sintético, ya que se logró procesar toda la información obtenida mediante las encuestas, lo que permitió en base al análisis de la misma plantear soluciones al tema de estudio. También se planteó el método de observación científica no estructurada y directa, porque se realizó un análisis visual directo de manera intencional con el fin de poder descubrir todo lo acontecido dentro de la población en estudio.

3.2 Modalidad de investigación

Este estudio de acuerdo con la medición y alcance de las variables tuvo una modalidad cuali-cuantitativa, se recopiló, analizó e interpretó todos los datos que fueron obtenidos por medio de la encuesta a base de un cuestionario previamente elaborado por las investigadoras y mediante la observación científica no estructurada y directa del lugar y el objeto de estudio.

3.3 Tipo de Investigación

De acuerdo al lugar, este tipo de investigación fue de campo porque se realizó en el mismo lugar donde se observó la problemática a estudiar.

De acuerdo al tiempo que duro la investigación, éste tuvo un enfoque transversal, porque se realizó en una línea de tiempo establecida en seis meses, donde se observó y analizó los componentes que se encontraron vinculados con la problemática descrita, incluyendo el tipo de investigación exploratorio partiendo de la exploración a la recopilación de información para que una vez obtenido los datos se pudo describir la problemática real donde se utilizó el tipo de investigación descriptiva.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información

3.4.1 Técnicas

- Observación científica no estructurada y directa:

Se observó las unidades temáticas de manera intencional lo cual fue de ayuda para recopilar, identificar y procesar toda la información que se obtuvo en el recinto La Teresa, de la parroquia Febres Cordero, en el cantón Babahoyo, perteneciente a la provincia de Los Ríos, en relación a las acciones de enfermería y el embarazo en adolescentes.

-Encuesta:

Permitió la recolección de la información de manera ordenada a través de un instrumento que fue previamente elaborado por las investigadoras, el mismo que estuvo avalado por expertos antes de ser aplicado y el cual abarcó la totalidad de los hechos que fueron objeto de estudio para la realización de esta investigación.

3.4.2 Instrumento

Se aplicó un cuestionario a las adolescentes que participaron como objeto de estudio, el mismo que fue elaborado con anticipación por las investigadoras donde se incluyó preguntas cerradas que permitió obtener la información necesaria para poder describir la problemática.

3.5 Población y Muestra de Investigación

3.5.1 Población

La población identificada para realizar este trabajo investigativo estuvo constituida por 58 adolescentes con edades entre doce y diecinueve años que viven en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.

3.5.2 Muestra

Debido a que la población de estudio no fue amplia se decidió tomar como muestra a la totalidad de la población en estudio para el desarrollo de esta investigación, la cual en este caso fueron 58 adolescentes.

3.6 Cronograma del proyecto

Nº	Meses Sem Actividades	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
		1	Selección del Tema																						
2	Recopilación de la información																								
3	Elaboración del perfil																								
4	Aprobación del tema																								
5	Recopilación de la Información 2ª etapa																								
6	Desarrollo del capítulo I																								
7	Desarrollo del capítulo II																								
8	Desarrollo del capítulo III																								

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos humanos

RECURSOS HUMANOS	NOMBRES
Investigadoras	García Sánchez Angie Margoth García Sánchez Estefanía Gabriela
Asesor del proyecto de investigación	Lic. Karina De Mora Litardo, MSc.

3.7.2 Recursos económicos

RECURSOS ECONÓMICOS	INVERSIÓN
Seminarios de proyecto de investigación	100
Primer material escrito en borrador	40
Copias	20
Fotografías	10
Anillados y empastados	60
Insumos de oficina	20
Alimentación	50
Movilización y transporte	70
Total	370

3.8 Plan de tabulación y análisis

La información que se obtuvo a través de la aplicación de encuestas realizada a las adolescentes, fue digitalizada y analizada mediante la utilización de sistemas informáticos en base a los objetivos planteados para el estudio de caso mediante la aplicación de sumas y promedios de los mismos.

3.8.1 Base de datos

Para la realización de la base de datos del estudio de investigación se utilizó una hoja de cálculos de datos de un programa de Excel 2013, el mismo que permitió agilizar el almacenamiento y el procesamiento de la información.

3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos

Para el estudio de información se trabajó en una computadora portátil marca HP con un procesador Intel con Windows 2010, se procesó datos con el paquete Office Excel, se aplicaron métodos estadísticos-matemáticos que fueron útiles para el estudio, tabulación y procesamiento de datos para obtener los resultados que se presentan en 7 tablas simples y 8 figuras entre barras y pasteles. Mediante los resultados obtenidos se pudo realizar el análisis que sirvió de base para la elaboración de las conclusiones y recomendaciones del proyecto de investigación.

CAPITULO IV

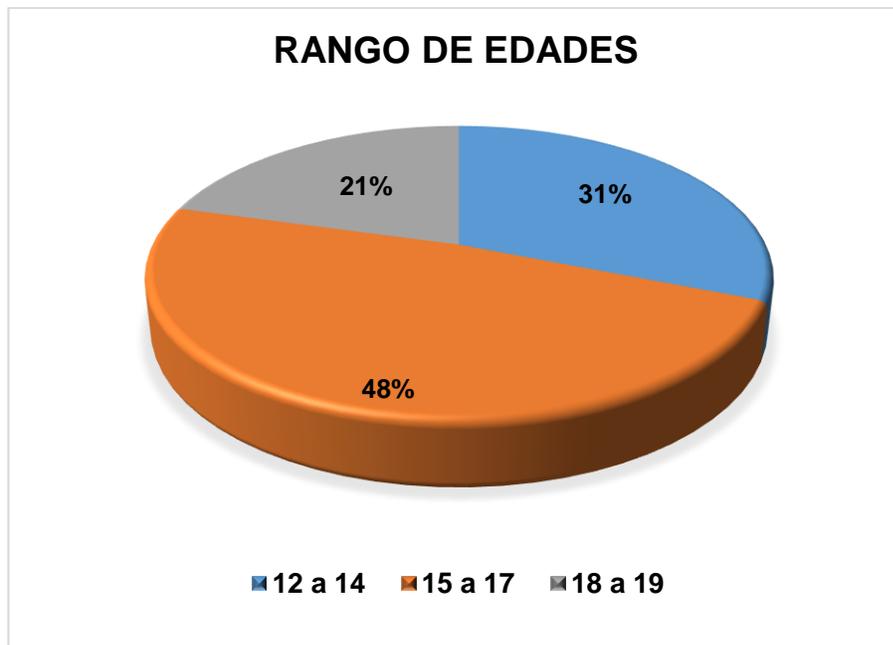
4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Para realizar el presente estudio se trabajó con la totalidad de la población que fueron 58 adolescentes que habitan en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, durante un periodo comprendido de octubre del 2018 hasta abril del 2019, las edades de las adolescentes que fueron partícipes de este proyecto de investigación y que fueron objeto de estudio están comprendidas entre 12 y 19 años.

4.1 Resultados obtenidos de la investigación

La distribución de acuerdo al rango de edades de las adolescentes que participaron como objeto de estudio se detalla a continuación en la siguiente figura:

Figura Nº 1: Rango de edades de las adolescentes.



Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

Del total de la muestra que se obtuvo según el grupo etario, se demostró que el 48% del total de la población corresponde a adolescentes de 15 a 17 años siendo éste

el rango con mayor número de púberes, mientras que el 31% corresponde a adolescentes de 12 a 14 años y el 21% abarcan las adolescentes de 18 y 19 años.

En la siguiente figura podemos comprobar si las adolescentes han recibido o no orientación sobre temas de sexualidad en algún momento de su vida.

Figura Nº 2: Recibió orientación sobre temas de sexualidad.



Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras en el recinto La Teresa

Evidentemente apreciamos que es muy significativo el resultado que arrojó esta interrogante ya que gran parte de la población en estudio (84%) no ha recibido orientación sobre temas de sexualidad.

De acuerdo los resultados obtenidos en la anterior figura, si la respuesta fue afirmativa en la siguiente tabla podremos saber en qué lugar las púberes recibieron orientación sobre temas de sexualidad:

Tabla Nº 4: Lugar donde recibió información la adolescente.

DONDE RECIBIÓ INFORMACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Subcentro de salud</i>	3	33%
<i>Hospital</i>	2	22%
<i>Colegio</i>	3	33%
<i>Hogar</i>	0	0%
<i>Medios de comunicación</i>	1	11%
<i>Otros</i>	0	0%
TOTAL	9	100%

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

En base a los resultados obtenidos en la figura número 2 en donde solo 9 adolescentes respondieron que sí recibieron orientación sobre sexualidad, en la presente tabla se evidencia que solo 3 (33%) han recibido educación por parte del personal de salud, siendo éste el que conlleva el mayor rango y mencionan que en los hogares ninguna ha recibido este tipo de información.

A continuación, en la tabla número 5 se puede observar la edad en la que las adolescentes recibieron su primera orientación sobre temas de sexualidad:

Tabla Nº 5: Edad a la que recibió su primera orientación sobre sexualidad.

EDAD PRIMERA ORIENTACIÓN SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>10-13 años</i>	0	0%
<i>14-16 años</i>	3	5%
<i>17-19 años</i>	6	10%
<i>Nunca</i>	49	85%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras en el recinto La Teresa

De acuerdo a los resultados, se demostró que el 85% de la población en estudio no ha recibido nunca orientación sobre temas de sexualidad.

En la figura número 3, se muestran resultados sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados:

Figura Nº 3: Conoce cuáles son los métodos anticonceptivos para evitar un embarazo.

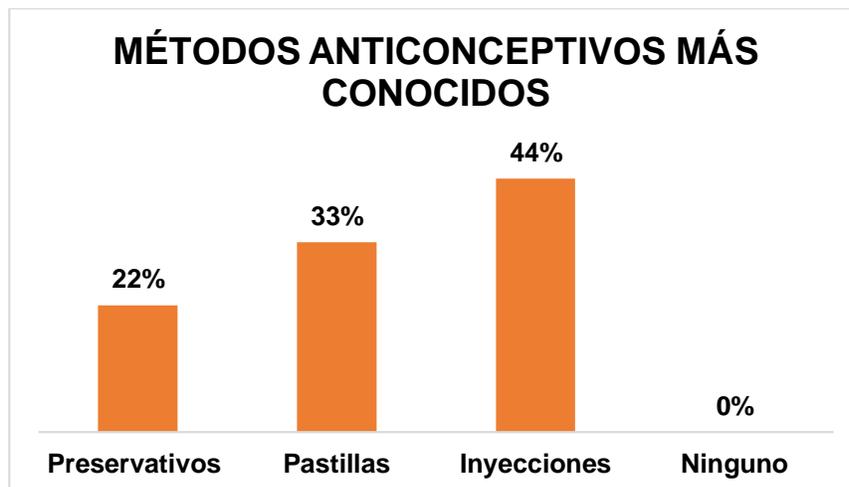


Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

Mediante resultados obtenidos se demostró que la mayor parte de la población en estudio (84%) desconocen cuáles son los métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.

A continuación, en la figura número 4 se detallan cuáles son los métodos anticonceptivos más conocidos por las adolescentes:

Figura Nº 4: Tipos de métodos anticonceptivos que conoce.

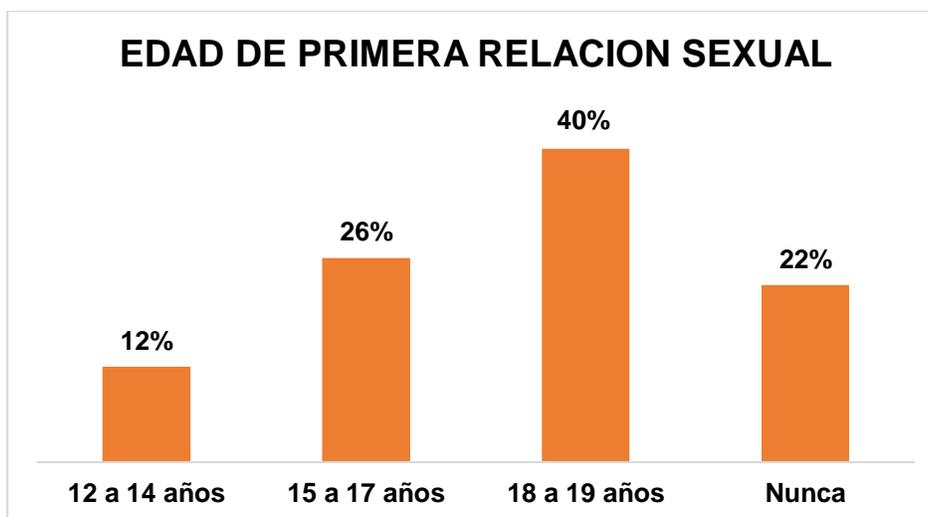


Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

De acuerdo a los resultados obtenidos, se demuestra que el tipo de métodos anticonceptivos más conocido por las adolescentes son las inyecciones (44%), y el menos conocido por las púberes son los preservativos (22%).

A continuación, en la figura número 5 se plantea la interrogante sobre a qué edad tuvo la adolescente su primer contacto sexual:

Figura Nº 5: Edad a la que tuvo su primera relación sexual.



Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

En los resultados obtenidos de las encuestas se puede observar que solo el 22% del total de la población en estudio no han tenido su primer contacto sexual mientras que el 78% ya han tenido contacto sexual.

A continuación, en la tabla número 6 se detallan cuáles son las causas de embarazo más comunes cocidas por las adolescentes:

Tabla Nº 6: Causas más comunes de embarazo según las adolescentes.

CAUSAS DE EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Falta de información</i>	35	60%
<i>Inicio temprano de vida sexual</i>	10	17%
<i>Educación sexual deficiente</i>	10	17%
<i>Difusión familiar</i>	0	0%
<i>Abuso sexual</i>	3	5%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

Mediante los resultados obtenidos en las encuestas, podemos demostrar según criterios de las adolescentes que la causa más común de embarazo es la falta de información con un 60% del total de la población.

A continuación, en la tabla número 7 se plantea la interrogante sobre si la adolescente se encuentra en estado de gestación:

Tabla Nº 7: Se encuentra usted en estado de gestación.

ESTADO DE GESTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	33%
NO	39	67%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

De acuerdo a los datos obtenidos mediante las encuestas, se demuestra que el 33% de las adolescentes se encuentran en estado de gestación.

En la tabla número 8, se indica si las púberes tienen o no conocimiento sobre cuáles son los riesgos que existen durante el embarazo:

Tabla 8: Conoce los riesgos que pueden existir durante el embarazo.

CONOCE RIESGOS EN EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	16%
NO	49	84%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

En la encuesta realizada se obtuvo como resultado que solo un 10% de la población en estudio tiene conocimiento sobre cuáles son los riesgos que se pueden dar durante el embarazo.

En la siguiente figura se puede evidenciar si las púberes han recibido o no apoyo emocional por parte de los profesionales en salud durante su periodo de gestación:

Figura N° 6: Ha recibido apoyo emocional por parte del personal de salud durante su estado de gestación.



Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

De acuerdo a los datos obtenidos y plasmados en la figura número 6 se puede evidenciar que el 84% del total de la población en estudio no han recibido apoyo emocional durante su periodo de gestación.

En la tabla número 9, se da a conocer cuál es la cantidad de hijos por cada adolescente:

Tabla N° 9: En caso de ser madre, ¿cuántos hijos tiene?

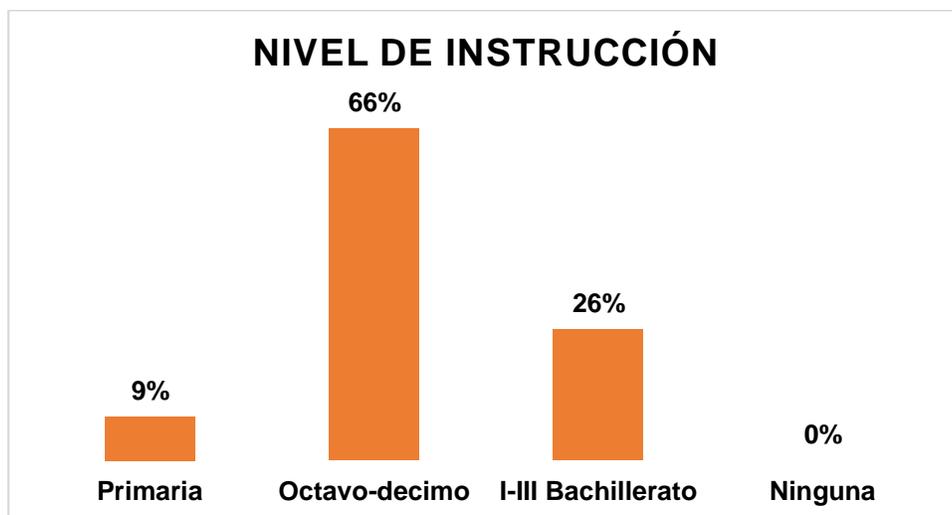
NÚMERO DE HIJOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Uno	16	28%
Dos o más	0	0%
Ninguno	42	72%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

En la encuesta realizada se observó que el 28% de adolescentes que participan como objeto de estudio ya son primerizas.

A continuación, en la figura número 7 se detalla cual es el nivel de instrucción de las adolescentes:

Figura Nº 7: Nivel de instrucción de las adolescentes.



Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

Según resultados podemos observar que el 66% de la población en estudio solo ha terminado el nivel básico comprendido de octavo a decimo curso.

En la tabla número 10 se muestra el núcleo familiar de la población en estudio:

Tabla Nº 10: Con quien vive usted actualmente.

NUCLEO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Padre, madre y hermanos</i>	23	40%
<i>Solo padre</i>	6	10%
<i>Solo madre</i>	13	22%
<i>Abuelos</i>	4	7%
<i>Pareja</i>	12	21%
<i>Otros</i>	0	0%
TOTAL	58	100%

Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

En base a los resultados obtenidos de las encuestas se demostró que el núcleo familiar de la mayoría de las adolescentes es disfuncional debido a que solo el 40% conviven con sus padres y un 21% ya conviven con su pareja.

A continuación, en la figura número 8 se da a conocer cuál es el ingreso económico mensual en el hogar de la población en estudio:

Figura Nº 8: Cual es el nivel de ingreso económico mensual.



Fuente: Encuesta elaborada por las investigadoras en el recinto La Teresa

En los resultados obtenidos de las encuestas se obtuvo que el 90% de las familias de la población en estudio tiene un nivel de ingresos económico mensual bajo.

4.2 Análisis e interpretación de los datos

En base a los resultados obtenidos, con una población de 58 adolescentes mujeres que participaron como objeto de estudio, se descubrió lo siguiente:

De acuerdo al rango de edades se evidenció que las adolescentes de 15 a 17 años de edad ocupan la mayor parte del total de la población con un 48%.

Se logró comprobar que el 84% del total de la población en estudio no ha recibido orientación sobre temas de sexualidad y que solo un 16% si ha recibido consejería del cual solo 3 adolescentes la recibieron por parte del personal sanitario del subcentro de salud más cercano.

En base a los resultados obtenidos de las encuestas se demostró que a partir de los 14 años las púberes recibieron su primera educación sobre temas de sexualidad.

Se evidenció que el 84% de la población en estudio no tienen conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados y del 16% que respondió que sí, manifestaron conocer las inyecciones como método anticonceptivo.

Los datos realizados reflejaron que en el subcentro de salud más cercano al que asisten las adolescentes, no se les imparten o no han recibido consejería sobre temas de salud sexual y reproductiva por parte del personal sanitario de dicha institución.

El 84% de las adolescentes que participaron como objeto de estudio, no han recibido apoyo emocional durante su estado de gestación por parte del personal de salud.

Según resultados obtenidos de las encuestas, el 22% del total de la población aún no ha tenido su primer contacto sexual, mientras que otras ya a los 13 años han tenido relaciones sexuales.

La causa más común de embarazo según el criterio de las adolescentes es la falta de información sobre temas de sexualidad (60%), también se pudo demostrar que en los hogares de las púberes no se habla de estos temas.

Se evidencio que el personal sanitario del subcentro de salud más cercano a la población no realizan visitas domiciliarias ni hacen campañas educativas en el recinto.

4.3 Conclusiones

En la investigación realizada en el recinto La Teresa durante el periodo comprendido desde octubre del 2018 hasta abril del 2019, con una población de 58 adolescentes de entre 12 y 19 años de edad que participaron como objeto de estudio se concluyó lo siguiente:

Del total de la población en estudio, el 33% se encuentra en estado de gestación, mientras que el 28% de las adolescentes son madres.

El rango de edades que mayor índice presentó fue el de 15 a 17 años de edad; la mayoría de las adolescentes no han recibido educación sobre temas de sexualidad y las que indicaron haber recibido información estaban entre los 14 años aproximadamente. Lo cual puede ser una de las principales causas de embarazo precoz.

Por otra parte, es importante recalcar el hecho de que más de la mitad de las adolescentes encuestadas indicaron que no tienen conocimiento sobre cuáles son los métodos anticonceptivos, una de las razones que mencionaron fue que en sus hogares existe un tabú en cuanto a los temas de sexualidad y otras de las razones que les impide tener conocimientos es que no se les ha brindado información necesaria ni han recibido consejería respecto a temas de sexualidad por parte del personal del subcentro de salud más cercano a la población. Siendo la falta de información el principal índice en el embarazo precoz.

La mayoría de la población encuestada refirieron haber iniciado una vida sexual a partir de los 13 años de edad y un pequeño porcentaje aún no da inicio a una vida sexual. Además, la mayoría de las adolescentes que participaron como objeto de estudio, no han recibido apoyo emocional durante su estado de gestación por parte del personal de salud, las mismas que expresaron no tener conocimiento sobre cuáles son los riesgos que se pueden producir durante el embarazo, ni los cuidados que deben tener durante el nacimiento de su primogénito.

La población en estudio se encuentra localizada en una zona rural en donde el nivel económico y el nivel de instrucción es bajo.

La mayoría de las adolescentes que participaron como objeto de estudio se han visto en la necesidad de abandonar su etapa escolar debido a que se han encontrado en estado de gestación y otras se han retirado por motivos económicos ya que la población tiene un nivel económico bajo.

4.4 Recomendaciones

- Trascender los resultados obtenidos en este proyecto de investigación para que sirva como base para futuras investigaciones más profundas para poder disminuir esta problemática de salud que afecta a toda la población de todas las edades.

- Plantear estrategias que beneficien a la disminución de altos índices de embarazos en adolescentes.

- Implementar campañas de concientización sobre el buen uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.

- Gestionar y coordinar estrategias para que el personal de salud brinde información oportuna a la comunidad.

- Facilitar información clara, precisa y concisa de contenido sexual y reproductivo para crear conciencia en la comunidad sobre la importancia de saber cuáles son las medidas preventivas para evitar embarazos no deseados.

- Gestionar con autoridades pertinentes para que el personal sanitario de los subcentros de salud, puedan acercarse a la comunidad y brindar información oportuna mediante campañas educativas.

- Abordaje esencial del personal de salud encargado del recinto, mediante el control de embarazos en adolescentes.

CAPITULO V

5. PROPUESTA TEORICA DE APLICACIÓN

5.1 Título de la Propuesta de Aplicación

Programa educativo sobre prevención de embarazo precoz dirigido a las adolescentes y padres de familia del recinto La Teresa del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos.

5.2 Antecedentes

El embarazo en adolescentes está relacionado de forma directa con los diversos problemas de derechos humanos, debido a que la mayor parte de púberes están presionadas a dejar sus estudios, donde se le está negando el derecho a la educación. Otro derecho que se ve afectado es a la salud, donde en la actualidad las adolescentes en las instituciones de educación no están recibiendo información sobre temas de sexualidad y métodos anticonceptivos (Williamson, 2013).

Las adolescentes menores de 15 años son las que tienen mayor riesgo de quedar en estado de gestación a temprana edad, donde son vulnerables a presentar diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales para las mismas y para su hijo. Estos cambios surgen a raíz de sentimientos de rechazo, abandono, soledad o la enfermedad crónica de un ser querido (Cancino, Valencia, 2015).

Toda adolescente que está embarazada y no cuenta con el apoyo de su pareja se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con la depresión durante la etapa de gestación (Cancino, Valencia, 2015).

Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud en donde indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes, las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 púberes, siendo las más altas las de África y Subsahariana, siendo este uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil (OMS, 2014).

La Organización Mundial de la Salud señala que existen siete directrices para lograr la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción:

- Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años.
- Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años.
- Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años.
- Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazos involuntarios.
- Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes.
- Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes.
- Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes (OMS, 2011).

Se define a la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud, ya que fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud basados en la población. La promoción de la salud es una obligación de todo estado y forma parte de lo que se conoce como salud pública (OMS, 2016).

Según el MSP (2015), el embarazo en la adolescencia es considerado como un problema de carácter público debido a que por cada 100 adolescentes 49 ya son madres. Esto conlleva a que se planteen diversos planes estratégicos para fomentar la educación sobre temas de salud sexual y reproductiva donde se involucre al personal sanitario para poder disminuir los altos índices de embarazos precoces no deseados.

En el Recinto La Teresa es de gran importancia que se lleven a cabo proyectos relacionados en la prevención y promoción de la salud haciendo énfasis en la prevención de embarazos en adolescentes, debido a las elevadas cifras que presenta esta población en estudio, por tal motivo se debe realizar charlas educativas encaminadas a difundir información sobre la sexualidad a temprana edad, el uso

correcto de métodos anticonceptivos y medidas preventivas de embarazo, con el fin de lograr disminuir los elevados índices de embarazos en púberes, el cual afecta de manera directa a todas las personas de su círculo familiar y social.

Por lo tanto, se puede considerar que la presente propuesta de aplicación es factible y de suma importancia que sea ejecutada para poder dar a conocer las diversas medidas de prevención que existen en la actualidad, para evitar y reducir embarazos no deseados a temprana edad.

5.3 Justificación

En Ecuador, por cada 100 niños nacidos vivos 49 son de madres adolescentes de edades entre 12 y 19 años siendo las adolescentes de 18 y 19 años las que alcanza las cifras más altas de embarazos. Según el informe en total, por cada 100 adolescentes de 12 a 19 años de edad, 12 ya son madres (INEC, 2014).

En base a los resultados obtenidos de la investigación realizada en el recinto La Teresa perteneciente al cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, según estudios realizados por las investigadoras durante el periodo de octubre del 2018 hasta abril del 2019 se demostró que de un total de 58 adolescentes entre 12 y 19 años de edad que fueron utilizadas como objeto de estudio, 19 están embarazadas y 16 ya son primigestas y que la causa principal es la falta de educación.

Las autoras consideran que la aplicación de esta estrategia será de impacto para capacitar, concientizar y sensibilizar a las adolescentes, para que tengan una vida sexual responsable y saludable; apoyo a las unidades de salud pública para el fortalecimiento de la atención integral del embarazo en la adolescencia y prevenir posibles embarazos en púberes; implementación de estrategias para capacitaciones con el fin de asegurar la educación en temas de sexualidad para las adolescentes; fomentar la participación de la familia y de la misma manera la responsabilidad social.

La presente propuesta para el trabajo de investigación tiene como objetivo disminuir la incidencia de embarazos en adolescentes a causa de la desinformación o falta de conocimientos de uso de métodos anticonceptivos para la prevención de

embarazos no deseados, mediante la entrega de información a las púberes y padres de familia.

La educación sexual y reproductiva es de gran importancia debido a que, mediante esta, se pueden prevenir embarazos no deseados y múltiples enfermedades de transmisión sexual; debe ser impartido por profesionales de salud expertos en los temas para que les brinden una educación veraz, certera y oportuna, invalidando mitos y otras creencias que son muy comunes en los sectores rurales en referencia a temas de sexualidad.

5.4 Objetivos

5.4.1 Objetivo General

Disminuir el índice de embarazos en adolescentes que habitan en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos.

5.4.2 Objetivos Específicos

Establecer acciones de enfermería para la aplicación de estrategias de educación para la salud y prevención de embarazos.

Brindar información sobre las medidas de prevención que ayuden a disminuir los embarazos en las adolescentes.

Formar facilitadores líderes en la comunidad y en las instituciones educativas como promotores de salud y prevención embarazos.

5.5 Aspectos básicos de la propuesta de investigación

PLAN DE PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE PREVENCIÓN DE EMBARAZO PRECOZ

ACTIVIDADES	FRECUENCIA	NÚMERO DE H/SESIÓN	OBJETIVO	INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLES	LUGAR
Dialogo con los padres de familia o representantes de las adolescentes.	Cada semana.	Dos horas.	Brindar información sobre la estructura de nuestro proyecto.	Relej. Registro de asistencia.	Investigadoras y personal de enfermería.	-Hogares de las adolescentes que habitan en el recinto La Teresa.
Dialogo con las adolescentes para establecer la disponibilidad de su tiempo.	Dos días por semana.	Dos horas.	Establecer los días y horas que la adolescente disponga, para iniciar el dialogo.	Relej. Registro de asistencia.		-Casa comunal del recinto La Teresa.
Charlas educativas sobre el uso de métodos anticonceptivos.	Dos días por semana.	Dos horas.	Brindar información sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos.	Relej. Registro de asistencia.		
Charlas educativas sobre el embarazo en adolescentes.	Cada semana.	Dos horas.	Establecer el nivel de conocimientos que las adolescentes tienen sobre las elevadas	Relej. Registro de asistencia.		

			cifras de embarazo a temprana edad.			
Charlas educativas sobre los riesgos de iniciar actividad sexual a temprana edad utilizando material de apoyo como folletos educativos y carteles.	Dos días por semana.	Dos horas.	Brindar información sobre los riesgos de iniciar actividad sexual a temprana edad y enfermedades de transmisión sexual.	Reloj. Registro de asistencia.		
Charlas educativas sobre las complicaciones y factores de riesgos de tener un embarazo a temprana edad, utilizando material de apoyo como folletos educativos y carteles.	Dos días por semana.	Dos horas.	Dar a conocer las complicaciones y factores de riesgos que las púberes pueden presentar durante y después de la etapa de gestación.	Reloj. Registro de asistencia.		

5.5.1 Estructura general de la propuesta

La propuesta para la aplicación tiene como propósito que las adolescentes que viven en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos puedan conocer cuáles son las medidas preventivas de embarazos, además de recibir información sobre cuáles son las posibles complicaciones que conlleva un embarazo a temprana edad, de la misma manera se pretende educar a los padres de familia para que brinden apoyo y conocimientos oportunos a sus hijas.

La manera en la que será llevada a cabo la propuesta será en dos fases: la primera fase está encaminada al personal de enfermería del subcentro de salud más cercano al recinto y la segunda fase está encaminada a las adolescentes y padres de familia del recinto.

Fase 1: Se capacitará en primera instancia al personal de enfermería para que sean promotores de educación y que sean los encargados de llevar información a la comunidad.

Fase 2: Se implementarán charlas educativas dirigidas a las adolescentes y padres de familia del recinto a través de la intervención directa en cuanto a temas de educación sexual y reproductiva y prevención de embarazos.

Se darán a conocer a los participantes cuales son los métodos anticonceptivos y la importancia de utilizarlos con el fin de crear conciencia en púberes y padres de familia para que de esta manera los índices de embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual disminuyan.

Estrategias para las capacitaciones:

Las capacitaciones se llevarán a cabo de forma teórica con ejemplos prácticos, videos educativos, charlas motivadoras, talleres y todos aquellos recursos que permitan difundir el mensaje y que sea captado y aceptado por la población.

Se utilizarán técnicas en donde participen los actores y los receptores de la información, utilizando:

- Recursos humanos donde participe el personal de enfermería, las adolescentes y padres de familia del recinto.
- Herramientas como material didáctico y diálogos participativos.
- Instrumentos educativos como folletos, trípticos, carteles y papelógrafos.

5.5.2 Componentes

Se incluirán a las adolescentes y padres de familia y se contará con el apoyo del personal sanitario del subcentro de salud al que asisten.

Las investigadoras serán quienes dirijan la propuesta de aplicación en conjunto con el personal de enfermería del subcentro de salud más cercano quienes tienen la responsabilidad de hacer llegar una información oportuna y certera despejando cualquier duda sin que se mal interprete la información con el fin de crear conciencia en la comunidad.

5.6 Resultados esperados de la propuesta de aplicación

5.6.1 Alcance de la alternativa

Esta propuesta pretende obtener una acogida favorable por parte de los profesionales a aplicarla y de las personas a quienes será efectuada, para ello se establecerán diversas técnicas y métodos relacionados a la prevención de embarazos en adolescentes.

Se espera contar con el apoyo de los representantes de las adolescentes que participaron como objeto de estudio y de la misma manera se espera contar también con el respaldo y participación del personal sanitario del subcentro de salud más cercano al recinto La Teresa.

Se pretende mejorar la calidad de vida de las adolescentes, crear conciencia y reducir los altos índices de embarazos no deseados en púberes en esa población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amorochio Beatriz, (2013). Espermatogénesis: *conceptos básicos, valoración espermática*, 2(1), 1-19.
- Argente, Horacio., Álvarez, Marcelo., (2005). *Semiología médica: Fisiopatología, Semiología y Propedéutica, enseñanza basada en el paciente*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Bajo, J., Coroleu, B. (2009). *Fundamentos de Reproducción*. Madrid, España: Medica Panamericana.
- Blazquez, M. (2007). *Embarazo en adolescentes*. Medicina salud y bienestar. Recuperado de: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/embarazo_adolescente_2012.pdf
- Cancino, A., Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex*, (83), 294-301. Recuperado de: www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf
- Castro, F., Francia, O. (2013). Factores sociales que influyen en el embarazo de adolescentes de 15 a 19 años. (Trabajo de grado, Universidad Nacional de Callao). Recuperado de: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/167/Flor_Tesis_T%C3%ADTuloprofesional_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Clarmatori, S., Discacciati, V., Mulli, V., Carrete, P., Rubinstein, Esteban. (2016). *Manual para el uso de métodos anticonceptivos*. Barcelona, España: NED.
- Cuello, M., Miranda, V., Ralph, C. (2017). *Ginecología general y salud de la mujer*. Santiago Chile: UCC.
- Cuidarte plus, (2019). *Trompas de Falopio*. Recuperado de: <https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/diccionario/trompas-falopio.html>

Cuidarte plus, (2019). Útero. Recuperado de Cuidarte plus, (2019). Trompas de Falopio. Recuperado de:

<https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/diccionario/trompas-falopio.html>

Deriban Nelson, Galdeano Florencia, Poljak Maria, (2014). *Manifestaciones cutaneas de neoplasias malignas internas*. España: Elsevier.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. Recuperado de:

[https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_\(2\).pdf](https://www.unicef.org/ecuador/embarazo_adolescente_5_0_(2).pdf)

García, A. (2018). Ecuador, tercer país en la región con la tasa más alta de embarazos entre 10 y 19 años. El comercio. Recuperado de:

<https://www.elcomercio.com/actualidad/ecuador-estadisticas-embarazo-adolescente-mama.html>

Harrison, et al., (2012). *Harrison Principios de Medicina Interna*. Mexico: McGRAW-HILL Interamericana.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). Información censal. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>

Llanio Raimundo, (2003). *Propedéutica clínica y Semiología Médica*. Cuba: Ciencias Médicas.

Matamoras Roberto, Hernandez Juana, Molero Dolores, (2008). *Tratado de reproduccion humana para enfermeria*. Argentina: Panamericana.

MEDLINEPLUS. (2018). *Embarazo de adolescentes*. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/teenagepregnancy.html>

Ministerio de Educación. (2015). Informe rendición de cuentas Coordinación Zonal 5 Distrito 12D01 Baba-Babahoyo-Montalvo. Recuperado de: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/02/12D01.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2013). *Embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/semana-de-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes/>

Ministerio de Salud Pública. (2015). *Sepsis Neonatal*. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Sepsis-neonatal.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Plan Nacional de Salud Sexual Y Salud Reproductiva 2017-2021*. Recuperado de: <https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SS%20Y%20SR%202017-2021.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2018). La política intersectorial de prevención de embarazos en niñas y adolescentes 2018-2015. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/la-politica-intersectorial-de-prevencion-del-embarazo-en-ninas-y-adolescentes-2018-2025-es-una-realidad-se-presento-este-20-de-julio-en-daule/>

Moore, K., Persaud, T., Torchia, M. (2012). *Embriología clínica*. Barcelona, España: Elsevier.

Moore, Keith., Dalley, Athur., Agur, Anne., (2010). *Anatomía con orientación clínica*. España: Wolters Kluwer.

Moore, Keith., Dalley, Athur., Agur, Anne., (2013). *Embriología clínica*. España: Elsevier.

Mora, A., Hernández, M. (2015). Perinatología y reproducción humana, (29), 76-82.

Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175>

Morelada Beatriz, Llanos Luis, (2018). *Ciencias I*. Madrid: Editex.

Moreno, A. (2015). *La adolescencia*. Barcelona, España: UOC

Ochoa Carmen, Dols Miguel, Collazo Rafael, Salvador Zaira, (2018). *¿Qué es el endometrio? – Engrosamiento, tipos y patologías*. Recuperado de:

<https://www.reproduccionasistida.org/endometrio/>

OMS., OPS., UNICEF., UNFPA. (2018). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Recuperado de:

https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=360

Organización M S., OPS., UNICEF., UNFPA. (2018). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Recuperado de:

https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=360

Organización Mundial de la salud. (2017). *Documento normativo sobre bajo peso al nacer*. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255733/WHO_NMH_NHD_14.5_spa.pdf

Organización Mundial de Salud. (2014). Embarazo en Adolescentes. Recuperado de:

<http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

- Paulsen Friedrich, Waschke Jens, (2017). *Atlas de Anatomía Humana*. España: Elsevier.
- Perez Maria, Barranco Antonio, (2014). *Valoracion inicial del paciente en Urgencia Medicas*. Madrid: Editoria CEP S.L
- Prado, L., Gonzales, M., Paz, N., Romero, K. (2014). La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en atención. *Revista Médica Electrónica*. Recuperado de: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139/html>
- Reece, E., Hobbins, J. (2007). *Obstetricia clínica*. 3ra ed. Texas, EEUU: Panamericana.
- Rives, M. (2016). Salud sexual. *Siete Días*. Recuperado de: <http://www.sietediasmedicos.com/formacion/curso-de-salud-sexual/tema-1-salud-sexual/item/6282-tema-1-salud-sexual#.XCkGm1wzblU>
- Salazar, D. (2018). “Se Embarazan”. *El Comercio*. Recuperado de: <https://www.elcomercio.com/opinion/columnista-opinion-danielasalazar-embarazo-cifras.html>
- Sedecias Sheila, (2018). *Adenomiosis: Qué es, síntomas y tratamiento*. Recuperado de: <https://www.tuasaude.com/es/adenomiosis/>
- Seidel Dains, Benedict Harcourt, (2008). *Manual Mosby de Exploración Física*. Madrid: Universidad Ccomplutense Madrid
- Serra, B., Mallafre, J. (2014). *Protocolos de obstetricia y medicina perinatal*. Barcelona, España: Elsevier.
- Soliz, A. (2012). *Ecuador, segundo país en América Latina en embarazo adolescente*. El Universo. Recuperado de:

<https://www.eluniverso.com/2012/02/24/1/1384/mas-17-jovenes-ecuador-son-madres-solo-venezuela-lo-supera-america-latina.html>

Suros Antonio, Suros Juan, (2001). *Semiología Médica y Técnica Exploratoria* Suros.Colimbia: Universidad Corporativa de Colombia.

Swartz Mark, (2015). *Tratado de Semiología*. España: Elseiver Saunder

Urbandt, P., Bostiancic, M. (2007). *Esterilizacion femenina y derechos reproductivos*. Mar del Plata, Argentina: EUEDEM.

Valera, J. (2009). El embarazo en la adolescencia. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=3z-RqfLaRvUC&pg=PA11&dq=EMBARAZO+EN+ADOLESCENTE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj8te_12J3fAhXL11kKHRBoCokQ6AEIKzAB#v=onepage&q=EMBARAZO%20EN%20ADOLESCENTE&f=false

Valera, J. (2009). Embarazo en la adolescencia. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=3z-RqfLaRvUC&pg=PA11&dq=EMBARAZO%20EN%20ADOLESCENTE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj8te_12J3fAhXL11kKHRBoCokQ6AEIKzAB&fbclid=IwAR1oWtcFNt4eHue80yEfR0Vb2DqQZti6IIEm79BSBnlGWRPkg1QX3FAq8-w#v=onepage&q=EMBARAZO%20EN%20ADOLESCENTE&f=false

Velasco, M. (2016). *Embarazo en adolescentes aumenta en Ecuador*. La Hora. Recuperado de: <https://lahora.com.ec/noticia/1101990040/embarazo-en-adolescentes-aumenta-en-ecuador>

Zapata, R., Gutiérrez, M. (2016). *Salud Sexual y Reproductiva*. Almería, España: Universal de Almería.

Zapata, R., Soriano, E., Márquez, V., López, M., Gonzales, A. (2015). *Jornadas internacionales de investigación y salud*. Recuperado de: <https://books.google.com.ec/books?id=yD0wBwAAQBAJ&pg=PA109&dq=EMB>

[ARAZO+EN+ADOLESCENTE&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjRpsP6653fAhUNpFkKHUTMDFE4MhDoAQgrMAE#v=onepage&q=EMBARAZO%20EN%20ADOLESCENTE&f=false](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf)

Williamson, N. (2013). Maternidad en la niñez enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONTINGENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL
<p>¿Cómo influyen las acciones de enfermería en la prevención de embarazos en adolescentes en el Recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019?</p>	<p>Determinar cómo se relacionan las acciones de enfermería en la prevención de embarazo en adolescentes en el Recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.</p>	<p>El alto índice de adolescentes embarazadas en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, se debe a la no aplicación de acciones de enfermería para su prevención en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.</p>
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<p>¿Cuál es la prevalencia de adolescentes embarazadas en el Recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019?</p>	<p>Establecer la prevalencia de adolescentes embarazadas en el Recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.</p>	
<p>¿Qué acciones de enfermería se realizan para prevenir el embarazo en adolescentes en el recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de los Ríos en el periodo comprendido desde octubre del 2018 hasta abril del 2019?</p>	<p>Determinar las acciones de enfermería que se realizan para prevenir el embarazo en adolescentes en el Recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.</p>	
<p>¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre métodos preventivos de embarazo que tienen las adolescentes del recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos en el periodo comprendido desde octubre del 2018 hasta abril del 2019?</p>	<p>Establecer el nivel de conocimientos sobre métodos preventivos de embarazo que tienen las adolescentes que viven en el Recinto La Teresa, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido desde octubre 2018 hasta abril 2019.</p>	

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN DE PADRES O REPRESENTANTE LEGAL DE LA ADOLESCENTE

TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION: “ACCIONES DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON LA PREVENCION DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL RECINTO LA TERESA. BABAHOYO. LOS RIOS. OCTUBRE 2018-ABRIL 2019”.

Estimado(a) señor/señora:

Introducción/Objetivo:

Las egresadas de la Universidad Técnica de Babahoyo de la Facultad Ciencias de la Salud de la Escuela de Salud y Bienestar de la Carrera de Enfermería, están realizando un proyecto de investigación en el recinto La Teresa con la finalidad de obtener el título de Licenciadas en Enfermería. El objetivo del estudio es: Determinar cómo se relacionan las acciones de enfermería en cuanto a la prevención de embarazo en adolescentes que habitan en el recinto, para de esa manera poder brindar a la comunidad mediante la información obtenida la ayuda necesaria y pertinente en cuanto a la consejería sobre el uso de métodos anticonceptivos y educación sexual para disminuir los altos índices de esta problemática.

Procedimientos:

El accionar previo al consentimiento de participación en el estudio por parte suya (si así lo quiere) y de su hija o representada, será el siguiente:

Usted, deberá ser partícipe de las charlas educativas que brindaran las investigadoras, si así lo quiere.

A su hija o representada, se le realizará una serie de preguntas a través de un cuestionario previamente elaborado por las investigadoras, sobre las conductas sexuales, la relación existente en la familia, y nivel de conocimiento.

Beneficios: La niña o adolescente recibirá la información adecuada y oportuna sobre temas de sexualidad, uso de métodos anticonceptivos y prevención de embarazos. Cabe recalcar que usted no recibirá ningún valor monetario por participar en este proyecto y tampoco deberá cubrir algún tipo de costo.

Confidencialidad: Las encuestas serán realizadas en anonimato. Toda la información que se proporcione para el estudio será confidencial y utilizada para fines investigativos exclusivamente. Los resultados obtenidos serán publicados con fines científicos de manera que las niñas y adolescentes no puedan ser identificadas, la misma que será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto.

Riesgos potenciales/compensación: Son mínimos los riesgos potenciales al participar en este estudio, de tal manera que si algunas de las preguntas le hicieran sentir incómodo(a), a su hija, está en todo su derecho de no responderla.

Anexo 3. FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE PARA LA PARTICIPACION DE LA ADOLESCENTE.

Me han sido expuesto los objetivos y procedimientos que se llevaran a cabo en el estudio, me han explicado y he comprendido los términos expuestos. He sido informado(a) sobre el derecho de que mi hija en caso de sentirse incomoda se retire cuando lo desee sin problema alguno. Tengo conocimiento de que la encuesta será realizada en anonimato. Reconozco que la información que se proporcione será para uso con fines investigativos y que será estrictamente confidencial y que no será utilizada para otros propósitos. Por lo expuesto anteriormente, acepto de manera voluntaria, que mi hija o representada sea participe de este proyecto investigativo.

Su firma indica aceptación para que usted (si así lo quiere) e hija o representada participen voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del Padre/Madre/Representante participante:

Día/Mes/Año:

Firma:

Relación con el menor participante:

Nombre completo del menor participante:

Declaración de las investigadoras del proyecto que llevaron a cabo la entrevista sobre el consentimiento informado:

Las características del proyecto de investigación han sido explicadas, como requisito previo a la obtención del consentimiento que autoriza la participación voluntaria. Presenciamos el momento en el que el Padre/Madre o representante llenó el documento de consentimiento informado.

Nombre: Nombre:

Firma: Firma:

Fecha: Fecha:

ANEXO 4.

CUESTIONARIO DISEÑADO POR LAS INVESTIGADORAS DIRIGIDO A LAS ADOLESCENTES, PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

PROYECTO DE INVESTIGACION: “ACCIONES DE ENFERMERIA Y SU RELACION CON LA PREVENCION DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL RECINTO LA TERESA. BABAHOYO. LOS RIOS. OCTUBRE 2018- ABRIL 2019”.

OBJETIVO: Determinar cómo se relacionan las acciones de enfermería en la prevención de embarazo en adolescentes en el Recinto La Teresa.

Nº _____

CUESTIONARIO DIRIGIDO A LAS ADOLESCENTES

Señale con una X dentro del recuadro la opcion que usted considera de acuerdo a las siguientes preguntas:

1. En que rango de edad usted se encuentra?

- a) 12 a 14 años
- b) 15 a 17 años
- c) 18 a 19 años

2. ¿Ha recibido usted orientación sexual?

- a) Si
- b) No

3. Si la respuesta anterior es afirmativa (donde la recibió)

- a) Subcentro de salud
- b) Hospital
- c) Colegio

- d) Hogar
- e) Medios de comunicación
- f) Otros

4. ¿A qué edad usted recibió su primera orientación sexual?

- a) 10-13 años
- b) 14-16 años
- c) 17-19 años
- d) Nunca

5. ¿Tiene usted conocimiento sobre cuáles son los métodos anticonceptivos para evitar un embarazo?

- a) Si
- b) No

6. Si la respuesta anterior es afirmativa señale los tipos de métodos anticonceptivos que usted conoce

- a) Preservativos
- b) Pastillas
- c) Inyecciones
- d) Ninguno

7. ¿Conoce usted sobre cuáles son los riesgos que pueden existir durante el embarazo?

- a) Si
- b) No

8. ¿Ha recibido usted apoyo emocional por parte del personal de salud?

- a) Si
- b) No

9. ¿Qué edad tenía usted cuando inicio su primera relación sexual?

- a) 10-13 años
- b) 14-16 años
- c) 17-19 años
- d) Nunca

10. ¿Cuál de las siguientes opciones considera usted son las causas más comunes de embarazo?

- a) Falta de información
- b) Inicio temprano de vida sexual
- c) Educación sexual deficiente
- d) Difusión familiar
- e) Abuso sexual

11. ¿Se encuentra usted en periodo de gestación?

- a) Si
- b) No

12. En caso de ser madre, ¿cuántos hijos usted tiene?

- a) Uno
- b) Dos o más
- c) Ninguno

13. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

- a) Primaria
- b) Octavo-Décimo
- c) I-III Bachillerato
- d) Ninguna

14. ¿Con quién o con quienes convive usted actualmente?

- a) Padre, madre y hermanos
- b) Solo padre
- c) Solo madre
- d) Abuelos
- e) Pareja
- f) Otros

15. ¿Cuál es el nivel de ingreso económico mensual del hogar donde reside?

- a) Bajo
- b) Medio
- c) Alto

ANEXO 5. EVIDENCIAS DEL TRABAJO EFECTUADO



Imagen 1: Socialización del proyecto de investigación y firma de consentimiento informado por padres de familia.



Imagen 2: Socialización del proyecto de investigación y firma de consentimiento informado por padres de familia.



Imagen 3: Aplicación de las encuestas a las adolescentes del recinto La Teresa.



Imagen 4: Aplicación de las encuestas a las adolescentes del recinto La Teresa.

