



**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 LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TEMA**

CUMPLIMIENTO DE LOS CONTROLES PRENATALES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN EL CIRCUITO DE SALUD “LUCHA OBRERA”, CANTÓN BABAHOYO, PROVINCIA DE LOS RÍOS, PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE 2019.

**AUTORES**

MUÑOZ JIMENEZ NARCISA IVONNE

SOLORZANO LAMILLA YAMILET JACKELINE

**TUTOR**

DRA. IZQUIERDO CIRER ALINA

**Babahoyo - Los Ríos - Ecuador**

**2019**

## **TEMA**

CUMPLIMIENTO DE LOS CONTROLES PRENATALES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN EL CIRCUITO DE SALUD “LUCHA OBRERA”, CANTÓN BABAHOYO, PROVINCIA DE LOS RÍOS, PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE 2019.

## RESUMEN

**Introducción.** El cumplimiento sistemático y periódico de los controles prenatales durante el embarazo en la adolescencia, constituye una necesidad en la actualidad por los altos índices que muestra este fenómeno social y sanitario en el país donde se hace más evidente en la adolescencia temprana y media.

**Objetivo general.** Determinar la relación existente entre el cumplimiento de los controles prenatales y el desarrollo de los embarazos en adolescentes en el circuito de salud “Lucha Obrera” ubicado en el cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido de mayo a septiembre del 2019.

**Metodología.** El estudio se basó en los métodos a nivel teórico y empírico, presentó un enfoque cuali-cuantitativo, fue no experimental, según el lugar se clasificó como un estudio de campo, teniendo en cuenta el nivel del estudio, fue exploratorio y descriptivo, por el propósito fue aplicada. De acuerdo a la dimensión temporal fue transversal. Se empleó la observación científica no estructurada y directa así como la encuesta, se aplicó un cuestionario como instrumento. La población y la muestra fue de 35 y 25 adolescentes gestantes respectivamente, el muestreo no probabilístico intencional.

**Resultados.** El grupo etario de adolescentes embarazadas predominante fue el comprendido en la adolescencia media (14 a 17 años).

**Conclusiones.** Solo el 12,0% de las adolescentes embarazadas, asistieron de forma responsable y sistemática a todos los controles prenatales indicados por el personal de salud del circuito referido en el cantón Babahoyo, lo que refleja una grave situación en términos de posibles complicaciones maternas y fetales.

**Palabras clave:** adolescentes embarazadas, controles prenatales

## ABSTRACT

**Introduction.** Systematic and periodic compliance of antenatal checks during pregnancy in adolescence, is a necessity today by high rates that shows this health and social phenomenon in the country where is more obvious in the early adolescence and middle.

**General objective.** Determine the relationship between the fulfillment of the prenatal and the development of pregnancies in adolescents in health "Workers struggle" circuit located in the canton Babahoyo, Los Ríos province, in the period from May to September of 2019.

**Methodology.** The study was based on methods to theoretical and empirical level, presented a quali-quantitative approach, was not experimental, as the place was classified as a field study, taking into account the level of the study was exploratory and descriptive, for the purpose it was applied, according to the temporal dimension was cross. Used non-structured and direct scientific observation as well as survey, a questionnaire as an an instrument. Population and sample was 35 and 25 adolescent pregnant women respectively, sampling non-probability intentional.

**Results.** Predominantly pregnant adolescents age group was included in Middle adolescence (ages 14 to 17).

**Conclusions.** Only 12.0% of pregnant teens, attended responsibly and systematic prenatal indicated by health personnel of the concerned circuit in the canton Babahoyo, reflecting a serious situation in terms of possible maternal and fetal complications.

**Key words:** antenatal checks, pregnant teens

## INDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA</b>	i
<b>AGRADECIMIENTO</b>	ii
<b>TEMA</b>	v
<b>RESUMEN</b>	vi
<b>ABSTRACT</b>	vii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	viii
<b>CAPITULO I</b>	1
<b>1. PROBLEMA</b>	1
<b>1.1 Marco Contextual</b>	1
1.1.1 Contexto Internacional	1
1.1.2 Contexto Nacional.	3
1.1.3 Contexto Regional.	4
1.1.4 Contexto local.	4
<b>1.2 Situación problemática</b>	5
<b>1.3 Planteamiento del Problema</b>	6
1.3.1 Problema general	7
1.3.2 Problemas derivados	7
<b>1.4 Delimitación de la Investigación</b>	7
<b>1.5 Justificación</b>	8
<b>1.6 Objetivos</b>	9
1.6.1 Objetivo General	9
1.6.2 Objetivos Específicos	9
<b>CAPITULO II</b>	10
<b>2 MARCO TEÓRICO</b>	10
<b>2.1 Marco teórico</b>	10
2.1.1 Marco conceptual	18
2.1.2 Antecedentes investigativos	30
<b>2.2 Hipótesis</b>	34
2.2.1 Hipótesis general	34
<b>2.3 Variables</b>	34
2.3.1 Variables Independientes	34
2.3.2 Variables Dependientes	34
2.3.3 Variables Intervinientes	34
2.3.3 Operacionalización de las Variables	35

<b>CAPITULO III</b>	41
<b>3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	41
<b>3.1 Método de investigación</b>	41
<b>3.2 Modalidad de investigación</b>	41
<b>3.3 Tipo de investigación</b>	41
<b>3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información</b>	42
3.4.1 Técnicas	42
3.4.2 Instrumento	42
<b>3.5 Población y muestra de investigación</b>	42
3.5.1 Población	42
3.5.2 Muestra	42
<b>3.6 Cronograma del proyecto</b>	44
<b>3.7 Recursos</b>	45
3.7.1 Recursos humanos	45
3.7.2 Recursos económicos	45
<b>3.8 Plan de tabulación y análisis</b>	46
3.8.1 Base de datos	46
3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos	46
<b>CAPITULO IV</b>	47
<b>4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	47
<b>4.1 Resultados obtenidos en la investigación</b>	47
<b>4.2 Análisis e interpretación de los datos</b>	55
<b>4.3 Conclusiones</b>	66
<b>4.5 Recomendaciones</b>	67
<b>CAPITULO V</b>	68
<b>5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN</b>	68
<b>5.1 Título de la Propuesta de Aplicación</b>	68
<b>5.2 Antecedentes</b>	68
<b>5.3 Justificación</b>	70
<b>5.4 Objetivos</b>	71
5.4.1 Objetivo general	71
5.4.2 Objetivos específicos	71
<b>5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación</b>	72
5.5.1 Estructura general de la propuesta	72
5.5.2 Componentes	72
<b>5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación</b>	72
5.6.1 Alcance de la alternativa	72

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## **ANEXOS**

<b>Anexo 1.</b>	<b>Matriz de Contingencia</b>	
<b>Anexo 2.</b>	<b>Consentimiento informado</b>	
<b>Anexo 3.</b>	<b>Aplicación del cuestionario por las investigadoras</b>	

## **INDICE DE TABLAS**

<b>Tabla 1.</b>	<b>Rango de edades de las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera</b>	<b>48</b>
<b>Tabla 2.</b>	<b>Hábito de consumo de cigarros en las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera.</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 3.</b>	<b>Hábito de consumo de alcohol en las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera.</b>	<b>49</b>
<b>Tabla 4.</b>	<b>Hábito de consumo de drogas en las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera.</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 5.</b>	<b>Edad de comienzo de las relaciones sexuales en las adolescentes embarazadas del Circuito de Salud “Lucha Obrera.</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 6.</b>	<b>Motivos que propiciaron la primera relación sexual en las adolescentes del circuito de salud “Lucha Obrera.</b>	<b>51</b>
<b>Tabla 7.</b>	<b>Razones del empleo no sistemático de los métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera.</b>	<b>52</b>

## **INDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1.</b>	<b>Frecuencia de cumplimiento de los controles prenatales por las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera”.</b>	<b>54</b>
-------------------	--	-----------

## INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual el niño/a alcanza parte de su madurez física, psicológica, afectiva, intelectual y social. Es un momento de transición, pero también de gran vulnerabilidad, que comprende desde los 10 a los 19 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Gaete, 2015).

En la actualidad los adolescentes inician su actividad sexual a más temprana edad, mientras que el embarazo en dicha etapa se constituye como un problema de múltiples efectos, con mayor riesgo de complicaciones materno-fetales. La evidencia hasta la fecha demuestra que la morbi-mortalidad materna aumenta durante el embarazo adolescente. Múltiples factores como la falta de acceso a la atención prenatal, parto, postparto u otros servicios de salud, se suman a dicha problemática, los cuales contribuyen a la dificultad para terminar la educación, aislarse desde el punto de vista social, dejar de contar con el apoyo familiar y poseer menos oportunidades de empleo digno. Respecto a las morbilidades maternas en dichas adolescentes, se destacan el aumento en el riesgo de hemorragia post-parto, pre eclampsia-eclampsia y la muerte prematura. (Mendoza, Claros, Peñaranda, 2016).

En América Latina, del 15 % al 25 % de los recién nacidos vivos son hijos de una madre menor de 20 años. De los siete millones de adolescentes comprendidas entre los 15 y los 19 años, 1.5 millones son madres o están embarazadas, gran parte de estas gestaciones, son no planificados; la probabilidad de ser madres en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza, que no realizan la planificación familiar y no emplean protección con medios anticonceptivos, en especial el condón. (Ñauta, Garcia, Martinez, & Ñauta, 2015).

En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 a 19 años que representa el 20 % del total de la población; Chile y Perú presentan el porcentaje más bajo, seguido por Bolivia, mientras que en Colombia, Ecuador y Venezuela más del 20 % de las adolescentes son madres o están embarazadas. En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes,



la tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década se incrementó y oscila actualmente en alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. La Costa es la región con más índice de embarazos adolescentes. (Ñauta, Garcia, Martinez, & Ñauta, 2015).

En el país se han realizado varios estudios respecto a la problemática planteada, enfocados especialmente a la búsqueda de las causas de los embarazos precoces en la población, desde una visión médica, social y psicológica, sin embargo, no son frecuentes los análisis realizados sobre la importancia de realizar de forma oportuna y eficaz los controles prenatales una vez captado el embarazo en una adolescente, teniendo en cuenta que solo a través de una atención especializada sistemática desde el principio de la gestación, se podrían prevenir graves complicaciones tanto de la madre como de su hijo, muchas de las cuales incluso tienen lugar durante el mismo alumbramiento que pueden dar al traste con la vida de ambos. (Valdiviezo, 2013).

Por todo lo anteriormente referido, la presente investigación pretende contribuir desde la perspectiva de la atención de enfermería, a la problemática descrita, que es capaz de desencadenar graves problemas durante la gestación, tanto en la madre como en el producto de la concepción, todo lo cual pudiera evitarse si la adolescente embarazada acudiera de forma rigurosa a los controles prenatales establecidos y cumpliera con cada indicación emitida por el personal de salud especializado. (Valdiviezo, 2013).

Según la línea de investigación de la Escuela de Salud y Bienestar en la Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Técnica de Babahoyo, que está vinculada a salud sexual y reproductiva, sublínea de investigación embarazo adolescente y mortalidad infantil, postura que reside en el embarazo adolescente y la deficiente asistencia a las consultas requeridas según el control prenatal. Se pretenderá que de acuerdo a los resultados obtenidos el índice de asistencia a las atenciones clínicas periódicas incremente.

# CAPITULO I

## 1. PROBLEMA

### 1.1 MARCO CONTEXTUAL

#### 1.1.1 Contexto Internacional

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU), los embarazos en la adolescencia son más comunes en hogares de mayor pobreza y son mayormente causados por la falta de acceso a métodos anticonceptivos, más que por el deseo de tener hijos. La pobreza es una situación que impide que puedan tener mayor acceso a la educación sexual y reproductiva o a la independencia económica, por lo que son más vulnerables a terminar embarazadas a temprana edad, lo cual determina reproduciendo el círculo de pobreza. Según el documento titulado 'El poder de decidir', 62 de cada mil jóvenes entre 15 y 19 años han estado embarazadas en Latinoamérica. Esta cifra va por encima de la tasa promedio que indica que, de cada 1.000 mujeres, 44 son adolescentes en estado de gravidez, y solo está por debajo de las 93 en África Oriental y Meridional, pero es mucho más alta en África Occidental y Central con 114 por cada 1000 féminas. (El Tiempo, 2018).

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 muchachas pertenecientes a este grupo poblacional, mientras que las tasas en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 adolescentes de entre 15 y 19 años, solo superadas por las de África subsahariana, según referencias del informe "Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe". (OPS & OMS, 2016).

Teniendo en cuenta el informe de la OPS y de la OMS, en el 2016 en los últimos 30 años en América Latina y el Caribe, la fecundidad total ha disminuido en mujeres mayores de 20 años en comparación con años anteriores, pero es la única región del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años. Se estima que cada año, en la región, un 15% de todos los

embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años y 2 millones de niños nacen de madres con edades entre los 15 y los 19 años. (OPS & OMS, 2016).

La siguiente problemática de estudio hace una revisión de los factores vinculados a la cantidad y oportunidad de las consultas de atención prenatal (AP) dirigidas a mujeres pobres de Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y El Salvador. Fueron entrevistadas 8,366 mujeres sobre la AP que recibieron donde era considerado el parto más reciente. llevaron a cabo regresiones logísticas para revisar las características demográficas, de hogares y de salud asociadas a la asistencia a por lo menos una consulta de AP por personal pertinente, cuatro consultas con personal calificado y una consulta con personal calificado durante el primer trimestre del embarazo. Se encontró que, en los países mencionados, un 78% de las mujeres estuvo presente en por lo menos una consulta de AP por personal calificado, mientras que un 62% concurrió por lo menos a cuatro consultas por personal calificado y un 56% asistió a una consulta con profesionales de salud durante el primer trimestre del embarazo. (Castro, 2018).

El país de mayor registro de mujeres que asistieron a consultas de AP por personal calificado fue Nicaragua (81%), en comparación con Guatemala y Panamá que tuvieron la proporción más baja (18% y 38% respectivamente). En muchos países, las mujeres solteras, con un nivel de educación menor, adolescentes, indígenas, que no estaba en sus planes concebir y además carecían de acceso a los medios de comunicación son las que presentan menos probabilidad de cumplir con las guías internacionales sobre atención prenatal. (OPS & OMS, 2016; Castro, 2018).

### **1.1.2 Contexto Nacional**

Ecuador es el tercer país en el mundo con la tasa más alta de embarazos adolescentes y el segundo en la región. En los últimos 10 años, el incremento de partos en adolescentes de entre 10 y 14 años fue del 78%. Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y Esmeraldas son las provincias que concentran el mayor número de embarazos adolescentes en el país. En 2013 hubo 14.238 partos de mujeres menores a los 17 años, mientras que en 2017 la cifra subió a 15.386, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (INEC, 2018).

Hasta el 2016, de los más de 80 000 niños y niñas que nacieron de madres menores a 19 años, 20 548 lo hicieron en la provincia del Guayas, 9 544 en Pichincha, 6807 en Manabí, 5744 en Los Ríos y 4393 en Esmeraldas. Según este informe prácticamente el 40% de los ecuatorianos ya tiene una vida sexual activa entre los 15 y 19 años. Además, llama la atención que prácticamente un 7% ya tenga una vida sexual activa antes de los 15 años de edad, es decir, la precocidad en este aspecto, es un factor que estimula el embarazo adolescente. (Publica FM, 2018).

Ecuador ocupa el puesto cuatro de los países de las Américas que mayor índice de mortalidad materna presenta, 96,30 según datos del INEC. Es una grave estadística si considerando que el Ecuador posee una población mayoritariamente joven, 45% son menores de 18 años, entre la que el porcentaje de nacimientos es del 19,9%. Sin embargo, la razón de mortalidad materna emprendió una tendencia a disminuir desde la década de los noventa, llegando a alcanzar una baja del 23% en 10 años, a pesar de ello, no se logró cumplir con las metas propuestas de reducción del 35% propuesto en el Plan Nacional del Buen Vivir (2009-2013) y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (Pozo, Ordoñez, & Martínez, 2013).

Cada año en Ecuador de unas 10.000 a 21.000 muchachas presentan trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto por razón de no haberse realizado el control prenatal requerido, el cual tiene por finalidad evaluar el desarrollo del embarazo, descubrir problemas de la madre o el feto, según el programa materno neonatal de una encuesta ejecutada por el observatorio de derechos de la niñez y adolescencia el 73% de embarazadas en el país tienen 5 controles prenatales y el 7% nunca ha asistido a un servicio de salud, si bien las condiciones en que son atendidos los recién nacidos van a determinar su calidad de vida o existencia, es de suma importancia que se estudien las condiciones en que las madres viven los embarazos y los accesos a los centros de atención prenatal. (Chimpatiza, 2015).

### **1.1.1 Contexto Regional**

La Costa región con mayor tasa de embarazos adolescentes en Ecuador con el 55.3%; según estadísticas del Ministerio de Salud Pública, Los Ríos es la segunda provincia donde se reportan más casos y las edades en riesgo son de 10 a 14 años.

Los datos arrojan como resultado que, de 155 mil adolescentes registrados en la provincia, el 30% corresponde a las menores que estaban embarazadas hasta el 2011 y cuyo valor se aproxima a 45 mil 500 de niñas. (La Hora, 2012).

Los Ríos se considera como una de las provincias que poseen el mayor número de embarazos en adolescentes a nivel nacional según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 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. (Henríquez, Rodríguez, González, Ábalos, Chapman, 2012).

### **1.1.3 Contexto local**

En el cantón Babahoyo, circuito de Salud “Lucha Obrera”, se atienden 91 mujeres en estado de gravidez de las cuales 25 son adolescentes, según los informes de los últimos seis meses respecto al control prenatal, la tasa de incumplimiento es alta incluso en las madres mayores de 20 años. Teniendo en cuenta lo indispensable que es tener bajo vigilancia cada embarazo desde la concepción hasta el término del mismo, es evidente que las mujeres no están recibiendo la información adecuada y por lo tanto no llevan a carta cabal dichas consultas desde el primer trimestre. Cabe indicar que en el circuito de salud “Lucha Obrera”, existe la normativa de brindar consultas especializadas, además de las indicaciones para desarrollar un embarazo saludable con la respectiva indicación sobre los medicamentos entre ellos ácido fólico, hierro y las vacunas de manera gratuita que se le deben entregar a cada gestante; además el subcentro cuenta con el personal capacitado en obstetricia, odontología, psicología, enfermería y otras especialidades de la salud, pero es evidente que los mecanismos creados no están siendo efectivos en toda la medida que se requiere en aras de lograr un adecuado desarrollo de los embarazos y que existen factores que están afectando el adecuado cumplimiento de lo establecido, fundamentalmente en las adolescentes

las cuales se encuentran en una etapa muy vulnerable de la vida donde las complicaciones son muy frecuentes tanto para la madre como para su hijo.

En la última década el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), y el Consejo Nacional de Salud (CONASA) realizando la coordinación, han acumulado una experiencia representativa en la ejecución de políticas y estrategias que han permitido en gran manera reducir las tasas de muerte materna y neonatal, entre estas lo relacionado a disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos (DAIA), diseñada para contribuir a la disminución del embarazo en la adolescencia; un amplio acceso a una educación sexual con calidad para mujeres y hombres de todos los grupos de edad especialmente las de mayor vulnerabilidad, también las alianzas locales interinstitucionales para disminuir los problemas de acceso geográfico, logístico y financiero, en el marco del sistema de gestión de la atención prenatal y atención a la Infancia. (Salas & Sevilla, 2008).

## **1.2 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

El embarazo en adolescentes en todo el mundo se considera un problema de salud pública. En el sector urbano-marginal de la Lucha Obrera al cual pertenece el circuito de salud que lleva el mismo nombre, el embarazo en las adolescentes es una problemática de gran impacto en dicha población, teniendo en cuenta que las mujeres actualmente contraen matrimonio o deciden unir sus vidas de manera informal antes de los 18 años, debido a esta situación deciden abandonar sus estudios para ser madres de familia debido a que no cuentan con la adecuada información acerca de las causas o consecuencias que conlleva el practicar relaciones sexuales a temprana edad, sino a que ellas por el mismo desconocimiento les resulta difícil identificar los riesgos a los que están expuestas, sin tener en cuenta un embarazo no deseado.

En la actualidad existen diversos programas que tratan acerca de la sexualidad y reproducción en diversos lugares accesibles para la población en general, siendo estos lugares: escuelas, colegios, universidades, institutos u áreas de salud, incluyendo temas que van desde sexualidad, embarazo, infecciones de transmisión sexual y planificación familiar, etc. El mayor problema radica en que

las adolescentes no asisten a la unidad de salud a recibir información oportuna de calidad y calidez, donde incluya aspectos sexuales y reproductivos en el caso de presentarse el embarazo, brindando controles y chequeos mensuales; en caso de presentar enfermedades de transmisión sexual que estas puedan recibir un tratamiento efectivo.

La población que se ha escogido para el estudio no cuenta con una cultura de educación en sexualidad, ni con campañas de promoción de salud en las que se pueda capacitar a la comunidad acerca de la importancia de llevar prácticas de salud adecuadas como forma de prevención de enfermedades, el servicio extramural del centro de salud se presta dos veces al año y generalmente no tratan temas para controlar la problemática de embarazos en adolescentes.

### **1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El embarazo en adolescentes es uno de los mayores problemas de salud pública, el cual ubica al Ecuador como el segundo país de América Latina con mayor incidencia en dicha situación. (Cordero, 2018).

El circuito de salud “Lucha Obrera” perteneciente al cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, cuenta con 91 mujeres embarazadas, de las cuales 25 son adolescentes con algún tipo de riesgo en su embarazo.

En la actualidad esta situación problemática en el sector urbano-rural en el que está situado dicho centro de salud va en incremento y lo más preocupante es el desconocimiento generalizado sobre la importancia de un control prenatal eficaz y sistemático, teniendo en cuenta que las madres son inexpertas y cada vez se embarazan a edades más tempranas.

Lo más recomendado por los organismos internacionales es que se realicen un mínimo de ocho controles durante el embarazo: el primero antes de la semana 12 para evitar complicaciones y luego, en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40. (OMS, 2016).

El objetivo más importante del control prenatal es prevenir, orientar, contribuir a disminuir los factores de riesgo, a detectar problemas de salud anteriores al

embarazo y mantenerlos bajo control, a evitar el desarrollo de nuevas patologías y si se presentan, tratarlos de forma oportuna y eficaz, como por ejemplo la sepsis urinaria asintomática tan común en las gestantes. (OMS, 2016).

### **1.3.1 Problema General**

¿Cómo se relaciona el cumplimiento de los controles prenatales con el desarrollo de los embarazos en adolescentes, circuito de salud Lucha Obrera, cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos en el periodo mayo -septiembre 2019?

### **1.3.2 Problemas Derivados**

- ¿Qué factores de riesgo se relacionan con el cumplimiento de los controles prenatales en adolescentes en el circuito de salud Lucha Obrera, cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos durante el periodo mayo -septiembre 2019?

- ¿Cuáles efectos se presentan con mayor frecuencia en el desarrollo del embarazo adolescente en el circuito de salud Lucha Obrera, cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos durante el periodo mayo -septiembre 2019?

- ¿Cuáles acciones realiza el personal de enfermería dirigidas a las adolescentes embarazadas en el contexto de los controles prenatales en el circuito de salud Lucha Obrera, cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos durante el periodo mayo -septiembre 2019?

## **1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El estudio se realizará en el circuito de salud “Lucha Obrera”, perteneciente al cantón Babahoyo, de la provincia Los Ríos, en el período comprendido desde mayo a septiembre de 2019. La población de estudio serán las adolescentes embarazadas que asistan a dicho centro.



## 1.5 JUSTIFICACIÓN

En salud pública el embarazo en adolescentes posee gran relevancia, a nivel mundial, nacional, regional y local, pues su incidencia es muy alta y va en aumento en la población, a pesar de la implementación de diversas estrategias gubernamentales a lo largo de la última década para reducir esta situación, pero los esfuerzos han sido en vano y las consecuencias son variadas en el ámbito familiar, médico y socioeconómico del país, cabe resaltar que de los países latinoamericanos el Ecuador ocupa el segundo lugar y es el tercero en todo el mundo en cuanto a la prevalencia de dicha problemática. (Romero, 2012).

Los programas de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud Pública promueven los derechos de la mujer en todas las etapas del desarrollo del embarazo y poseen especial énfasis en prevenir o evitar posibles complicaciones a lo largo de éste. En base a ello la red de salud permite acceso libre y gratuito para lograr la consecución del buen vivir contemplado en el Modelo de Atención Integral de Salud. (Senplades, 2017). El embarazo en adolescentes significa sufrir riesgos tanto para la madre como para la salud del producto de la concepción desde sus inicios del desarrollo, pues en su gran mayoría son embarazos no planificados, ni deseados. (Barrozo, 2011).

La importancia de este proyecto de investigación, desde el ámbito del campo de acción de la enfermería, está encaminada a la búsqueda científica de las evidencias que permitan el análisis del cumplimiento en tiempo y con la calidad requerida de todas las acciones de salud, enmarcadas en los controles prenatales establecidos como protocolos de atención, dirigidos a la preservación del bienestar materno-fetal de forma oportuna y eficaz como pilar fundamental para minimizar los disímiles riesgos que de forma recurrente se presentan en las diferentes etapas del embarazo, pero agravados en la adolescencia por ser un extenso proceso de crecimiento y desarrollo en la vida, cargado de vulnerabilidad en muchos aspectos físicos, psicológicos y sociales (Bello, 2014). Las principales beneficiarias de la presente investigación, serán las adolescentes embarazadas que asisten al circuito de salud “Lucha Obrera” del cantón Babahoyo, de la provincia de los Ríos.

## **1.6 OBJETIVOS**

### **1.6.1 Objetivo General**

Determinar la relación existente entre el cumplimiento de los controles prenatales y el desarrollo de los embarazos en adolescentes en el circuito de salud “Lucha Obrera” ubicado en el cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido de mayo a septiembre del 2019.

### **1.6.2 Objetivos Específicos**

Identificar los factores de riesgo que se relacionan con el cumplimiento de los controles prenatales en adolescentes en el circuito de salud “Lucha Obrera”, cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el periodo de tiempo transcurrido desde mayo a septiembre de 2019.

Analizar los efectos que se presentan con mayor frecuencia en el desarrollo del embarazo en adolescentes, relacionado con el cumplimiento de los controles prenatales, en el circuito de salud “Lucha Obrera”, cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el periodo de tiempo establecido en el estudio.

Caracterizar las acciones del personal de enfermería dirigidas a las adolescentes embarazadas en el contexto de los controles prenatales en el circuito de salud “Lucha Obrera”, cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el periodo de tiempo establecido en el estudio.

## CAPITULO II

### 2 MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Marco teórico

La palabra adolescencia proviene del latín “*adolescencia*” que significa “joven, adolescente”, sin embargo, la palabra se deriva del verbo “*adolesco*” que significa “crecer, desarrollarse” lo cual explica la derivación de la palabra. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa muy compleja de la vida, quizá la más crucial en la vida de un individuo donde tiene lugar la transición de la infancia *al estado adulto*, en la cual las decisiones y conductas que se tomen, propiciarán más o menos oportunidades educativas y laborales para los adolescentes (Borrás, 2014).

En esta etapa se desencadenan cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad (Borrás, 2014).

También ejercen gran influencia en este período, los temas relacionados con planificación familiar, la anticoncepción, las características personales y el contexto socioeconómico. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el período de vida comprendido entre los 10 y 19 años. (Mendoza, Claros, Peñaranda, 2016).

Existen autores que clasifican a la adolescencia en dos etapas: adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre los 15 y 19 años de edad (Borrás, 2014). Pero hay otros investigadores que la clasifican como adolescencia temprana (10-14 años), adolescencia media (15-16 años) y adolescencia tardía (17-19 años). En ambas teorías, los expertos coinciden en que es un largo período de la vida con características y formas muy diferentes de enfrentar la sexualidad (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016).

Difiere mucho la forma de clasificar la adolescencia, en tanto engloba diversas experiencias individuales, grandes variaciones físicas, así como un amplio diapasón en cuanto a la maduración emocional y cognitiva que caracteriza a los púberes. También influye en este sentido el marco legal de cada país, así como las costumbres culturales de los diversos continentes y regiones que enmarcar actividades muy diversas aceptadas o no según creencias étnicas, religiosas y políticas (UNICEF, 2011).

Se ha descrito a través de los años a esta importante etapa de la vida, como el momento en el que el individuo comienza sus aspiraciones y se esfuerza por saber quién es, quién quiere ser y como experimentar su sexualidad. A partir de La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que tuvo lugar en El Cairo en 1994, fue que se amplió el alcance de los derechos reproductivos, rompiendo la visión tradicional y restringida que existía, al abandonar el enfoque centralizado exclusivamente en la fecundidad para sustituirlo por otro que comenzó a integrar la salud reproductiva, la planificación familiar, la educación, la igualdad y la equidad de género como un todo único imprescindible para el bienestar de los adolescentes (Mendoza, 2008).

Los adolescentes deben tener acceso a la información y a los servicios que les ayuden a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infecundidad. En la mayoría de los países del mundo, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y acceso a los servicios pertinentes, lo cual ha sido siempre una prioridad de los organismos internacionales encargados de velar por estos derechos y de los eventos mundiales o regionales que periódicamente tienen lugar (ONU, 2005).

El tema fue también abordado con gran prioridad, en la Cumbre del Milenio celebrada en el 2005, durante la cual se sostuvo que la salud sexual y reproductiva era clave para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano (Morlachetti, 2007).

Los adolescentes necesitan y exigen la liberación de sus padres en el aspecto emocional, requieren tomar sus propias decisiones en temas educativos, afectivos y de su círculo de amistades. En cuanto a situaciones relacionadas con el tema de la sexualidad, estos jóvenes viven una sexualidad cuya finalidad es pasarla bien, sin restricciones ni responsabilidad, solo acumular experiencias sexuales, lo que muchas veces acarrea severas consecuencias muchas veces irreversibles (Morlachetti, 2007).

Las niñas menores de 15 años no están preparadas físicamente para las relaciones sexuales o el embarazo y parto y tampoco tienen las capacidades cognitivas y facultades necesarias para tomar decisiones seguras, voluntarias y basadas en información muchas veces ineficientes. Las investigaciones demuestran que, en algunos países, muchos de los primeros encuentros sexuales de las niñas no son consensuales, y la incidencia de sexo forzado es más alta entre adolescentes muy jóvenes, todo lo cual agrava mucho más el panorama desgarrador de un embarazo no planificado y en la etapa más vulnerable del ser humano en términos físicos, emocionales y psicológicos. Toda esta situación requiere como prioridad, desarrollar estrategias, programas y acciones dirigidas por el personal de salud especializado, pero donde se involucren el ámbito educativo, familiar y comunitario con el afán de no solo prevenir esta difícil situación, sino también promover adecuados hábitos de salud sexual y reproductiva en la población más joven, especialmente las adolescentes.

La presente investigación, por tanto, estará basada en el modelo de Promoción de la Salud enunciado por Nola Pender, enfermera insigne, que determinó en su teoría que la conducta del ser humano debe estar orientada por el deseo de lograr el bienestar y potencial del mismo. Su interés estuvo dedicado a la creación de un modelo que diera respuestas a la manera de tomar decisiones las personas respecto al cuidado de su propia salud, lo cual muestra la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando necesitan obtener el estado deseado de salud. También hay un especial énfasis en el nexo entre las características personales, conocimientos, creencias y aspectos situacionales referente al comportamiento o conducta de salud que se pretende alcanzar. (Aristizábal, Blanco, Sánchez & Ostiguín, 2011).

Este modelo está basado en la educación de las personas acerca de cuidarse y mantener una vida saludable: “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”. También tiene un sólido sustento en la identificación de los factores cognitivos-preceptuales en el individuo que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción (Meiriño, Vasquez, & Simonetti, 2012).

### **Principales conceptos del modelo**

Este modelo fue dividido en cuatro dimensiones con factores que facilitan la promoción a la salud.

- **Conducta previa relacionada:** situaciones directas o indirectas de la probabilidad de comportarse conforme a las conductas de promoción a la salud.

- **Factores personales:** hace referencia a factores asociados a las personas que influyen en el individuo con el objeto de desarrollar conductas promotoras de salud que incluyen factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

- **Influencias situacionales:** es la percepción y cognición de cualquier contexto determinado que llega a facilitar o impedir la conducta de salud.

- **Factores cognitivo-preceptuales:** son los mecanismos motivacionales primarios de las actividades que están en relación con la promoción de la salud. (Meiriño, Vásquez, & Simonetti, 2012).

De esta forma, la promoción de salud es la mejor estrategia para el control de embarazos en adolescentes y el cumplimiento eficaz de la atención prenatal, pues a través de esta herramienta se llega a la comunidad brindando información de autocuidado, prevención, tratamiento y control de dicha problemática; desde este espacio, el enfermero interviene de manera independiente en la educación del objeto de estudio, facilita la creación de una cultura de conocimientos sobre los factores de riesgo que conlleva un embarazo antes de la madures fisiológica y para

evitar complicaciones que puedan poner en riesgo la vida y salud materno-fetal educar a la población adolescente en estado de gestación acerca de la importancia de la atención prenatal.

En la misma medida, la investigación estará sustentada en la teoría de otra eminente enfermera que le proporcionó un giro extraordinario a esta rama del saber, al desarrollar la Teoría del Autocuidado.

La aplicación de la Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem exhibe su extraordinaria importancia para el en el desarrollo del conocimiento en la enfermería, en tanto posee una gran utilidad en la práctica profesional, centrada en el individuo y en su autonomía, así como en su capacidad para cubrir sus requerimientos vitales y función integral (Sillas, Jordán, 2011).

Orem, describió su modelo como una teoría general de enfermería que está compuesta de tres teorías relacionadas entre sí:

La primera es la teoría del autocuidado, que detalla la definición del autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, fue capaz de describir las causas y la forma en que las personas cuidan de sí mismas. La segunda pertenece a la teoría de déficit de autocuidado, donde se determinan los distintos aspectos que pueden inducir en dicha carencia, describe cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. Por último, la teoría de los sistemas de enfermería, en la que se explica las formas en que estos profesionales facilitan asistencia a los individuos (Naranjo, Concepción, Rodríguez, 2018).

En la teoría antes mencionada, se identifican tres tipos de sistemas. El primero relacionado con el sistema parcialmente compensador, cuando el individuo muestra alguna necesidad de autocuidado, bien por motivos de limitación o incapacidad. El segundo sistema que es totalmente compensador, donde el individuo no logra realizar ninguna actividad de autocuidado e implica una dependencia total y el tercer sistema de apoyo educativo, dirigido a individuos que requieren orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado (Naranjo, Concepción, Rodríguez, 2018).

Dorotea Orem detalló los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

-Persona: describe a las personas como poseedores de un organismo biológico, racional y pensante, capaz de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

-Salud: condición que engloba integridad física, estructural y funcional en ausencia de un defecto que conlleve al deterioro del individuo.

-Enfermería: servicio humano que proporciona a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, de acuerdo con sus requerimientos (Prado, Gonzáles, Paz, Romero, 2014).

La asistencia y el cuidado de mujeres durante el embarazo por parte del personal de enfermería, contribuye a identificar los requisitos y necesidades de su autocuidado, así como las intervenciones requeridas, todo lo cual posibilita la autonomía de acción en las gestantes, la toma de decisiones y por consiguiente el desarrollo de prácticas de autocuidado que se transforman sus hábitos y que contribuyen a su salud, coincidiendo plenamente con la finalidad de la promoción de la salud (Sillas, Jordán, 2011).

### **Intervención de Enfermería en la población en estudio**

Es importante como profesionales en el área de salud y bienestar educar para colaborar en la disminución de los altos índices de ausentismo a los controles prenatales por parte de las adolescentes embarazadas, mediante la realización de charlas educativas sobre la necesidad de prevenir complicaciones y diagnosticar las distintas patologías materno-fetales, así como brindar información sobre asuntos de educación sexual y reproductivo.

- Como parte fundamental para la gestante adolescente de debe tomar en cuenta el apoyo psicológico, para disminuir riesgos de ansiedad para esto deben colaborar los familiares y la pareja de la madre, involucrarlos, contribuye con el objetivo de brindar confort a las gestantes y facilitar conductas positivas hacia el hijo por nacer y hacia sí mismas.

- Promover la colaboración por parte la de la pareja durante toda la gestación, parto y post parto.



- Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis del desarrollo circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar.
- Ayudar al paciente a adaptarse anticipadamente a los futuros cambios de papeles.
- Programar visitas en momentos de desarrollo circunstanciales estratégicos.

### Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

<b>TABLA N°1: PAE: RIESGO DE PROCESO DE MATERNIDAD INEFICAZ</b>	
<b>DOMINIO: 8 Sexualidad</b>	Clase: 3 Reproducción
<b>Diagnostico NANDA:</b>	Riesgo de Proceso de Maternidad Ineficaz (00227)
<b>Resultado NOC:</b>	Conocimiento: Gestación (1810)
<b>Intervención NIC:</b>	Orientación Anticipatoria (5210)
<b>Actividades:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis del desarrollo circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar.</li> <li>• Ayudar al paciente a adaptarse anticipadamente a los futuros cambios de papeles.</li> <li>• Remitir al paciente a centros comunitarios según corresponda.</li> <li>• Programar visitas en momentos de desarrollo circunstanciales estratégicos.</li> <li>• Involucrar a la familia allegados cuando sea posible.</li> </ul>
(Nanda Internacional, Diagnosticos Enfermeros, 2014)	

**TABLA N°2: PAE: ANSIEDAD**

<b>Dominio: 9 Afrontamiento/Tolerancia Al Estrés</b>	Clase: 2 Respuesta de Afrontamiento
<b>Diagnostico NANDA:</b>	Ansiedad (00146)
<b>Resultado NOC:</b>	Nivel de Ansiedad (1211)
<b>Intervención NIC:</b>	Disminución de la Ansiedad (5820)
<b>Actividades:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.</li><li>• Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</li><li>• Escuchar con atención.</li><li>• Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.</li><li>• Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</li></ul>
(Nanda Internacional, Diagnosticos Enfermeros, 2014)	

**TABLA N°3.- PAE: INCUMPLIMIENTO**

<b>Dominio: 1 Promoción de la Salud</b>	Clase: 2 Gestión de la Salud
<b>Diagnostico NANDA:</b>	Incumplimiento (00079)
<b>Resultado NOC:</b>	Conducta Sanitaria Prenatal (1607)
<b>Intervención NIC:</b>	Cuidados Prenatales (6960)
<b>Actividades:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Comentar la importancia de participar en los cuidados prenatales durante toda la gestación, alentando a la vez la implicación de la pareja o de otro familiar.</li><li>• Alentar la asistencia a clases prenatales.</li><li>• Instruir a la paciente sobre la percepción de los movimientos fetales y la importancia de monitorizar la actividad fetal.</li><li>• Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieren notificación inmediata.</li><li>• Comentar las necesidades y preocupaciones nutricionales, por ejemplo: dieta equilibrada, ácido fólico, seguridad alimentaria y suplementos.</li></ul>
(Nanda Internacional, Diagnosticos Enfermeros, 2014)	

### 2.1.1 Marco Conceptual

#### **Adolescencia.**

Son las principales transformaciones que tienen lugar en los adolescentes, se destacan los aspectos relacionados con lo *social, lo psicológico y lo biológico*. En cuanto a este último, probablemente sea uno de los temas más sistematizados abordados en las investigaciones científicas en tanto existen notables cambios físicos hormonales que unido a las emociones y sentimientos, conforman la sexualidad humana como más amplia expresión de los comportamientos que tienen que ver con la satisfacción del deseo sexual y la reproducción (Santillano, 2009).

**Sexualidad:** La sexualidad está determinada por un conjunto de aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales que condicionan el modo de conducta sexual de cada persona y la forma de relación que tenga con las demás personas.

**Pubertad:** Se la define como la indicación de que se está llegando a la adolescencia, como señal de desarrollo y madurez reproductiva.

**Menarquía:** Aparición de la primera menstruación.

**Precoz:** Temprano, prematuro, que sucede antes de lo previsto o lo usual.

**Prenatal:** Que existe o se produce antes del nacimiento.

**Planificación Familiar:** Permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos, mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad

**Métodos anticonceptivos:** Es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo.

**Prevención:** Es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo.

La organización mundial de la salud (OMS) explica que, la adolescencia es un periodo de desarrollo humano que significa el tránsito de la niñez a la adultez, que transitoriamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, varias de ellas causadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero sustancialmente reales, que caracterizan a la edad. (OMS, 2019).

Esta para su estudio puede dividirse en dos etapas, con características diferentes, con varias formas de enfrentar la sexualidad y un embarazo: adolescencia temprana y tardía (Mendoza, Claros, & Peñaranda, 2016).

Adolescencia temprana hace referencia a las edades comprendidas entre 10 y 14 años, ubicada cronológicamente después de la etapa escolar tardía. Es el momento en el que el individuo comienza sus aspiraciones y se esfuerza por saber quién es y quién quiere ser, durante este proceso se establecen trayectorias que pueden potenciar la aparición de factores de riesgo que comprometan su salud, su papel en la sociedad, proyección y elaboración de sus ideales de vida para el futuro. Rojas, M., Méndez, R., Montero, L. (2016).

Conforme a lo expuesto por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) En la adolescencia temprana empiezan a manifestarse las permutaciones físicas, que usualmente comienzan con una súbita aceleración del crecimiento, continuado por el incremento de los órganos sexuales y las características sexuales colaterales. Aquellos cambios externos son incidentes y pueden convertirse en ansiedad, así como de fervor para los sujetos cuyos cuerpos están en constantes variaciones. La evolución interna del individuo es de gran profundidad, aunque no es visible. Un flamante estudio neurocientífico indica que, en el recorrido de la adolescencia temprana, el cerebro percibe un súbito desarrollo electro-fisiológico. La cantidad de células cerebrales poco a poco logran duplicarse en el transcurso de un año, en cuanto las tramas neuronales se reorganizan radicalmente, con un efecto sustancial en tanto a la capacidad emocional, física y mental. El cambio físico y sexual en las niñas, es aún más temprano cuando entran en la pubertad entre los 12 a 18 meses antes que los varones, se manifiestan en inclinaciones similares a la evolución del cerebro. El lóbulo frontal, porción del cerebro que comanda el razonamiento y la toma de

decisiones, en proceso de evolución durante la adolescencia temprana. Puesto a que dicho desarrollo comienza más tarde y más temporal en los varones, la predisposición de estos es proceder impetuosamente y a pensar de una forma injusta, es más prolongado que en las niñas. Esta anormalidad aporta a la noción de que las mujeres alcanzan la maduración más rápido que los varones. es precisamente en esta etapa de la vida en la cual las mujeres y varones toman mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y logran acoplar su conducta y aspecto a los protocolos que se observen. Pueden llegar a convertirse en partícipes de abusos u acosos sexuales e incluso sentir dudas acerca de su orientación sexual. La adolescencia temprana tendría que ser un momento en el cual el niño o la niña deberían sentirse seguros y con libertad de expresión, sin congojas, contando con el apoyo de los mayores del hogar, la escuela y la comunidad, para el logro de la conciliación para la transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica. (UNICEF, 2011).

### **Relaciones sexuales**

Las relaciones sexuales, desde el punto de vista de la sexología, se conceptualizan como el contacto físico entre personas fundamentalmente con el objeto de dar y/o recibir placer sexual o con fines reproductivos; abarca muchas potenciales formas de relación entre dos personas y no se limita sólo a coito o penetración, incluye comúnmente cualquier contacto que suponga excitación sexual con o sin orgasmo, como abrazos, masajes, caricias o besos en el cuerpo pero no en los genitales, caricias en la zona genital, sexo oral y penetración con o sin eyaculación dentro de la vagina. Dicha actividad sexual en los últimos años está ocurriendo a edades cada vez más precoces, reconociendo promedios de inicio de 13,5-16 años, con edades tan tempranas como los 11 años (Mendoza, 2016).

Esta situación posee estrecha relación con un número significativo de conductas de alto riesgo en los adolescentes, con consecuencias negativas para la salud física y mental de ellos como las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planificados. Así mismo este inicio de las relaciones sexuales a tan temprana edad, puede propiciar la adquisición de hábitos tóxicos y consumo de drogas con mayor probabilidad, unido a otros comportamientos de riesgo como ser

más promiscuos y poseer mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida (Campo, Silva, Meneses, Castillo, Navarrete, 2004).

Los adolescentes exigen hoy el derecho a la libre expresión respecto a su sexualidad como inherente a su desarrollo, al mismo tiempo que asumen muchas prácticas sexuales y reproductivas que no coinciden en muchas ocasiones con la responsabilidad que conlleva el derecho a su expresión abierta y franca, asumiendo riesgos que no se relacionan con los preceptos del desarrollo físico y emocional que se consideran adecuados en este proceso (Rojas, Méndez, & Montero, 2016).

### **Definición de Embarazo**

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín >gravitas<), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), al periodo que se inicia al terminar la implantación, la cual comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación), entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer, encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia (Menéndez, Navas, Hidalgo, Espert, 2012).

El embarazo es un proceso fisiológico que demanda de una atención a las gestantes de máxima calidad, basada en las atenciones para su desarrollo normal, el empleo de la tecnología apropiada y en el reconocimiento del papel esencial que posee la mujer en cuanto a la toma de las decisiones. El respeto a la evolución natural de la gestación, debe primar en toda la atención sanitaria y en cualquier intervención de enfermería que se aplique totalmente de acuerdo a las necesidades y deseos individuales. Dicha atención de calidad conlleva el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas domiciliarias, pruebas y procedimientos

basados en la evidencia científica, la implicación de las gestantes y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención. (MSP Ecuador, 2015).

Según la OMS la protección del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye de forma trascendental el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; además permite realizar una adecuada atención del parto y asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, lo que facilita la disminución incluso de discapacidad de causa congénita en los niños (MSP Ecuador, 2015).

Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud comprende un mínimo de ocho chequeos por personal profesional de salud calificado ya sea médico u obstetrix. Incluso se plantea que esa cantidad de contactos para la atención prenatal, podría reducir las muertes perinatales hasta en 8 por cada mil nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas. (OMS, 2016).

El solo cumplimiento de estos controles por sí solo, no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, se brinde un conjunto de actividades y procedimientos por parte del equipo de salud con el objetivo de identificar factores de riesgo y enfermedades previas que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. La atención a la salud materno-infantil es una prioridad para el Ministerio de Salud Pública, su objetivo principal es la prevención de las complicaciones durante la gestación, teniendo en cuenta un diagnóstico oportuno y una atención adecuada. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano, continuo y de alta calidad, que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal (MSP Ecuador, 2015).

### **Definición de embarazo adolescente**

El embarazo adolescente es la gestación que ocurre en mujeres hasta los 19 años de edad independiente de la edad ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarquía, mientras la adolescente es aún dependiente del núcleo familiar de origen. La fertilidad en los adolescentes aparece

aproximadamente a los seis o siete años antes de ser emocionalmente maduros (Malán, 2016).

### **Embarazo adolescente: Un problema social**

En la actualidad, alrededor de 16 millones de adolescentes tienen un hijo cada año en edades comprendidas desde los 15 a los 19 años. Existe un estimado de un millón de partos en menores de 15 años de edad, fundamentalmente en países en vías de desarrollo. Las complicaciones durante el embarazo y el parto constituyen la segunda causa de defunción, además los recién nacidos de estas madres enfrentan un riesgo considerablemente superior de fallecer en comparación con los nacidos de féminas entre 20 y 24 años de edad (Malán, 2016).

La frecuencia de embarazos en la adolescencia se incrementa mucho más entre las muchachas de grupos vulnerables de pobreza y desprotección social, lo cual lo convierte en un problema de salud pública, donde las condiciones sociales, culturales y económicas determinan el incremento de su prevalencia, aunque se puede presentar en estratos más altos de la sociedad (Malán, 2016).

### **Factores de riesgo del embarazo en adolescentes**

Durante la adolescencia suceden visibles modificaciones físicas en un periodo relativamente corto de tiempo, acompañadas de muchos cambios endocrinos, pero a la vez ocurren desórdenes en el funcionamiento del sistema cardiovascular y nervioso. Lo más significativo además del crecimiento evidente, es la maduración sexual entendida como el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y los cambios en los primarios, aparición de la primera eyaculación y de la primera menstruación (Santillano, 2009).

Los factores de riesgo que en gran medida se relacionan con el embarazo en adolescentes, se pueden determinar en tres ámbitos diferentes pero que confluyen: el individual, caracterizado por el inicio precoz de la actividad sexual, la menarquia precoz, la autoestima baja, las escasas aspiraciones académicas, el empleo incorrecto de los anticonceptivos, las amistades permisivas y que en muchos casos, ejercen presión social; en el plano familiar, destacan la inadecuada relación con los padres, violencia intrafamiliar, antecedentes de embarazos en la



adolescencia, abandono de los progenitores, características del hogar de la adolescente: los ingresos de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar y en cuanto a la dimensión social los factores predominantes son la erotización excesiva de los medios de comunicación, el consumo de drogas y alcohol, la exclusión social, la accesibilidad limitada a los servicios de salud, la falta de cultura generalizada en cuanto a los temas de planificación familiar, entre otros no menos importantes (Malán, 2016).

### **Complicaciones de las embarazadas adolescentes**

El embarazo precoz no planificado se considera un problema de salud pública de alto impacto negativo tanto a nivel individual como social, constituye un tema de investigación muy complejo y una dimensión importante en el tema de las políticas públicas en tanto se percibe como un problema médico, social y psicológico. Puede provocar en las adolescentes severas complicaciones entre las que más se destacan la anemia, carencias nutricionales, la amenaza de aborto, el parto prematuro, la hipertensión inducida por el propio embarazo, la placenta previa, el crecimiento intrauterino retardado, las infecciones, entre otras, además de complicaciones en la salud del niño el cual puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. En el plano social, son muy evidentes los riesgos psicosociales como abandono escolar, dificultades laborales, maltrato físico y psicológico del niño. Además, se produce la afectación psicológica y social en el adolescente varón, también, aunque la pareja femenina, lleva la peor parte. Otro aspecto de gran relevancia lo es sin dudas la doble probabilidad de morir en relación con el parto, mucho más alta que en mujeres adultas (Quintero y Rojas, 2015).

Se pueden resumir las complicaciones de acuerdo con los preceptos de la Organización Mundial de la Salud las cuales se presentan durante el embarazo y el parto y constituyen la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial (OMS, 2018)

## 1. Riesgos biológicos:

➤ **Déficit Nutricional:** Es muy común en la adolescente y se incrementa su riesgo debido a la carencia de nutrientes para el buen desarrollo del feto así como se asocia con anemia y otras carencias de vitaminas y minerales que afectan negativamente sobre el estado de nutrición materno-fetal (Barrantes, Jiménez, Rojas, Vargas, 2003).

➤ **Aborto espontáneo:** relacionado a la falta de madurez reproductiva y en casos menores se puede producir complicaciones en posteriores embarazos (Barrantes, Jiménez, Rojas, Vargas, 2003).

➤ **Partos prematuros:** de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se estima que cada año nacen alrededor de 15 millones de niños prematuros (antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación), factor muy relacionado a una importante influencia sobre la mortalidad neonatal y morbilidad infantil (OMS, 2019).

➤ **Muerte:** El índice de mortalidad materna es muy alto, siendo una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. (OMS, 2018).

➤ **Malformaciones en el feto:** se sabe que hasta un 40% de las malformaciones congénitas se asocian a diversos factores de riesgo que actúan durante el desarrollo del embrión. Estos defectos en el feto que existen consiguen ser causados por alteraciones genéticas, la acción de diversas sustancias tóxicas o fármacos, agentes ambientales como las radiaciones ionizantes, enfermedades que la madre ha padecido durante el embarazo y niños de madres menores de 19 años (Barrantes, Jiménez, Rojas, Vargas, 2003).

➤ **Mayor posibilidad de sufrir “muerte súbita:** A pesar de que las causas de la “muerte súbita del lactante” no han sido aún determinadas, se ha tratado de explicar partiendo de evidencias de que existe una mayor incidencia en este padecimiento en niños nacidos de una madre adolescente (Barrantes, Jiménez, Rojas, Vargas, 2003).

Asimismo, las adolescentes embarazadas tienen mayor predisposición a desarrollar patologías como: pre eclampsia, eclampsia, desproporción feto-pélvica, productos pequeños para la edad gestacional y dificultades respiratorias en el recién nacido. Se conoce que el grupo de mayor riesgo es el de las adolescentes precoces (10-13 años), y que por lo general las tardías (17-19 años) durante el embarazo se comportan como adultas, quedando así las adolescentes intermedias (14-16 años) como grupo más representativo de esta etapa (Manrique *et al*, 2008).

## 2. Riesgos psicosociales

Las consecuencias psicosociales negativas del embarazo en adolescentes no son menores menos severos que los efectos biológicos. Es habitual que estos embarazos se identifiquen por ser un evento no deseado, no planificado, con una relación débil de pareja, lo que conlleva en numerosas ocasiones actitudes de rechazo o de omisión, por temor a las reacciones del grupo familiar y de su medio social (Israel, Lugones, Valdespino, Ambrosio, 2005).

-- Abandono de los estudios: el embarazo también tiene consecuencias sobre las oportunidades de desarrollo profesional y laboral de las adolescentes. La falta de aprendizaje desencadena un subempleo y un bajo status social con pocas oportunidades al progreso. A esto se le une la nula o baja remuneración impidiendo una adecuada calidad de vida (Castro, 2018).

-- Depresión: Por ser un periodo lleno de cambios anatomofisiológicos y adaptativos que contribuyen a modificar sustancialmente la calidad y expectativas de vida de la adolescente, se vincula con sentimientos de depresión, relacionados al desempeño de su nuevo rol (Mora, Hernández, 2015).

-- Rechazo: A raíz del embarazo en adolescentes el apoyo que reciben las jóvenes para integrarse a la sociedad es precario, tanto por su grupo familiar, como por su entorno en general. Esta limitación de participación social activa conduce al aislamiento, a la auto desvalorización y la sumisión, afectando significativamente su salud emocional (Castro, 2018).

-- Embarazos frecuentes: Se relaciona con las mujeres que son madres desde la adolescencia lo que las convierte en mucho más propensas a volver a

embarazarse. Es decir, tienen hijos en intervalos más cortos y un mayor número de descendencias a lo largo de su vida (Castro, 2018).

--. Aumento del círculo de pobreza: Además de los riesgos sociales, como el estancamiento en el desarrollo personal, el abandono escolar pérdida de autonomía y la interrupción de relaciones sociales, otro factor que se relaciona con la fecundidad adolescente es el entorno en el que crece y se desarrolla la mujer. Se evidencia de forma regular que los embarazos de adolescentes son más habituales en comunidades menos escolarizadas y en áreas rurales (Mora, Hernández, 2015).

## **Consecuencias del embarazo en la adolescencia**

### **1. Aumento de las tasas de mortalidad en adolescentes:**

Existen una gran variedad de riesgos tanto nivel biológico, psicológico como social, los cuales se incrementan en los países en vías de desarrollo (OMS, 2018).

### **2. Abortos:**

El aborto inducido es una de las causas más importantes de morbimortalidad en todo el mundo. Cada día se realizan alrededor de 55 000 abortos en condiciones de riesgo y cerca del 95% de ellos se efectúan en países en vías de desarrollo, todo lo cual resulta en la muerte de aproximadamente 200 mujeres a diario (Fonseca, Llanos, Hernández, 2009).

Dicha situación afecta en gran medida la salud reproductiva de este grupo poblacional. Las complicaciones inmediatas que más se reportan al respecto son la sepsis, los abortos incompletos, las hemorragias, las perforaciones uterinas, las complicaciones anestésicas y más tardíamente aparecen las enfermedades inflamatorias pélvicas, el dolor pélvico crónico, la infertilidad secundaria y el embarazo ectópico, acompañado de trastornos psicológicos y hasta la muerte (Fonseca, Llanos, Hernández, 2009).

### **3. Aumento de niños con anomalías congénitos**

Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el niño. Con frecuencia, las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo, lo que puede provocar problemas posteriores graves (Manrique *et al*, 2008)

Aunque no es posible estimar una causa específica a cerca de un 50% de las anomalías congénitas, se han reconocido algunos de factores de riesgo, entre ellos un niño concebido en un embarazo precoz con carencias nutricionales y sin cuidados prenatales recurrentes en la adolescente (OMS, 2016).

### **4. Familias disfuncionales**

Se adicionan consecuencias en el plano social como la formación de familias monoparentales o desarraigada. Pocos son los adolescentes que luego de tener un embarazo a corta edad se establecen como una familia funcional (Noguera, 2012).

### **Control Prenatal en adolescentes embarazadas**

El respeto a la evolución natural del embarazo debe liderar toda la atención sanitaria y cualquier intervención debe ser aplicada solo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer, una atención de calidad a las embarazadas conlleva el seguimiento eficiente del proceso, la realización de las visitas domiciliarias, pruebas y procedimientos basados en la evidencia científica, la implicación de las usuarias y la adecuada coordinación entre todos los niveles de atención, el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para la madre y el recién nacido en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, además disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita, el control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo comprende un mínimo de cinco chequeos por parte del personal profesional de salud calificado (MSP Ecuador, 2015).

Lo ideal es que los cuidados prenatales se inicien antes de la concepción, pero actualmente es más frecuente que las parejas no planifiquen, tomando como referencia el embarazo adolescente que en su mayoría son de este tipo. El control prenatal se realiza con el objetivo de reducir los riesgos que sean modificables, detectar comportamientos, enfermedades y medicamentos que podrían afectar el desarrollo del embarazo y a menudo dañar al feto. Las peores complicaciones perinatales se producen, cuando las adolescentes acuden a su primer control a partir de las 36 semanas de gestación a su consulta de atención primaria o la consulta externa del hospital muy avanzado el embarazo por una emergencia (Velasteguí, Hernández, Real, Roby, Alvarado, Haro, 2018).

El control prenatal está conformado por una serie de entrevistas y visitas programadas de la embarazada con los integrantes del Equipo de Atención Integral de Salud (EAIS), con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y mantener la adecuada preparación para el parto; este debe cumplir con cuatro requisitos fundamentales estos son:

- Atención precoz. El control debe realizarse tempranamente, preferiblemente en el primer trimestre de la gestación lo cual permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, también hace factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo.
- Cuidado periódico. La frecuencia del control prenatal varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren cinco controles como mínimo.
- Atención completa. Los objetivos imprescindibles del control están enfocados en garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la gestante.
- Amplia cobertura. En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal.

La atención prenatal representa un importante escenario para llevar a cabo importantes funciones de promoción y atención de la salud, diagnóstico y la

prevención de enfermedades. Se ha constatado que, cuando se realizan en tiempo oportuno las prácticas adecuadas basadas en objetivos específicos, la atención prenatal puede contribuir a salvar vidas (OMS, 2018).

### **Recomendaciones para un efectivo control prenatal**

Los cuidados prenatales en las gestaciones sin complicaciones deben ser proporcionados por el personal capacitado, con la participación del equipo de salud y el apoyo del especialista gineco-obstetra para consultas o dudas que pudieran presentarse, la atención prenatal deberá ser de fácil acceso para todas las embarazadas, deberá realizarse de manera individualizada y en estrecha relación a su entorno comunitario, debe haber continuidad y debe ser ejecutada por el profesional de la salud con quien la embarazada se sienta a gusto. El lugar en donde se realizan los controles prenatales debe brindar confianza a la embarazada para discutir temas sensibles como violencia doméstica, abuso sexual, enfermedades psiquiátricas, el uso de drogas ilícitas, entre otros aspectos no menos importante para ella y su entorno familiar.

Entre las prioridades de los controles prenatales está capacitar a las mujeres para que puedan tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados en aspectos relacionados con el lugar donde podrá ser atendida durante el parto, de quién podrá recibir los cuidados perinatales y qué exámenes diagnósticos deberá realizarse. A la embarazada se le debe informar oportunamente de forma respetuosa, accesible, clara y consistente de acuerdo a sus necesidades individuales, sobre la participación en sesiones de educación prenatal y gimnasia obstétrica, así como otorgar la información por escrito acerca de los cuidados prenatales, asesoría de lactancia y planificación familiar, dándole todas las oportunidades para discutir sus problemas y aclarar sus dudas.

Desde el primer control prenatal se deberá dar información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones de parto disponibles, consideraciones al estilo de vida incluyendo información sobre la dieta y pruebas de laboratorio.

Las intervenciones que se realicen durante el período prenatal deben ser efectivas, además de ser consensuadas por la paciente (MSP Ecuador, 2015).

### **2.1.2 Antecedentes investigativos**

Según el estudio revisado con el título: “Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales”, publicado en México en el año 2012, se pudo constatar que los embarazos adolescentes alteran la estabilidad de la familia pues a menudo no son planeados y tienen repercusiones de gran importancia en la vida personal de las jóvenes, incluyendo su entorno social. El objetivo del estudio mencionado fue determinar las repercusiones familiares, sociales y las complicaciones para la madre y su hijo que implica un embarazo en la adolescencia; el material y método empleado se basó en el estudio de casos y controles efectuados en el Hospital Civil de Guadalajara, Dr. Juan I. Menchaca, cuyo grupo control lo conformaron 550 puérperas de 20 a 30 años. Los datos se obtuvieron por encuesta directa y fueron analizados con pruebas estadísticas, que arrojaron resultados de gran relevancia como la cantidad de adolescentes gestantes predominantes en el estudio con el estatus de solteras que no contaban con el apoyo por parte de su pareja, que no habían empleado casi en su totalidad los métodos anticonceptivos, además de poseer hábitos tóxicos incluyendo drogas. Todos estos factores conllevaron a un alto riesgo en las embarazadas provocando amenaza de parto pre término entre otras no menos importantes. Como conclusión de la investigación, compartieron que el embarazo en la adolescencia además de tener repercusiones materno perinatales, constituye una gran problemática sociocultural y económico (Panduro, Jiménez, Panduro & Quezada, 2012).

En otro orden, en un artículo publicado revisado cuyo tema fue “El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes” realizado por Quintero y Rojas en el año 2012, se pudo constatar que el estado de gestación en las adolescentes, es un agudo problema de salud pública que provoca desventajas y vulnerabilidades principalmente en las féminas. La investigación realizada expresa con meridiana objetividad, que, a pesar de su alto impacto en la sociedad, requiere que esta entienda lo real de la situación y la imperiosa necesidad de contrarrestar sus causas y consecuencias. Para ello tomaron la decisión de realizar un instrumento para la recolección de información, basado en la técnica de entrevista semiestructurada que fue aplicada a 12 adolescentes gestantes o con



lactantes menores de un año de edad, utilizando el método de análisis de los discursos de los testimonios de sus protagonistas.

En Manta-Ecuador se realizó una investigación denominada “El embarazo en las adolescentes estudiantes del cantón Manta”, en la cual se manifestó que las instituciones de educación deberían establecer estrategias de apoyo dirigidas a la toma de consciencia respecto a obtener la preparación adecuada sobre las prácticas sexuales responsables, incluyendo programas educativos, que estén al día sobre los riesgos que conlleva la problemática planteada, tanto en salud física como psicológica, incluso facilitar el acceso al sistema de salud pública. El objetivo general fue describir las causas y efectos del embarazo en las adolescentes estudiantes de los colegios de Manta. El universo de estudio estuvo conformado por las adolescentes que asistieron a los colegios de Manta. Se empleó la entrevista semiestructurada como técnica y su correspondiente instrumento de investigación (Bello, Dominguez & Mera, 2016).

Basado en la tesis de (Mejía, 2017) los autores Miranda y Castillo (2016) publicaron un análisis titulado “Factores de necesidad asociados al uso adecuado del control prenatal”, cuyo énfasis fue determinar los factores de necesidad que influyen en el uso adecuado del control prenatal en embarazadas; el enfoque analítico y de corte transversal incluyó la cantidad de 730 gestantes escogidas aleatoriamente, donde se obtuvo como resultados que las gestantes acudían al servicio dependiendo del trato y amabilidad del profesional del salud o de la perspectiva del establecimiento.

Según el Proyecto de investigación realizado por Nauta y Pacheco en el año 2017, se pudo evidenciar que las primeras impresiones en torno a las adolescentes gestantes, se originaron hace mucho tiempo y han sufrido una evolución relevante en tanto han sido tomadas como mitos o tabúes a lo largo de los años. A pesar de esto, a principios del siglo xx y con la finalidad de mejorar la atención durante el diagnóstico y el tratamiento prenatal, al igual que para detectar complicaciones materno-fetales, fue necesario implementar un sistema de vigilancia prenatal que al ser aplicado a gran escala y de manera sistematizada, pudiera llegar a ser positivo para dichas adolescentes y convertirse en el precursor del actual sistema

integral, multidisciplinario y de cobertura total que tanto ayuda a las gestantes de todas las edades pero más aún, a las adolescentes.

En la actualidad la situación de los embarazos no planificados en adolescentes, se ha convertido en una problemática de salud pública; a nivel mundial, nacional y distrital se han diseñado y ejecutado numerosas estrategias de prevención del embarazo en este grupo poblacional, y sin embargo no se han logrado los resultados esperados. Al respecto, en el artículo Programa de atención integral a la población adolescente 2008, se evidencia que pese a las intervenciones realizadas sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, dirigidas a promover el uso de métodos de anticoncepción, a mejorar el acceso a dichos métodos, a aumentar los conocimientos sobre las conductas protectoras y de riesgo y a mejorar el uso de los servicios de salud reproductiva, no se ha generado el impacto esperado sobre la maternidad temprana, por lo que sugiere que dichas intervenciones se basen en información sobre las demandas y necesidades de los y las jóvenes (Zambrano, Gayon, Mojica, Cañizares, 2008).

E| embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería en contextos específicos, que permitan diseños más adecuados de los procesos a implementar, según las características propias de cada población. Para lograr tener un impacto positivo, el embarazo en adolescentes se debe abordar de forma global, con el objetivo de brindar soluciones integrales; dichas soluciones deben provenir desde los distintos ámbitos que conforman la sociedad, buscando prioritariamente la participación activa de la población adolescente y sus familias. A partir de lo expuesto anteriormente, se plantearán algunas intervenciones dirigidas al fenómeno de estudio, las cuales permitirán direccionar el cuidado de enfermería.

## **2.2 Hipótesis**

### **2.2.1 Hipótesis general**

Si se cumplieran con los controles prenatales de las adolescentes embarazadas que asisten al circuito de salud “Lucha Obrera”, con la sistematicidad y eficacia que se requiere, se lograrían prevenir complicaciones durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal en dichas gestantes.

## **2.3 VARIABLE**

### **2.3.1 Variable independiente**

Cumplimiento de los controles prenatales

### **2.3.2 Variable dependiente**

Desarrollo de los embarazos en adolescentes

### 2.3.3 Operacionalización de las Variables

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
<b>Desarrollo de los embarazos en adolescentes</b>	El embarazo adolescente es la gestación que ocurre en mujeres hasta los 19 años de edad independiente de la edad ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarquía, mientras la adolescente es aún dependiente del núcleo familiar de origen.	Edad biológica de la embarazada	Rango de edad	10 a 13 años (adolescencia temprana) 14 a 17 años (adolescencia media) 18 a 19 años (adolescencia tardía)
		Nivel de estudio más alto alcanzado por la adolescente embarazada	Nivel de estudio	Primario Secundario
			Abandono de los estudios después del embarazo	Si No
		Nivel de ingresos económicos en el hogar donde reside la adolescente embarazada	Ingresos económicos	Bajo ( $\leq$ 394 dólares) Medio (de 400 a 900 dólares) Alto ( $\geq$ 1000 dólares)

VARIABLE DEPENDIENTE (cont)	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
<b>Desarrollo de los embarazos en adolescentes</b>	El embarazo adolescente es la gestación que ocurre en mujeres hasta los 19 años de edad independiente de la edad ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarquía, mientras la adolescente es aún dependiente del núcleo familiar de origen.	Tipo de material de construcción de la vivienda donde reside la embarazada	Material de construcción de la vivienda	Bloque o ladrillo Madera Caña Adobe Otros
		Número de personas que convive actualmente con la adolescente embarazada	Número de personas que conviven con la embarazada	Uno a dos Tres a cuatro Cinco a seis Más de seis
		Personas o familiares que conviven con la adolescente embarazada	Persona que conviven con la embarazada	Madre Padre Hermanos Abuelos Tios Pareja Otros

VARIABLE DEPENDIENTE (cont)	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
<b>Desarrollo de los embarazos en adolescentes</b>	El embarazo adolescente es la gestación que ocurre en mujeres hasta los 19 años de edad independiente de la edad ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarquía, mientras la adolescente es aún dependiente del núcleo familiar de origen.	Edad de inicio de la primera menstruación	Menarquia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A los 9 años</li> <li>• De los 10 a los 11 años</li> <li>• De los 12 a los 15 años</li> <li>• De 16 años en adelante</li> </ul>
		Padecimiento de enfermedad antes de quedar embarazada	Padecimiento de enfermedades previas al embarazo	Si No ¿Cuál?
		Adicción a hábitos tóxicos de la adolescente embarazada	Hábitos tóxicos	Cigarro Alcohol Drogas Otros
		Edad del comienzo de las relaciones sexuales	Comienzo de las relaciones sexuales	Antes de los 10 años De los 10 a los 13 años De los 14 a los 17 años De 18 años en adelante

VARIABLE DEPENDIENTE (cont)	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
<b>Desarrollo de los embarazos en adolescentes</b>	El embarazo adolescente es la gestación que ocurre en mujeres hasta los 19 años de edad independiente de la edad ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarquía, mientras la adolescente es aún dependiente del núcleo familiar de origen.	Motivo de la primera relación sexual	Motivo de la primera relación sexual	Amor y Deseo Curiosidad Por complacer a su pareja Por presión de sus amigas Abuso sexual Otros
		Razón de la no utilización de métodos anticonceptivos por la adolescente	Razón de no utilizar métodos anticonceptivos	<input type="checkbox"/> Deseo de quedar embarazada <input type="checkbox"/> Desconocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su modo de empleo. <input type="checkbox"/> Por relación sexual inesperada <input type="checkbox"/> No lo creyó necesario <input type="checkbox"/> Presión de su pareja para no emplearlos, especialmente el condón <input type="checkbox"/> Otros

VARIABLE DEPENDIENTE (cont)	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
<b>Desarrollo de los embarazos en adolescentes</b>	El embarazo adolescente es la gestación que ocurre en mujeres hasta los 19 años de edad independiente de la edad ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarquía, mientras la adolescente es aún dependiente del núcleo familiar de origen.	Embarazos que ha tenido la adolescente antes de la investigación	Embarazos previos	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>
			Número de embarazos previos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno</li> <li>• Dos</li> <li>• Tres</li> </ul>
		Complicaciones que sufrió la adolescente en un embarazo anterior al actual	Complicaciones durante el embarazo anterior	<p>Anemia</p> <p>Amenaza de aborto</p> <p>Pre-eclampsia</p> <p>Sepsis urinaria</p> <p>Crecimiento uterino retardado del feto</p> <p>Placenta previa</p> <p>Otros</p>
		Tiempo de gestación actual de la adolescente	Tiempo de gestación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primer trimestre (De 1 a 12 semanas)</li> <li>- Segundo trimestre (De 13 a 20 semanas)</li> <li>-Tercer trimestre (De 21 a 39 semanas)</li> <li>No sabe</li> </ul>



VARIABLE DEPENDIENTE (cont)	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION O CATEGORIA	INDICADOR	INDICE
Desarrollo de los embarazos en adolescentes	El embarazo adolescente es la gestación que ocurre en mujeres hasta los 19 años de edad independiente de la edad ginecológica, entendiéndose por tal, al tiempo transcurrido desde la menarquía, mientras la adolescente es aún dependiente del núcleo familiar de origen.	Complicaciones que ha sufrido la adolescente en el actual embarazo	Complicaciones durante el embarazo	Anemia Amenaza de aborto Pre-eclampsia Sepsis urinaria Crecimiento uterino retardado del feto Placenta previa Otros
		Actitud o sentimiento que demuestra la adolescente frente al embarazo	Actitud o sentimiento frente al embarazo	Alegría Aceptación Angustia Tristeza Miedo Inseguridad Rechazo Otro

## **CAPITULO III**

### **3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Método de investigación**

Se aplicaron los métodos tanto a nivel teórico como a nivel empírico tales como inductivo-deductivo, pues el presente estudio estuvo encaminado a indagar de lo particular a lo general, ya que partió de la observación directa a la comprensión general del problema estudiado. Por otra parte, se incluyó el método analítico-sintético, pues se logró procesar la información obtenida mediante una encuesta, lo que permitió, basado en el análisis de la misma, formular soluciones a la problemática. También se puso en práctica el método histórico-lógico, como uno de los más importantes, puesto que la investigación se apoyó de la información obtenida de las teorías planteadas previamente sobre la temática de estudio.

#### **3.2 Modalidad de investigación**

El presente estudio, con respecto a la medición y alcance de las variables, presentó un enfoque cuali-cuantitativo, ya que se recopiló información de variables tanto numéricas como categóricas, las que se analizaron e interpretaron, lo que facilitó ofrecer respuesta a los objetivos y la hipótesis planteada.

#### **3.3 Tipo de investigación**

Según el propósito de la investigación fue no experimental, según el lugar se clasificó como un estudio de campo, ya que se realizó en el mismo sitio donde sucedieron los hechos. Según el nivel, fue descriptivo, ya que una vez que se recopilaron y analizaron todos los datos de interés, se pudo describir la problemática planteada en el sitio para poder llegar a conclusiones reales. De acuerdo a la dimensión temporal fue transversal ya que los datos se obtuvieron en un solo momento en el transcurso que duró la investigación.

## **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la información**

### **3.4.1 Técnicas**

#### Observación científica no estructurada y directa

Se observó la temática de manera intencional la que fue de ayuda para la obtención de datos.

#### Encuesta

Permitió la obtención de la información de forma ordenada mediante un instrumento el cual ayudó a recopilar la información necesaria que luego fue tabulada y analizada con el fin de obtener respuestas a las interrogantes planteadas y a los objetivos trazados.

### **3.4.2 Instrumento**

Se aplicó un cuestionario a las adolescentes que acudieron a dicha unidad las cuales fueron participes como objeto de análisis, el mismo que fue diseñado con anterioridad por las investigadoras y se validó por la docente tutora donde se incluyeron preguntas abiertas y cerradas, dicotómicas y politómicas, las cuales permitieron recopilar los datos necesarios para poder describir la problemática planteada.

## **3.5 Población y muestra de investigación**

### **3.5.1 Población**

La población de estudio estuvo constituida por 35 adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el circuito de salud “Lucha Obrera” en el período de tiempo comprendido en la investigación, teniendo en cuenta el análisis facto-perceptual realizado por las investigadoras.

### **3.5.2 Muestra**

El tipo de muestreo que se empleó, fue el no probabilístico intencional, para lo cual se tomaron en cuenta criterios de inclusión y exclusión establecidos por las

investigadoras. La muestra finalmente quedó constituida por 25 adolescentes embarazadas.

### **Criterios de inclusión**

- Adolescentes embarazadas desde los 10 a los 19 años que desearon participar en el estudio.
- Adolescentes embarazadas cuyos padres estuvieron de acuerdo en que sus hijas participaran en el estudio, teniendo en cuenta el consentimiento informado y la voluntariedad ante todo (a destacar que, hasta los 18 años, son menores de edad).

### **Criterios de exclusión**

- Adolescentes embarazadas que no desearon participar en el estudio.
- Adolescentes embarazadas cuyos padres no estuvieron de acuerdo en que sus hijas participaran en el estudio.

### 3.6 CRONOGRAMA DEL PROYECTO

N°	MESES	MAYO					JUNIO					JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Convocatoria para proceso de titulación					■																				
2	Socialización de proceso de titulación				■																					
3	Inscripción en proceso de titulación en página sait.utb.ec					■																				
4	Entrega de documentos de matriculación en proceso se titulación						■	■																		
5	Socialización de manejo sistema SAI.UTB para tutores y alumnos							■																		
6	Petición y designación de tutor								■																	
7	Presentación de tema de proyecto y aprobación								■																	
8	Seminarios para preparación de proyecto de investigación								■	■	■															
9	Elaboración de perfil (1ra etapa)								■																	
10	Recopilación de la información								■																	
11	Desarrollo del Capítulo I								■																	
12	Revisión del Capítulo I									■																
13	Desarrollo del Capítulo II										■															
14	Revisión del Capítulo II											■														
15	Desarrollo del Capítulo III											■	■													
16	Revisión del Capítulo III												■	■												
17	Elaboración de las encuesta													■												
18	Aplicación de las encuesta														■											
19	Tamización de las encuestas														■	■										
20	Desarrollo del Capítulo IV																■	■								
21	Elaboración de conclusiones																		■							
22	Desarrollo del Capítulo V																		■							
23	Presentación de Tesis																			■						
24	Sustentación de la previa																			■	■					

### 3.7 RECURSOS

#### 3.7.1 Recursos humanos

RECURSOS HUMANOS	NOMBRES
Investigadoras	Muñoz Jimenez Narcisa Ivonne Solorzano Lamilla Yamilet Jackeline
Tutora del proyecto de investigación	Dra. Alina Izquierdo Cirer. MSc.

#### 3.7.2 Recursos económicos

RECURSOS ECONOMICOS	INVERSIÓN
Seminario de tesis	12
Primer material escrito en borrador	7
Material bibliográfico	8
Copias	8
Fotografías	9
Anillados	3
Equipo de informática	6
Internet	66
Material de escritorio	14
Alimentación	12
Movilización y transporte	8
Total	153

### **3.8 Plan de tabulación y análisis de datos**

Se realizó el análisis de los datos en relación con los objetivos planteados en el estudio, mediante cómputo de sumas, frecuencias y promedios de la información obtenida a partir de las encuestas realizadas al grupo poblacional de interés, los cuales se tabularon y digitalizaron para elaborar la matriz de datos.

#### **3.8.1 Base de datos**

La matriz de datos se efectuó en una hoja de cálculo lo cual facilitó el procesamiento de la información y se realizaron copias de seguridad en dispositivos externos de almacenamiento.

#### **3.8.2 Procesamiento y análisis de los datos**

El programa Excel del paquete office se empleó para el procesamiento de los datos, sobre la base de un computador personal con Windows 10. Los resultados se muestran en cuadros simples de doble entrada, cuadros comparativos y en gráficos de pastel.

Los métodos estadísticos-matemáticos contribuyeron a tabular y procesar los datos empíricos que se lograron, empleando la distribución de frecuencias de datos y cálculos de los porcentajes de las variables. La interpretación de los resultados se empleó para proporcionar el sustento de obtención de las conclusiones y las recomendaciones.

## **CAPITULO IV**

### **4. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION**

#### **4.1 Resultados obtenidos de la investigación**

Durante el período que transcurrió desde mayo a septiembre de 2019, fueron recolectados los datos de 25 adolescentes embarazadas que asistieron al Circuito de Salud “Lucha Obrera” del cantón Babahoyo, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión planteados anteriormente para el presente estudio.

En cuanto a los factores de riesgos biológicos y psicológicos (grupos etarios, edad de inicio de la menarquia, número de embarazos previos, hábitos tóxicos, enfermedades previas, complicaciones durante la gestación y trastornos psicológicos previos a la gestación), se muestran a continuación los principales resultados obtenidos.

La muestra se dividió en tres grupos etarios teniendo en cuenta los criterios de la American Academy of Pediatrics del 2019. Se detallan en la tabla 1 las frecuencias y los porcentos en cada uno de estos grupos.

-- 10 a los 13 años: adolescencia temprana

-- 14-17 años: adolescencia media

-- 18-19 años: adolescencia tardía



**Tabla 1. Rango de edades de las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera**

Grupo de edades de las adolescentes embarazadas	Adolescentes embarazadas	
	n	%
10 a 13 años	4	16,0 %
14 a 17 años	12	48,0 %
18 a19 años	9	36,0 %
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Encuesta realizada por las investigadoras

Se evidenció que el grupo etario que prevaleció entre las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera”, fue el comprendido entre los 14 y los 17 años. El grupo de 18 y 19 años también ostentó una cifra alta que, sumado al anterior, expresan el 84% del total de adolescentes que se encuentran en período de gestación.

En relación a la edad de inicio de la menstruación o menarquia, se destaca que el 76 % de las adolescentes embarazadas incluidas en el presente estudio, manifestaron haberla tenido de los 10 a los 11 años, mientras que en el 16% esto ocurrió en el rango de los 12 a los 14 años, solo en el 8 % de las gestantes la menarquia tuvo lugar a los nueve años.

En cuanto a las adolescentes embarazadas participantes en la investigación que refirieron haber desarrollado un embarazo anterior, en siete casos se comprobó dicha afirmación para un 28,0 %, lo cual representa un importante precedente en tanto la mayoría de las gestantes del presente estudio estaban comprendidas en el grupo de adolescencia media.

Otro aspecto muy importante incluido dentro de los factores de riesgo de tipo biológico, se encuentra la presencia de hábitos tóxicos en las gestantes participantes en la investigación, lo cual se muestra en las tablas que aparecen a continuación.

**Tabla 2. Hábito de consumo de cigarros en las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera.**

Grupo de edades de las adolescentes embarazadas	Hábito del consumo de cigarros			
	Si		No	
	n	%	n	%
10 a 13 años	2	50 %	2	50 %
14 a 17 años	5	41,7 %	7	58,3 %
18 a 19 años	7	77,8 %	2	22,2 %
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>56 %</b>	<b>11</b>	<b>44 %</b>

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras

**Tabla 3. Hábito de consumo de alcohol en las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera.**

Grupo de edades de las adolescentes embarazadas	Hábito del consumo de alcohol			
	Si		No	
	n	%	n	%
10 a 13 años	1	25 %	3	75 %
14 a 17 años	6	50 %	6	50 %
18 a 19 años	8	88,9 %	1	11,1 %
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>60 %</b>	<b>10</b>	<b>40 %</b>

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras

**Tabla 4. Hábito de consumo de drogas en las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera.**

Grupo de edades de las adolescentes embarazadas	Hábito del consumo de drogas			
	Si		No	
	n	%	n	%
10 a 13 años	0	0 %	4	100 %
14 a 17 años	1	8,3 %	11	91,7 %
18 a 19 años	2	22,2 %	7	77,8 %
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>12 %</b>	<b>22</b>	<b>88 %</b>

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras

En relación a la presencia de enfermedades previas, es válido destacar que en solo dos adolescentes embarazadas (8 %) se pudo constatar que tenían antecedentes de sufrir de asma bronquial controlada por medicamentos.

En relación a las complicaciones manifestadas durante la gestación, se pudo evidenciar a través del cuestionario aplicado, que el 20 % de las gestantes habían sufrido de sepsis urinaria, el 52 % de ellas presentaron anemia, el 12 % tuvieron amenaza de aborto y en dos casos se refirió crecimiento intrauterino retardado del feto (8 %).

Los trastornos psicológicos previos a la gestación, fueron evidenciados también a través de las preguntas realizadas en el cuestionario aplicado, siendo significativo la bajo autoestima en 14 adolescentes gestantes (56 %), la inseguridad por haber sufrido de bullying reiterado en seis casos (24 %) y los síntomas propios de la bulimia en cuatro casos (16 %).

En el aspecto relacionado con los factores de riesgo conductuales y familiares, los principales hallazgos detectados se pueden detallar en varios sentidos, comenzando por los conflictos familiares que sufrieron las adolescentes antes del embarazo, destacándose el maltrato psicológico en el 32 % de los casos, todos provocados por sus parejas, lo cual es un hecho alarmante teniendo en cuenta que debería ser la persona que más apoyo debe brindarle. También en el 24 % de las adolescentes se pudo constatar que hubo antecedentes de violencia intrafamiliar.

La situación anterior se une a la actitud de la adolescente ante el embarazo actual, la cual en el 44 % de las adolescentes llamó la atención los sentimientos de tristeza, miedo, rechazo y angustia.

En cuanto al inicio de la vida sexual activa, los datos más relevantes se muestran a continuación en la tabla 5:

**Tabla 5. Edad de comienzo de las relaciones sexuales en las adolescentes embarazadas del Circuito de Salud “Lucha Obrera.**

Edad del inicio de las relaciones sexuales	Adolescentes embarazadas	
	n	%
10 a 13 años	7	28 %
14 a 17 años	13	52 %
18 a 19 años	5	20 %
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0 %</b>

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras

A continuación, en la tabla 6 se detallan los motivos por los cuales las adolescentes tuvieron su primera relación sexual.

**Tabla 6. Motivos que propiciaron la primera relación sexual en las adolescentes del circuito de salud “Lucha Obrera.**

Motivo de la primera relación sexual	Adolescentes embarazadas	
	n	%
Amor y Deseo	6	24 %
Curiosidad	8	32 %
Por complacer a su pareja	6	24 %
Por presión de sus amigas	5	20 %
Abuso sexual	0	0 %
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras.

Es de destacar que el 56 % de las adolescentes gestantes manifestaron que por curiosidad o por complacer a sus parejas, tuvieron su primera relación sexual.

En la tabla No. 7 se muestran los resultados en cuanto a las razones esgrimidas por las adolescentes para no emplear los métodos anticonceptivos de manera sistemática en sus relaciones sexuales.

**Tabla 7. Razones del empleo no sistemático de los métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera.**

Acciones para prevenir los embarazos	Adolescentes embarazadas	
	n	%
Desconocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su modo de empleo.	17	68 %
Presión de su pareja para no emplearlos, especialmente el condón	5	20 %
Olvido de las tabletas anticonceptivas	2	8 %
Confianza en el “método del ritmo”	1	4 %
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0 %</b>

**Fuente:** Encuesta realizada por las investigadoras.

Observando la tabla anterior y el resultado de las respuestas de las adolescentes incluidas en el estudio, resalta el porcentaje tan elevado que manifestaron no tener conocimientos sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su modo de empleo, en especial el condón, pues solo en tres casos lo habían empleado (12 %) de manera inconstante y en dos (8 %), habían tomado las tabletas anticonceptivas, pero con olvidos, por lo que no fueron efectivas.

En cuanto al paradigma de educación sexual de sus padres, las adolescentes objeto de estudio manifestaron en un 84 %, no haber recibido casi nunca explicaciones, consejos u orientaciones sobre sexualidad de parte de sus progenitores.

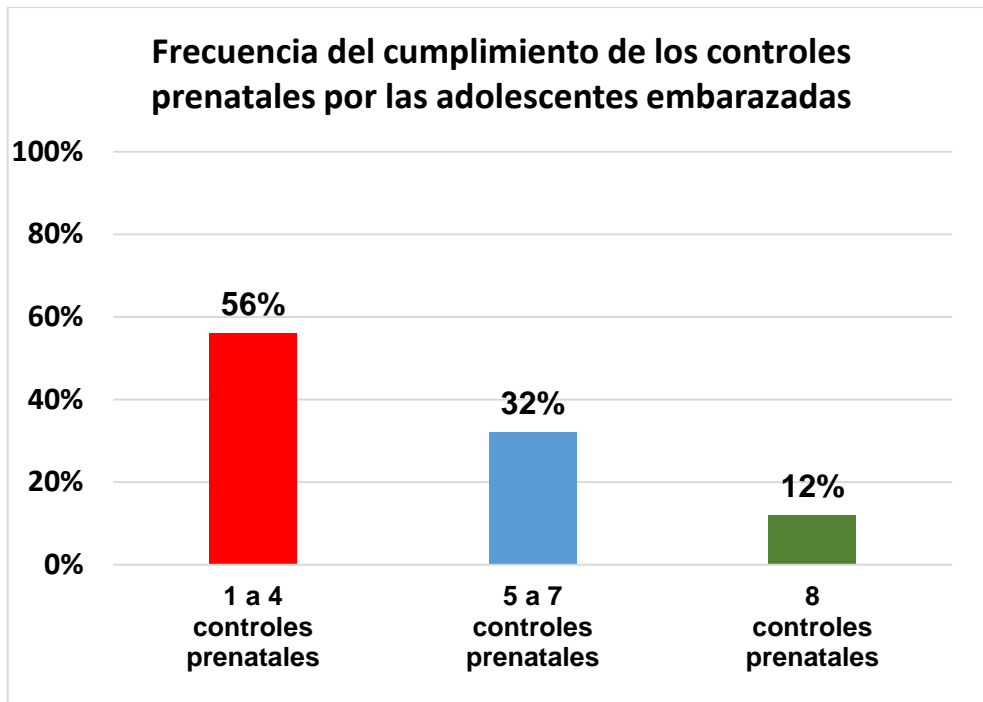
Haciendo referencia a la educación sexual impartida por parte de los maestros en los colegios donde habían asistido las adolescentes encuestadas, se pudo corroborar de forma unánime que apenas fueron tratados los temas relacionados con la prevención de embarazos en las adolescentes, el empleo de

los métodos anticonceptivos, la igualdad de género, los cambios fisiológicos de la pubertad en ambos géneros, así como las causas y las consecuencias de contraer una infección de transmisión sexual.

En término del nivel de conocimiento de las adolescentes gestantes sobre las consecuencias físicas que puede acarrear una gestación en esta etapa de la vida, es importante señalar que solo 9 (36 %) adolescentes manifestaron conocer algunos riesgos de un embarazo a esa edad, pero sobre todo en función de la posibilidad de tener que dejar los estudios y no poder superarse.

En cuanto a los factores de riesgo socioeconómicos que pueden influir en la ocurrencia de los embarazos de las adolescentes, destacan el bajo nivel de ingreso per cápita en el hogar donde residen las adolescentes, el tipo de construcción de las viviendas que en su mayoría eran de caña o adobe con un nivel alto de hacinamiento, predominando uno o dos habitaciones en la totalidad de los casos con más de seis personas conviviendo con la adolescente gestante.

En relación al cumplimiento de los controles prenatales por parte de las adolescentes embarazadas, se observa en el gráfico 1, que 14 (56 %) de estas adolescentes se presentaron a controles prenatales de forma muy insuficiente (de uno a cuatro durante toda la gestación) y que ocho jóvenes (32 %) cumplieron con algunos controles indicados (de cinco a siete) pero no con la totalidad mínima establecida por la Organización Mundial de la Salud (ocho). De este porcentaje, solo tres gestantes (12 %) asistieron de forma responsable y disciplinada a todas las citas indicadas por el personal de salud del circuito referido en el cantón Babahoyo.



Fuente: Encuesta realizada por las investigadoras

**Gráfico 1. Frecuencia de cumplimiento de los controles prenatales por las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera”.**

Dichos resultados evidencian una real problemática en cuanto al cumplimiento permanente y sistemático de los controles prenatales por parte de las adolescentes embarazadas, en tanto solo tres asistieron a la totalidad de las consultas establecidas y cumplieron con todas las indicaciones tanto por parte del médico como del personal de enfermería.

Teniendo en cuenta el análisis de la variable dependiente identificada en la presente investigación (desarrollo de los embarazos en las adolescentes), se observó el o los embarazos previos que hubieran tenido, el número de veces que presentaron diversas complicaciones en las gestaciones anteriores, el tiempo de la gestación actual, las acciones preventivas para evitar que aumentara el número de adolescentes embarazadas y la promoción en cuanto a la participación de la pareja en la asistencia a los controles prenatales.

En este sentido, se detectaron que cuatro gestantes (16 %), habían tenido ya un primer hijo y en un solo caso (4 %), había sido madre ya en dos ocasiones previas. En relación a los problemas de salud o complicaciones enfrentadas en

esas adolescentes encuestadas, manifestaron que en los embarazos previos habían sufrido de anemia todas las gestantes (100%), de crecimiento intrauterino retardado del feto en dos casos (8 %), de amenaza de aborto en una (4 %) y de sepsis urinaria en tres (12 %).

En cuanto al embarazo actual, cinco pacientes refirieron estar en el primer trimestre (20 %), 17 en el segundo (68 %) y tres en el tercero (12 %). En estos dos últimos casos, de 20 adolescentes encuestadas, 18 (72 %) no realizaron la captación del embarazo durante el primer trimestre por motivos diversos, entre ellos, el desconocer su importancia, por estar ocupadas o por no sentirse seguras de haberse embarazado. Otro aspecto observado de gran importancia fue el correspondiente a la asistencia de la gestante con su pareja a los controles prenatales establecidos, lo cual ocurrió en tan solo seis adolescentes (24 %); el resto acudió sola, con su madre o con una amiga.

Se pudo determinar que algunos de las acciones más importantes que deben realizar los profesionales sanitarios y en especial, el personal de enfermería en el contexto de los controles prenatales, no fueron cumplidos en su totalidad por parte del personal de salud a cargo de la atención durante el embarazo.

#### **4.2 Análisis e interpretación de los datos**

La muestra de investigación estuvo constituida por 25 adolescentes que asistieron al circuito de salud “Lucha Obrera” del cantón Babahoyo, en la provincia de Los Ríos en el período de tiempo determinado en el estudio. Según los datos oficiales suministrados por el Plan Nacional de Prevención del Embarazado en Ecuador, se detalla que, en Colombia, Ecuador y Venezuela, más del 20 % de las adolescentes son madres o están embarazadas (Guijarro, s.f.).

La muestra se dividió en tres grupos etarios teniendo en cuenta los criterios de la American Academy of Pediatrics del 2019, (10 a los 13 años: adolescencia temprana; de 14-17 años adolescencia media; de 18-19 años: adolescencia tardía)



Según lo expresado por Allen y Waterman en su trabajo publicado en el 2019, durante la primera etapa de la adolescencia, los niños comienzan a crecer más rápido, también notan otros cambios corporales, entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las féminas y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. Generalmente se inician estos cambios, uno o dos años antes en las niñas y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los ocho años para las niñas y a los nueve años para el género masculino. Muchas niñas tienen su primera menstruación alrededor de los doce años, en promedio de dos a tres años después del comienzo del desarrollo de los senos, pero cada vez se percibe más la aparición a más temprana edad de la menarquia. Estos cambios corporales suelen provocar curiosidad y ansiedad en muchos niños y pueden hasta generarle controversia su identidad de género.

Además los adolescentes más jóvenes tienen ideas concretas y extremistas, sin muchos matices, con el característico "egocentrismo", que se acompaña de inhibición por su apariencia, sienten una mayor necesidad de privacidad y comienzan a explorar formas de ser independientes de su familia, probando límites con inmensa curiosidad por todo lo que se relaciona con la sexualidad pero sin contar aún con la información necesaria, lo que acarrea graves riesgos si no son adecuadamente orientados (Allen, Waterman 2019).

En cuanto a la segunda etapa de la adolescencia, los cambios físicos continúan en ascenso, la mayoría de los varones comienzan su gran crecimiento los cambios relacionados con la pubertad son más evidentes, como el cambio en el tono de la voz, la aparición del acné y en el caso de las niñas, pueden tener menstruaciones regulares en ocasiones y en otras no por los cambios hormonales tan bruscos (Allen, Waterman 2019).

A esta edad, es común que a muchos adolescentes les surja el interés en las relaciones románticas y sexuales, así como en explorarlas y afirmar su identidad sexual, lo que podría resultar estresante y riesgoso si no cuentan con el apoyo de sus coetáneos, de la familia o de la comunidad, máxime cuando sienten la necesidad de pasar gran parte de su tiempo con su círculo de amigos. Los adolescentes siguen pocas veces la lógica de evitar riesgos, ya que sus emociones

fuertes frecuentemente rigen sus decisiones cuando entran en juego los impulsos. Esto provoca que en muchas ocasiones se involucren en relaciones sexuales sin las precauciones debidas ni medir las consecuencias de sus actos, lo que desencadena embarazos e infecciones de transmisión sexual (Allen, Waterman 2019).

En la adolescencia tardía por lo general ya se completa el desarrollo físico y se alcanza la altura definitiva como adultos, además se suele tener más control de los impulsos y se puede valorar los riesgos con mayor precisión, pero sin abandonar las ilusiones e ideales. Las amistades y las relaciones románticas se tornan más estables, aunque siempre se necesita del consejo u orientación de los padres. Es una etapa menos peligrosa en comparación a las anteriores, pero no exenta de riesgos en cuanto a salud sexual y reproductiva (Allen, Waterman 2019).

Se evidenció que el grupo etario que prevaleció entre las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera”, fue el comprendido entre los 14 y los 17 años. El grupo de 18 y 19 años también ostentó una cifra alta que, sumado al anterior, expresan el 84% del total de adolescentes que se encuentran en período de gestación.

Es válido señalar que Ecuador es uno de los países con menor asistencia de adolescentes al nivel secundario de educación, con menos del 50 %, lo que supone un factor de riesgo para las altas cifras de embarazos en estas edades (Guijarro, s.f.).

Los factores que están en estrecha relación con el acceso y la permanencia en el sistema educativo, así como con la pertinencia de los contenidos educativos que se imparten, tienen un gran impacto en la incidencia del embarazo y la maternidad precoz en la adolescencia. Las adolescentes que asisten con regularidad a la escuela y logran culminar los niveles de enseñanza, tienen mayores probabilidades de continuar su formación y acceder en un futuro a mejores oportunidades de empleo. Este es uno de los factores fundamentales que alejan la posibilidad de una gestación no planificada en jóvenes que aún no están preparadas para asumir tamaña responsabilidad (Guijarro, s.f.).

Se plantea que hasta un 49 % de adolescentes embarazadas se encuentran fuera de los colegios, otras abandonan los estudios secundarios, el 7,5 % lo hacen por tener una gestación y el 5 % ya ha contraído matrimonio. Las mujeres sin escolaridad tienen la edad de la primera unión marital a los 17,7 años aproximadamente (Mendoza, 2016).

En relación a la edad de la menarquia, es de destacar que el 76 % de las adolescentes embarazadas incluidas en el presente estudio, manifestaron haberla tenido de los 10 a los 11 años, mientras que en el 16% esto ocurrió en el rango de los 12 a los 14 años, solo en el 8 % de las gestantes la menarquia tuvo lugar a los nueve años. De manera que al sumar las que vieron su primera menstruación de forma tan precoz con las que les sucedió en el rango de los 10 a los 11 años, dio como resultado que el 92 % de las adolescentes encuestadas ya estaban listas desde el punto de vista biológico para procrear, pero no desde el punto de vista de la madurez psicológica. Es una evidente contradicción que el patrón biológico que se está observando en la actualidad de iniciar la pubertad a edades más cada vez más tempranas, no va de la mano con el desarrollo cognitivo y emocional (Rodríguez, 2008).

Esta situación evidencia la necesidad de iniciar conversaciones francas y abiertas, desde la adolescencia temprana, tanto en el ámbito familiar como educativo, sobre temas de trascendental importancia sobre las relaciones saludables, el sexo, la sexualidad, el consentimiento de ambos miembros de la pareja desde la igualdad de género y la seguridad en función de prevenir una infección de transmisión sexual, un embarazo no planificado y el consumo abusivo de alcohol o drogas (Allen, Waterman 2019).

En el 28,0 % de las adolescentes embarazadas participantes en la investigación, refirieron haber desarrollado una gestación anterior, lo cual representa un alto porcentaje teniendo en cuenta que la mayoría estaban comprendidas en el grupo de adolescencia media, lo cual significa que desde los 10 a los 13 años, ya habían salido embarazadas.

Otro aspecto muy importante incluido dentro de los factores de riesgo, se encuentra la presencia de hábitos tóxicos en las gestantes participantes en la

investigación. Un 56 % de dichas adolescentes eran fumadoras y un 60 % consumían alcohol regularmente, sobre todo los fines de semana, lo cual evidencia un importante factor de riesgo o determinante de tipo individual para el mantenimiento de las conductas irresponsables e inseguras en dicho grupo que pueden propiciar el mantenimiento de las relaciones sexuales sin protección e incluso con diferentes parejas llevando a la promiscuidad sexual en muchas ocasiones (Mendoza, 2016).

En otro orden, los resultados arrojaron que solo dos adolescentes embarazadas tenían antecedentes personales de sufrir, desde la niñez, de asma bronquial controlada por medicamentos, dato que no es relevante para el estudio en términos de porcentajes, pero sí alerta sobre el peligro que puede desencadenar una patología previa como la descrita, sin que se le ofrezca el seguimiento adecuado en los controles prenatales, tanto en función de prevenir las causas que pueden provocarla como de su control y tratamiento específico.

Los trastornos psicológicos previos a la gestación, fueron evidenciados también a través de las preguntas realizadas en el cuestionario aplicado, siendo significativo la bajo autoestima en 14 adolescentes gestantes (56 %), la inseguridad por haber sufrido de bullying reiterado en seis casos (24 %) y los síntomas propios de la bulimia en cuatro casos (16 %). También se manifestaron estrés, seguido de tristeza y depresión en algunas adolescentes embarazadas, lo cual coincide con Regina Cogollo, investigadora de la Universidad de Córdoba, que encontró dichos problemas psicológicos, unidos a sentimientos de desamparo y soledad en las muchachas gestantes (Cogollo, 2012).

En relación a las complicaciones manifestadas durante la actual gestación, se pudo evidenciar a través del cuestionario aplicado, que cinco gestantes, habían sufrido de sepsis urinaria (20 %), 13 de anemia (52 %), tres tuvieron amenaza de aborto (12 %) y en dos casos se le había diagnosticado por el obstetra, crecimiento intrauterino retardado del feto (8 %). Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo (Izaguirre, 2016).

Las cifras anteriormente referidas, coinciden con las expresadas por Izaguirre en el año 2016 en su estudio donde obtuvo que las adolescentes habían presentado con mayor frecuencia durante su parto, infecciones urinarias, estado fetal no tranquilizador, ruptura prematura de membranas, vaginitis o vaginosis y anemia. Datos similares a estudios realizados en Latinoamérica han demostrado que la ruptura prematura de membranas, la anemia, la amenaza de parto pretérmino, los trastornos hipertensivos del embarazo y la diabetes gestacional, son las complicaciones más frecuentes en las gestantes (Izaguirre, 2016).

Se sabe por numerosos estudios avalados científicamente, que la mortalidad infantil en madres adolescentes es una de las más altas (25 por mil nacidos vivos), solo superada por la que ocurre en las madres mayores de 40 años, tal como lo expresa Rodríguez en su trabajo publicado en el año 2008.

Estos resultados pueden explicarse debido en gran medida al antecedente de que solo tres gestantes (12,0%) asistieron de forma responsable y disciplinada a todas las citas indicadas por el personal de salud del circuito referido en el cantón Babahoyo, lo cual refleja una alarmante situación en este grupo poblacional tan vulnerable, en tanto este hecho constituye un importante factor de riesgo para las adolescentes en términos de desarrollar alguna complicación durante el período gestacional o después del parto. Según investigaciones revisadas, los controles prenatales insuficientes de las adolescentes gestantes, pueden incrementar 5.06 veces más las probabilidades de presentar sus hijos, bajo peso al nacer, en comparación a los hijos de las embarazadas que asisten a la totalidad de los controles, lo cual constituye un factor de riesgo significativo. Este hecho se une a lo expresado por que refleja en su estudio que el solo hecho de estar embarazada durante la adolescencia, ya posee mayores posibilidades de desarrollar complicaciones maternas y neonatales (Flores, 2018).

En el aspecto relacionado con los factores de riesgo conductuales y familiares, los principales hallazgos detectados se pueden detallar en varios sentidos, comenzando por los conflictos familiares que sufrieron las adolescentes antes del embarazo, destacándose el maltrato psicológico en el 32 % de los casos, todos provocados por sus parejas, lo cual es un hecho alarmante teniendo en cuenta que debería ser la persona que más apoyo debe brindarle. También en el

24 % de las adolescentes se pudo constatar que hubo antecedentes de violencia intrafamiliar, fundamentalmente derivado de los padres biológicos o padrastros. A la situación anterior se une la actitud de la adolescente ante el embarazo actual, la cual en el 44 % de las adolescentes llamó la atención los sentimientos de tristeza, miedo, rechazo y angustia ante la nueva situación que debían enfrentar en sus vidas, para lo cual admitieron no estar preparadas.

También se destacaron los prejuicios sexuales, como el control machista hacia la mujer para que no acuda a la consulta de planificación familiar, en gran medida para evitar su infidelidad o la vergüenza de las adolescentes que les impide reclamar el derecho a los anticonceptivos en las instituciones de salud. En la misma medida se evidenciaron equivocadas concepciones de feminidad y masculinidad, en relación directa con la conquista de pareja, así como poco empoderamiento femenino de jóvenes, que con frecuencia tienen relaciones sexuales por ganarle a sus compañeras el chico más pretendido, ganar adeptos y adquirir reconocimiento social en su inmaduro criterio. Al respecto el estudio realizado por Izaguirre en el año 2016, plantea que la presión del grupo y la necesidad de adaptarse a ciertos estereotipos, aumentan la probabilidad de tener actividad sexual precoz y sin protección.

Los embarazos anteriores pueden pronosticar la probabilidad de presentar problemas en la gestación actual, lo cual ayuda a los médicos a predecir con más facilidad los riesgos que pueden producirse, así como el cuidado y la supervisión que las adolescentes podrían necesitar durante este delicado momento de la vida de una mujer.

En relación a la edad de inicio de la menstruación o menarquia, es de destacar que el 76 % de las adolescentes embarazadas incluidas en el presente estudio, manifestaron haberla tenido de los 10 a los 11 años, mientras que en el 16% esto ocurrió en el rango de los 12 a los 14 años, solo en el 8 % de las gestantes la menarquia tuvo lugar a los nueve años. Pero al sumar las que vieron su primera menstruación de forma tan precoz y en el rango de los 10 a los 11 años, da como resultado que el 92 % de las adolescentes encuestadas ya estaban listas desde el punto de vista biológico para procrear. La menarquia otorga madurez reproductiva a la joven, pero en una etapa de la vida donde aún no puede controlar las

situaciones de riesgo, tal como lo expresa en su artículo de publicado en el 2008 por Rodríguez.

Es de destacar que el 28 % de las adolescentes embarazadas, habían comenzado sus relaciones sexuales en el período de tiempo comprendido desde los 10 a los 13 años, lo cual representa un hecho muy preocupante pues recién están saliendo de la niñez y ya comienzan a enfrentar sin la preparación adecuada desde todo punto de vista, una vida sexual activa. Pero peor aún son los resultados del 52 % de las adolescentes encuestadas, que habían iniciado sus relaciones íntimas entre los 14 y los 17 años, lo que constituye un importante signo de alarma sobre el cual se debe intervenir en aras de prevenir los embarazos y las infecciones de transmisión sexual. El inicio precoz de las relaciones sexuales, trae aparejado la inexistencia de madurez emocional para poder implementar una adecuada prevención, tanto de los embarazos como de las infecciones de transmisión sexual. En ocasiones dicha actividad sexual comienza de forma tan precoz con el afán de independizarse de los padres y esto solo acarrea un círculo de pobreza interminable.

Es de destacar que el 56 % de las adolescentes gestantes tuvieron su primera relación sexual, por curiosidad o por complacer a sus parejas, lo cual dista mucho de la responsabilidad y los valores que deben acompañar este acto, especialmente por las consecuencias que acarrea a tan temprana edad. Los estudios consultados para la realización de la presente investigación, indican que el desarrollo sexual sano conlleva a mejores decisiones que pueden resultar en logros positivos, tales como el retraso en el inicio de la actividad sexual, períodos más prolongados de abstinencia y un mayor empleo de los métodos anticonceptivos, lo que implica también una disminución en la incidencia de embarazos no deseados (Rodríguez, 2008).

En cuanto a las razones esgrimidas por las adolescentes para no emplear los métodos anticonceptivos de manera sistemática en sus relaciones sexuales, predominaron las concernientes a los escasos conocimientos que tenían sobre los diferentes tipos existentes y su modo de empleo, en especial el condón, pero también influyeron otros criterios que solo fueron esgrimidos como excusas en tanto no se sustentan en la lógica, como la falta de disponibilidad del preservativo,

la negación de sus parejas para usarlo, el olvido de buscarlos, las molestias que ocasionan tanto a ellas como a sus parejas sexuales o el desconocimiento de que su oferta es gratuita en la red nacional de salud pública.

En este sentido el presente estudio coincide con los preceptos enunciados por la investigadora colombiana María de los Ángeles Rodríguez en el año 2008, respecto a que la salud sexual se apoya en el autocontrol para decidir cuándo se comienza la actividad sexual, sobre la elección que se realice de la pareja sexual, y el manejo de la frecuencia de dichas relaciones. Esto incluye el derecho a postergar y/o rechazar relaciones sexuales, si éstas pueden provocar consecuencias negativas como un embarazo no planificado o una infección de transmisión sexual. El reconocimiento de los derechos en este plano de la vida, es inherente a la salud sexual, lo que implica que los individuos tienen derecho a disfrutar de la libertad en su sexualidad, a la privacidad, la equidad, el placer y a elegir de forma libre y responsable, con plena consciencia de las consecuencias de sus actos y de las decisiones autónomas sin nunca llegar a ser coercitivas por la acción de otra persona (Rodríguez, 2008).

En cuanto al paradigma de educación sexual de sus padres, las adolescentes objeto de estudio manifestaron en un 84 %, no haber recibido casi nunca explicaciones, consejos u orientaciones sobre sexualidad de parte de sus progenitores al ser estos muy moderados e inhibidos para hablar de esos temas con ellas, incluso al extremo de exigirles que leyeran la biblia solo por el hecho de desear saber sobre algún aspecto relacionado con la protección para no salir embarazadas o sobre alguna estructura anatómica desconocida para ellas.

Haciendo referencia a la educación sexual impartida por parte de los maestros en los colegios donde habían asistido las adolescentes encuestadas, se pudo corroborar de forma unánime que apenas fueron tratados los temas relacionados con la prevención de embarazos en las adolescentes, el empleo de los métodos anticonceptivos, la igualdad de género, los cambios fisiológicos de la pubertad en ambos géneros, así como las causas y las consecuencias de contraer una infección de transmisión sexual.



En término del nivel de conocimiento de las adolescentes gestantes sobre las consecuencias físicas que puede acarrear una gestación en esta etapa de la vida, tales como las enfermedades de la madre o del hijo, las psicológicas como la tristeza o la baja autoestima, las educacionales como las relacionadas con el abandono escolar y las económicas como las escasas posibilidades de empleos mejor remunerados o el bajo nivel adquisitivo, es importante señalar que solo 9 (36 %) adolescentes manifestaron conocer algunos riesgos de un embarazo a esa edad pero sobre todo en función de la posibilidad de tener que dejar los estudios y no poder superarse.

En cuanto a los factores de riesgo socioeconómicos que pueden influir en la ocurrencia de los embarazos de las adolescentes, destacan el bajo nivel de ingreso per cápita en el hogar donde residen las adolescentes, el tipo de construcción de las viviendas que en su mayoría eran de caña o adobe con un nivel alto de hacinamiento, predominando uno o dos habitaciones en la totalidad de los casos con más de seis personas conviviendo con la adolescente gestante.

Dentro de los principales resultados obtenidos en la presente investigación, las adolescentes encuestadas refirieron no haber sido incentivadas en cada control en función de la identificación y solución de sus problemas de forma individualizada así como tampoco percibieron en las acciones del personal de enfermería, los esfuerzos sistemáticos y con la calidad requerida, encaminados a brindarles el apoyo para una experiencia positiva a lo largo de todo el embarazo, lo cual debía ir en estrecha relación a la promoción de un modo de vida sano, con adecuada nutrición, detección y prevención de infecciones o enfermedades así como la prestación de asesoramiento para la planificación familiar y el apoyo a las adolescentes que podían estar sufriendo violencia intrafamiliar o de pareja.

Con el nuevo modelo de atención prenatal que concibió la OMS en el año 2016, el número de contactos que debe tener la embarazada con los profesionales de la salud a lo largo de toda la gestación, se elevó a ocho. Esta decisión avala la información recopilada respecto a que una mayor frecuencia de contactos prenatales de las adolescentes con el sistema sanitario, se relaciona con una disminución de la probabilidad de muertes antes del nacimiento debido a que existen mayores oportunidades para detectar y gestionar las posibles

complicaciones. También reduce las posibilidades de muerte materna y perinatal hasta incluso en 8 por cada 1000 nacimientos, en comparación con un mínimo de cuatro visitas.

También con esta indicación se incrementa la comunicación entre los profesionales sanitarios y las embarazadas y se aumenta la probabilidad de que el embarazo tenga un desenlace positivo. Con dicho modelo se recomienda a las embarazadas tener su primer contacto a las 12 semanas de gestación, y los contactos posteriores a las 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas (OMS, 2016).

Dentro de las principales acciones que debe desarrollar el personal de enfermería en cada contacto con la adolescente gestante a lo largo de todo el embarazo, se destacan las siguientes:

- Asesoramiento sobre hábitos nutricionales saludables y el mantenimiento de la actividad física.
- Indicación de la administración diaria por vía oral de un suplemento que contenga entre 30 y 60 mg de hierro elemental y 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir la anemia materna, la sepsis puerperal, la insuficiencia ponderal al nacer y el parto prematuro.
- La aplicación de la vacuna con anatoxina tetánica para todas las embarazadas, en función de su exposición anterior a esta vacuna, para prevenir la mortalidad neonatal a causa del tétanos.
- La realización de una ecografía antes de las 24 semanas de gestación (ecografía temprana) para estimar la edad gestacional, mejorar la detección de anomalías fetales y embarazos múltiples, reducir la inducción del parto en embarazos prolongados y mejorar la experiencia del embarazo en las mujeres.
- La obtención precoz de información de la embarazada sobre su consumo de alcohol y otras sustancias (anterior y actual) su seguimiento en cada visita prenatal.

## CONCLUSIONES

- Se evidenció que el grupo etario que prevaleció entre las adolescentes embarazadas del Circuito de Salud “Lucha Obrera”, fue el comprendido entre los 14 y los 17 años.
- Un alto porcentaje de adolescentes embarazadas consumían cigarro y alcohol de manera frecuente, lo cual constituye un factor de riesgo importante para la práctica de otras conductas como el cambio frecuente de pareja sexual o las relaciones íntimas sin protección.
- Se determinó que algunas adolescentes habían tenido un embarazo previo, con antecedentes de enfermedades concomitantes a la gestación y otras habían sufrido de trastornos psicológicos como baja autoestima e inseguridad.
- Se obtuvo un número significativo de adolescentes gestantes que habían sido víctima de maltrato psicológico por parte de su pareja o de violencia intrafamiliar que sumados constituye un 56 %.
- La gestación durante la adolescencia constituye un importante determinante de riesgo para el desarrollo complicaciones tanto de la madre como del feto durante el período prenatal y luego durante el parto, el puerperio y el período neonatal, entre las que destacan sepsis urinaria, hipertensión arterial, anemia, amenaza de aborto, sin embargo, solo el 36 % de las adolescentes manifestaron conocer algunos riesgos de un embarazo a esta edad.
- Solo el 12,0% de las adolescentes gestantes, asistieron de forma responsable y sistemática a todos los controles prenatales indicados por el personal de salud del circuito referido en el cantón Babahoyo, lo cual refleja una alarmante situación en este grupo poblacional tan vulnerable.

## RECOMENDACIONES

➤ El embarazo en adolescentes constituye un fenómeno complejo en el que están involucrados un gran número de factores de riesgo, lo cual representa un enorme reto para los sectores educacionales y sanitarios que deben estructurar estrategias de intervención multidisciplinarias con el fin de disminuir esta problemática y hacer extensivo a todos los territorios un plan articulado para la disminución de este importante problema de salud.

➤ La atención prenatal debe conllevar un conjunto de acciones sistemáticas y frecuentes, destinadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna, por lo que debe ser eficaz y eficiente e implicar que el profesional de la salud, en especial el personal de enfermería, valore la importancia de identificar las complicaciones o signos de alarma especialmente en una adolescente.

## **CAPITULO V**

### **5. PROPUESTA TEÓRICA DE APLICACIÓN**

#### **5.1 Título de la Propuesta de Aplicación**

Estrategia educativa dirigida a las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera”, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, sobre la importancia del cumplimiento de los controles prenatales para el adecuado desarrollo de la gestación.

#### **5.2 Antecedentes**

Tomando como perspectiva los derechos humanos según Valdiviezo (2013), cuando una adolescente se encuentra en estado de gravidez sin tomar en cuenta las circunstancias o motivos, es una persona cuyos derechos quedan mermados. En la actualidad la inversión sobre el capital humano es esencial para defender y velar por estos derechos, pues no solo se ayuda a este grupo prioritario a desarrollar el potencial y las capacidades que posee, sino también permite disminuir las tasas mundiales de morbi-mortalidad materno-fetal.

La adolescencia es una fase de crecimiento físico, el cual está acompañado de grandes cambios en el cuerpo. El mayor riesgo se encuentra en las mujeres menores de 15 años pues en esta etapa son más vulnerables porque podrían desarrollar diversos problemas tanto biológicos como psicológicos sin ignorar la problemática social que es el embarazo cuando aún son adolescentes, situaciones que también afectan al hijo. Sentimientos derivados del rechazo, el abandono, la discriminación, la falta de oportunidades laborales, son también experimentados por la madre (Mora y Hernández, 2015).

Por estudios realizados en el año 2016 por la Organización Mundial de la Salud, se ha determinado que la tasa media de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años es de 49 por cada 1000 adolescentes, siendo las más altas en África Subsahariana; pero a nivel nacional la natalidad se encuentra en alrededor de 299 por cada 1000 púberes, lo que evidencia que Ecuador ocupa el tercer lugar a nivel global y el segundo en la región andina (OMS, 2016).

Para la Organización Mundial de la Salud, las acciones de promoción garantizan que los individuos obtengan un mayor control respecto a sus problemas sanitarios, lo cual llega a abarcar una gran gama de intervenciones a nivel social y ambiental, las que están orientadas a beneficiar y proteger la calidad de vida de las personas, por lo tanto, la promoción de la salud es obligación de todos estados y es parte de lo que como salud pública (OMS, 2016).

El embarazo en adolescentes es un gran problema de tipo social y de salud pública, a nivel mundial y de forma especial, en la Región Andina, este conlleva a un gran impacto social, económico y cultural, vinculado a la pobreza, la exclusión y la fecundidad temprana, sin dejar de lado que por lo general este grupo está relacionado a las formas de violencia de género, entre ellas la violencia sexual (MSP, 2018).

La atención prenatal tradicional está orientada a elaborar el interrogatorio y el examen físico que permita al personal de salud identificar los riesgos que puede presentar la gestante y enfermedades que en futuro pueden afectar el curso normal del embarazo. El control prenatal está formado por complementos adicionales, entre ellos los exámenes de laboratorio, ecografías y la prescripción del tratamiento requerido para evitar complicaciones; no obstante, el profesional llega a cumplir con sus actividades programadas pero el cumplimiento y la eficacia de la atención prenatal también depende de la embarazada, la cual muchas veces no sigue las indicaciones y recomendaciones (Bello, Domínguez, Mera, 2016).

En el circuito de salud Lucha Obrera es de suma importancia llevar a cabo una estrategia orientada a la promoción de la salud, en los cuales se haga énfasis en la importancia del cumplimiento sistemático y periódico de los controles prenatales por parte de las adolescentes embarazadas, como única forma de contribuir a salvaguardar la vida materno-fetal antes, durante y después del nacimiento, considerando el gran número de complicaciones que se pueden presentar especialmente por ser gestantes en esta etapa de la vida, donde aún no se completa el desarrollo y la madurez física y psicológica en una mujer. Se considera que en dicho centro de salud es factible poder aplicar la propuesta que

se somete a consideración, tanto desde el punto de vista logístico, económico como social.

### **5.3 Justificación**

En Ecuador en el año 2013, hubo 14.238 partos de mujeres adolescentes, mientras que en el 2017 la cifra aumentó a 15.386, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Datos actuales ubican al Ecuador como el segundo país en el continente con las más altas tasas de adolescentes embarazadas, solo superado por Venezuela, según las fuentes del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES); por cada 100 adolescentes de 12 a 19 años de edad, 12 ya son madres (Cordero, 2018).

Las investigadoras consideran que la aplicación oportuna de la estrategia propuesta, puede ser de gran relevancia e impacto para capacitar, sensibilizar y concientizar a las adolescentes, para que de esta manera puedan llevar sus controles prenatales de forma responsable y minimizar así los riesgos en el desarrollo del embarazo. Con esta estrategia se puede brindar apoyo a la unidad de salud para el fortalecimiento de la atención integral del embarazo en la adolescencia.

Dicha herramienta pretende asegurar la educación en temas relacionados con reconocer signos de alarma en el embarazo, la planificación familiar después del parto e incluso fomentar la participación de la familia y así mismo la responsabilidad social.

La propuesta tiene como objetivo disminuir la tasa de inasistencia y cumplimiento a la atención prenatal por parte de las adolescentes embarazadas del circuito de salud Lucha Obrera, con la entrega de información mediante charlas sobre salud sexual y reproductiva en las cuales se incluya a la pareja y familiares de las púberes, las cuales deberán ser impartidas por profesionales de la salud que sean expertos en el tema para que la educación sea veraz y oportuna.

Las principales beneficiarias con la aplicación de la propuesta, lo son sin dudas las adolescentes embarazadas que asisten al circuito de salud “Lucha

Obrera” del cantón Babahoyo, pero también sus familiares directos y la comunidad en general.

## **5.4 Objetivos**

### **5.4.1 Objetivo general**

Evaluar el impacto de una estrategia educativa por parte del personal de Enfermería, dirigida a las adolescentes embarazadas del circuito de salud “Lucha Obrera”, del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos, encaminada a resaltar la importancia del cumplimiento de los controles prenatales para el adecuado desarrollo de la gestación.

### **5.4.2 Objetivos específicos**

Diseñar una estrategia educativa encaminada al fomento de la promoción de salud enfocada a la importancia de la asistencia regular y el cumplimiento de las indicaciones ofrecidas en los controles prenatales establecidos para las adolescentes embarazadas.

Capacitar a los adolescentes y sus familias, de forma periódica y sistemática, a través de técnicas educativas, participativas y comunicacionales, sobre los los signos de alarma que pueden tener lugar durante el embarazo que requieren de atención emergente por parte del personal de salud.

Explicar a las adolescentes embarazadas sobre los tipos, beneficios y modo de empleo de los métodos anticonceptivos y la planificación familiar después del parto, como parte del derecho que les asiste a contar con dicha información y a evitar futuras gestaciones a tan corta edad.



## **5.5 Aspectos básicos de la Propuesta de Aplicación**

### **5.5.1 Estructura general de la propuesta**

El propósito de la propuesta es que las adolescentes que asisten al Circuito de Salud Lucha Obrera del cantón Babahoyo, de la provincia de Los Ríos puedan reconocer la importancia de acudir periódicamente a los controles prenatales, además para que las gestantes reciban información acerca de las complicaciones que pueden aparecer durante el desarrollo del embarazo, incluso orientarlas sobre los riesgos que conlleva el estado de gravidez a temprana edad. Del mismo modo educar a la pareja y padres de familia sobre el apoyo que pueden brindar durante este proceso.

Se pretende llevar a cabo la propuesta dividiéndola en dos fases:

La primera fase deberá estar encaminada a la implementación de la estrategia y la segunda a la evaluación de sus resultados.

De acuerdo con lo planteado en los objetivos de la propuesta, la estrategia educativa que se concibió desde el ámbito de la enfermería, deberá lograr transmitir de forma diáfana y efectiva, la información veraz concerniente al tema que es de interés para las adolescentes y sus familiares, teniendo en cuenta que este debe ser tratado en conjunto para que realmente pueda tener un impacto en ellas y logren percibir los controles prenatales como pilares fundamentales para su adecuado desarrollo del embarazo y la prevención de complicaciones tanto maternas como fetales. Se implementarán en un primer momento el conjunto de acciones didácticas y comunicacionales que componen la estrategia y posteriormente, se procederá a la evaluación de sus resultados teniendo en cuenta el grado de aceptación y comprensión especialmente por parte de las adolescentes.

Se emplearán diversas materiales que faciliten el método de enseñanza-aprendizaje, entre las cuales se incluyen: charlas instructivas, afiches, trípticos, preguntas y respuestas, lluvias de ideas, los cuales estarán basados

principalmente en las medidas encaminadas a la comprensión por parte de las adolescentes, sus parejas y sus familiares, en cuanto a la importancia del cumplimiento sistemático de los controles prenatales, como eje fundamental del desarrollo exitoso de su embarazo, todo lo cual se explicará a través de diálogos interactivos para que los participantes puedan intervenir y responder las interrogantes basadas en testimonios y situaciones de la práctica diría de cada gestante.

### **5.5.2 Componentes**

Están incluidas las adolescentes, sus parejas y padres de familia, se pedirá el apoyo del personal sanitario del circuito de salud al cual asisten. Las investigadoras dirigirán la propuesta de aplicación en unión con los profesionales de enfermería de la unidad pues son ellos quienes tienen la responsabilidad de brindar información oportuna y certera así de esta manera despejar las dudas con el fin de concientizar a las gestantes.

## **5.6 Resultados esperados de la Propuesta de Aplicación**

### **5.6.1 Alcance de la alternativa**

Con esta propuesta se pretende tener una favorable acogida por parte de las personas a quienes está destinada, para ello serán implementados métodos y técnicas que estén en relación a la prevención de complicaciones durante el desarrollo del embarazo en adolescentes. Se espera contar con la colaboración de las gestantes que participarán como objeto de estudio, con sus familiares más allegados y de la misma manera con el apoyo y participación de los profesionales sanitarios del centro de salud. Con esta estrategia se pretende dar un giro a la situación de las adolescentes, reducir los índices de inasistencia a los controles prenatales establecidos, así como elevar el nivel de conciencia sobre el cumplimiento sistemático y periódico de las indicaciones en dichos controles.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, B.; Waterman, H. (2019). *Etapas de la adolescencia*. American Academy of Pediatrics. Recuperado de: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>.
- Aristizábal, G.P., Blanco, D.M., Sánchez, A., Ostiguín, R.M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enferm. Univ.* 8(4). México. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632011000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-70632011000400003&script=sci_arttext)
- Barrantes A., Jiménez M., Rojas B., Vargas A., (2003). Embarazo y aborto en adolescentes. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(1), 80-102. Recuperado de [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152003000100009](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100009)
- Barrozo, M., Pressiani, G. (2011). Embarazo adolescente entre 12 y 19 años. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Recuperado de: [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5989/barrozo-mariela.pdf)
- Bello, L., Domínguez, E.A., Mera, G. (2016). El embarazo en las adolescentes estudiantes del canton Manta. *Dom. Cien.*, 2(4), 40-50. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5761626>
- Bello, Y. (2014). "Calidad de la atención prenatal en la Unidad de Medicina Familiar num. 73 del IMSS Poza Rica, Ver". Tesis para obtener el título de: medicina familiar. Universidad Veracruzana. Veracruz. Recuperado de <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS-yareni.pdf>
- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*. 18(1), 05-07 Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000100002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1560-43812014000100002&script=sci_arttext&tlng=pt)

Campo, A.; Silva, J.L.; Meneses, M.; Castillo, M; Navarrete, P.A. (2004). Factores asociados con el inicio temprano de relaciones sexuales en estudiantes adolescentes de un colegio de Bucaramanga, Colombia *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXXIII(4), 367-377. Recuperado de:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80633402>

Castro, A. (2018). Embarazo en la Adolescencia, Causas e Implicaciones Médico-Sociales. *Revista de Ginecología*. 49(4), 24-26. Recuperado de

[https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/ginecologia/vol-494/go\\_causasei/](https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/ginecologia/vol-494/go_causasei/)

Chimpatiza, M. G. (2015). Mecanismo de evaluación para el cumplimiento del Programa de Atención Prenatal en el Hospital IESS. Ambato, periodo noviembre 2014- abril 2015. Tesis previa a la obtención del título de Médico – Cirujano. Recuperado de:

<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/1027/1/TUAMED076-2015.pdf>

Cordero, B. (2018). Embarazo adolescente, un problema social en Ecuador. PÚBLICAFM. Obtenido de

<https://www.publicafm.ec/noticias/ecuador/1/embarazo-adolescente-ecuador>

El Tiempo. (2018). América Latina supera tasa mundial de embarazo adolescente, alerta ONU. El Tiempo. Recuperado de:

<https://www.eltiempo.com/vida/mujeres/embarazo-adolescente-en-america-latina-de-los-mayores-del-mundo-282448>

Flores, JK. (2018). Embarazo adolescente y controles prenatales insuficientes como factores de riesgo para bajo peso al nacer en el hospital San José de enero a diciembre del 2016. Universidad Ricardo Palma. Lima. Perú. Tesis para optar por el título de médico cirujano. Facultad de Medicina Humana. Manuel Huamán Guerrero. Recuperado de:

<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1147/TEISIS%20-%20Kelly%20Flores%20Roman.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fonseca, A., Llanos, L.E., Hernández, D., (2009). Interrupciones de embarazo en adolescentes. Problemática social y humanística. *Humanidades Médicas*, 9(2) Recuperado de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202009000200010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202009000200010)

Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*. 86(6): 436-443. Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>

Guijarro, S (s.f.). Plan de Prevención del Embarazo en Adolescentes en Ecuador. Recuperado de:

[http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20\(Ecuador\).pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Plan%20de%20prevenci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20adolescentes%20(Ecuador).pdf)

Henríquez, R., Rodríguez, A., López, R., González, F., Ábalos, E., Chapman, E. (2012). Reducción de la mortalidad materna en Ecuador. Quito. Ministerio de Salud Pública. Recuperado de:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-3695&alias=23036-reduccion-mortalidad-maternal-ecuador-opciones-politica-mejorar-acceso-a-atencion-materna-calificada-calidad-036&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-3695&alias=23036-reduccion-mortalidad-maternal-ecuador-opciones-politica-mejorar-acceso-a-atencion-materna-calificada-calidad-036&Itemid=270&lang=es)

INEC. (2018). Aumentan cifras de embarazo adolescente en Ecuador. Vistazo.

Recuperado de <https://www.vistazo.com/seccion/pais/actualidad-nacional/aumentan-cifras-de-embarazo-adolescente-en-ecuador>

Israel J., Lugones M., Valdespino L., Ambrosio S., (2005). Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Cubana Med Gen Integr*, (3)21, 3-4.

Recuperado de

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000300031&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300031&lng=es&tlng=es)

Izaguirre, A.; Aguilar, V.; Ramírez, A.; Valladares, G.; Rivera, W.; Valladares, E.; Raudales, C.; Aguilar, L.; Fernández, R. (2016). Incremento del riesgo obstétrico en embarazo adolescente. Estudio de casos y controles. *iMedPub Journals*. 12(4); 3 doi: 10.3823/1326. Recuperado de: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/incremento-del-riesgo-obsteacutetrico-en-embarazo-adolescente-estudio-de-casos-y-controles.pdf>

La Hora. (2012). Campaña para prevenir embarazos precoz. Diario La Hora. Recuperado de <https://lahora.com.ec/noticia/1101400152/hoy-con-una-casa-abierta-en-el-parque-central-de-quevedo-se-busca-concientizar-a-los-adolescentes-para-prevenir-los-casos-de-embarazos-precoz-que-cada-dc3ada-va-en-aumento-en-la-provincia-de-los-rc3ados>

Malán, C.D. (2016). Propuesta de intervención educativa sobre el embarazo en adolescentes, Colegio Aurelio Guerrero, Archidona. 2015 – 2016. Escuela Superior Politécnica del Chimborazo. Riobamba. Ecuador. Trabajo de Titulación para la obtención del grado de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Recuperado de: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/5895>

Manrique R., Rivero A., Ortunio M., Rivas M., Cardozo R., Guevara, H., (2008). Parto pre-término en adolescentes. Caracas. Venezuela. *Rev Obstet Ginecol Venez*, 68(3), 141-143. Recuperado de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322008000300002](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322008000300002)

Meiriño, J.L., Vasquez, M., Simonetti, C., Palacio, M.M. (2012). El Cuidado. Nola Pender. Recuperado de: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>

Mejía, Y.P. (2017). Factores asociados al abandono del control prenatal en el centro materno infantil Santa Anita, 2017. Escuela de Postgrado, Universidad Cesar Vallejo. Tesis para optar el grado académico de: Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud. Recuperado de: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/23453/Mej%C3%ACa\\_A\\_YDP.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/23453/Mej%C3%ACa_A_YDP.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Mendoza, J. (2008). Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes: una mirada desde la óptica de los derechos humanos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 34(2). La Habana. Cuba. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2008000200005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200005)

Mendoza, L.A., Claros, D.I., Peñaranda, C.B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev. Chil. Obstet. ginecol*. 81(3). Santiago. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>.

Menéndez, G.E., Navas, I., Hidalgo, Y., Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 38(3). Ciudad de la Habana. Recuperado de. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2012000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006)

MSP Ecuador. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador). (2015). Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Primera edición. Quito. Dirección Nacional de Normalización-MSP; Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>

Mora, A.M., Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? *Ginecol Obstet Mex*. 83: 294-301. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>

- Morlachetti, A. (2007). Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. Organización de Naciones Unidas (ONU). *Notas de Población*. (85): 63-95. Santiago de Chile. Recuperado de:  
<https://repositorio.cepal.org/handle/11362/12828>.
- Nanda Internacional. (2014). Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2012-2014. Decima ed. ELSEVIER. Barcelona, España.
- Naranjo Y., Concepción J., Rodríguez M., (2018). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3) 5-6. Recuperado de  
<http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129/html>
- Naula, M. A., Pacheco, M. A. (2017). Factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal, Azogues 2017. Azogues. Cuenca. Ecuador. Proyecto de investigación previa a la obtención del título de Licenciado en Enfermería. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/29659>
- Noguera N., Alvarado H., (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*. 7 (7): 151-160 Recuperado de <http://files.psicologia-2-de-secundaria.webnode.com/200000145-91ce992cc8/embarazo.pdf>
- Ñauta, B.M., Garcia, C.B., Martinez, E.B., Ñauta Diaz, J.F. (2015). Estudio transversal: embarazo en adolescentes en el hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador, 2015. *Revista Médica Hjca*, 2. Recuperado de:  
<https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/index.php/RevHJCA/article/view/347/327>



OMS (Organización Mundial de la Salud). (2016). El embarazo en la adolescencia. Recuperado de:  
[https://www.google.com/search?q=who+int+pagina+web&rlz=1C1CHBD\\_e\\_sEC850EC850&oq=who+int+pagina+web&aqs=chrome..69i57.22072j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=who+int+pagina+web&rlz=1C1CHBD_e_sEC850EC850&oq=who+int+pagina+web&aqs=chrome..69i57.22072j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

OPS & OMS (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud). (2016). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Ecuador. 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](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)

ONU. (Organización de Naciones Unidas). (2005). Informe sobre la juventud mundial. Informe del Secretario General. Ginebra. Recuperado de:  
[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Organizaci%C3%B3n+de+Naciones+Unidas+%28ONU%29.+Informe+sobre+la+juventud+mundial%2C+2005.+Informe+del+Secretario+General.+Ginebra%3B+2005.&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Organizaci%C3%B3n+de+Naciones+Unidas+%28ONU%29.+Informe+sobre+la+juventud+mundial%2C+2005.+Informe+del+Secretario+General.+Ginebra%3B+2005.&btnG=)

OMS (Organización Mundial de la Salud). (2016). Nuevas directivas de la OMS: ¿cuántas consultas deben realizarse durante el embarazo?. Infobae. Recuperado de: <https://www.infobae.com/salud/2016/11/19/nuevas-directivas-de-la-oms-cuantas-consultas-deben-realizarse-durante-el-embarazo/>

Organización Mundial de la Salud (2018). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Salud sexual y reproductiva. ISBN: 978-92-75-32033-4.

Organización Mundial de la Salud. (2019). Nacimientos Prematuros. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Panduro, B.G., Jiménez, C.P., Panduro, E.G., Quezada, F.N. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. Ginecología y Obstetricia de México.

Pozo, S., Ordoñez, I., & Martínez, A. (2013). Norma para el Cuidado Obstétrico y Neonatal Esencial (CONE) en el Sistema Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica, 11. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Norma-Cone-digital-27-05-14.pdf>

Prado, L., González M., Paz N., Romero K., (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, 36(6), 835-845. Recuperado de <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1139/html>

Pública, F.M. (2018). Embarazo adolescente, un problema social en Ecuador. Unidad Digital de Pública FM. Recuperado de: <https://www.publicafm.ec/noticias/ecuador/1/embarazo-adolescente-ecuador>

Quintero, A.P., Rojas, H.M. (2015). El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Fundación Universidad Católica del Norte, Medellín, Colombia. (44): 222-237. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1942/194238608016.pdf>

Rodríguez, M.A. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Medicina UPB*. 27(1); pp. 47-58 Universidad Pontificia Bolivariana Medellín, Colombia. ISSN: 0120-4874. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159013072007>

Rojas, M., Méndez, R., Montero, L. (2016). Salud sexual y reproductiva en adolescentes: la fragilidad de la autonomía. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 21(1): 52-62 Universidad de Caldas Manizales, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309146733005.pdf>

Romero, M. (2012). Embarazo adolescente: identidades masculinas y ejercicio de la paternidad. Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Postgrados. Ecuador. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Magister en Salud Pública. Recuperado de: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1414/1/103484.pdf>

- Salas, B., & Sevilla, F. (2008). Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. Quito. Recuperado de: [http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D589.pdf](http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D589.pdf)
- Santillano, I. (2009). La adolescencia: añejos debates y contemporáneas realidades. *Última década*. 17(31): 55-71. Santiago de Cuba. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362009000200004>
- Senplades. (2017). Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo - Senplades 2017 Quito – Ecuador. Recuperación de: [https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL\\_OK.compressed1.pdf](https://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_OK.compressed1.pdf)
- Sillas D.E., Jordán M.L. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm*, 19(2): 68-69. Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- UNICEF. (2011). The state of the world's children 2011. Adolescence. An Age of Opportunity: UNICEF. New York, Estados Unidos. Recuperado de: [https://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC\\_2011\\_Executive\\_Summary\\_EN\\_01122011.pdf](https://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC_2011_Executive_Summary_EN_01122011.pdf)
- Valdiviezo, C.C. (2013). El embarazo adolescente: un problema de salud pública Pontifica Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Economía. Disertación previa a la obtención del título de Economista. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/10492/TESIS-PUCE-Valdivieso%20Acosta%20Carla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Velasteguí, J.E., Hernández, M.I., Real, J., Roby, A.J., Alvarado, H.J., Haro, A.J. (2018). Complicaciones perinatales asociadas al embarazo en adolescentes de Atacames. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 34(1). Ciudad de La Habana, Cuba. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252018000100005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100005)

Zambrano G, Gayon G, Mojica D, Cañizares Y (2008). Programa de atención integral a la población adolescente. Revista y Ciencia del Cuidado. 5 (1): 109-124. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/28253801\\_Programa\\_de\\_atencion\\_integral\\_a\\_la\\_adolescente\\_gestante](https://www.researchgate.net/publication/28253801_Programa_de_atencion_integral_a_la_adolescente_gestante)

# **ANEXOS**

## Anexo 1. Matriz de Contingencia

<b>Problema General</b>	<b>Objetivo General</b>	<b>Hipótesis general</b>
¿Cómo se relaciona el cumplimiento de los controles prenatales con el desarrollo de los embarazos en adolescentes, circuito de salud Lucha Obrera, cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos en el periodo mayo -septiembre 2019?	Determinar la relación existente entre el cumplimiento de los controles prenatales y el desarrollo de los embarazos en adolescentes en el circuito de salud "Lucha Obrera" ubicado en el cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, en el periodo comprendido de mayo a septiembre del 2019.	Si se cumplieran con los controles prenatales de las adolescentes embarazadas que asisten al circuito de salud "Lucha Obrera", con la sistematicidad y eficacia que se requiere, se lograrían disminuir las complicaciones durante el periodo prenatal, perinatal y postnatal en dichas gestantes.
<b>Problemas Derivados</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	
¿Qué factores de riesgo se relacionan con el cumplimiento de los controles prenatales en adolescentes en el circuito de salud Lucha Obrera, cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos durante el periodo mayo -septiembre 2019?	Identificar los factores de riesgo que se relacionan con el cumplimiento de los controles prenatales en adolescentes en el circuito de salud "Lucha Obrera", cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el periodo de tiempo transcurrido desde mayo a septiembre de 2019.	
¿Cuáles efectos se presentan con mayor frecuencia en el desarrollo del embarazo adolescente en el circuito de salud Lucha Obrera, cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos durante el periodo mayo -septiembre 2019?	Analizar los efectos que se presentan con mayor frecuencia en el desarrollo del embarazo en adolescentes, relacionado con el cumplimiento de los controles prenatales, en el circuito de salud "Lucha Obrera", cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el periodo de tiempo establecido en el estudio.	
¿Cuáles acciones realiza el personal de enfermería dirigidas a las adolescentes embarazadas en el contexto de los controles prenatales en el circuito de salud Lucha Obrera, cantón Babahoyo de la provincia de Los Ríos durante el periodo mayo -septiembre 2019?	Caracterizar las acciones del personal de enfermería dirigidas a las adolescentes embarazadas en el contexto de los controles prenatales en el circuito de salud "Lucha Obrera", cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, durante el periodo de tiempo establecido en el estudio.	

## Anexo 2. Consentimiento informado



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



### **Consentimiento para la participación de su hija**

**POYECTO DE INVESTIGACIÓN:** CUMPLIMIENTO DE LOS CONTROLES PRENATALES Y SU RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES EN EL CIRCUITO DE SALUD “LUCHA OBRERA”, CANTÓN BABAHOYO, PROVINCIA DE LOS RÍOS, PERIODO MAYO-SEPTIEMBRE 2019.

Los objetivos y procedimientos de la investigación me han sido explicados claramente, he leído la hoja de información que precede y he comprendido la información facilitada. Acepto que mi hija participe en la investigación. Sé que tengo el derecho de negarme a ello y de retirarme en cualquier momento por cualquier razón, sin que tenga consecuencias para mí o mi hija. Acuso recibo de una copia de este documento para futuras referencias.

**Su firma indica aceptación para que su hija participe voluntariamente en el presente estudio.**

Nombre del Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

Día/Mes/Año: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con la adolescente participante: \_\_\_\_\_

Nombre completo de la adolescente participante:

\_\_\_\_\_

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

Se ha explicado cuidadosamente el carácter, las exigencias, molestias y beneficios previsibles de esta investigación a la persona arriban mencionada y estuvimos presente cuando ésta llenó el documento de consentimiento informado.

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## Anexo 2. Cuestionario



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE ENFERMERIA  
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimada participante: la recolección de datos a través del cuestionario que se les ofrece, es únicamente con fines investigativos con el objetivo de “Determinar la relación existente entre el cumplimiento de los controles prenatales y el desarrollo de los embarazos en adolescentes en el circuito de salud “Lucha Obrera” ubicado en el cantón Babahoyo, provincia de Los Ríos, en el período comprendido de mayo a septiembre del 2019”. Su respuesta sincera sera de gran valor para la realización de la presente investigación.

### **INSTRUCCIONES**

Lea detenidamente cada una de las preguntas que se le plantea a continuación.  
Marque con un **X** la respuesta correcta.

### **INSTRUCCIONES**

Lea detenidamente cada una de las preguntas que se le plantea a continuación.  
Marque con un **X** la respuesta correcta.

#### **1. Datos de Identificación de las adolescentes incluidas en el estudio**

**Edad.**

10-13 años

14-17 años

18-19 años

**2. ¿Qué nivel de estudio se encuentra cursando o terminó?**

Primario \_\_\_\_\_

Secundario \_\_\_\_\_

**3. ¿Abandonó usted sus estudios luego de quedar embarazada?**

Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**4. ¿La vivienda donde Ud reside actualmente de que material está construida?**

Bloque o ladrillo \_\_\_\_\_

Madera \_\_\_\_\_

Caña \_\_\_\_\_

Adobe \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

**5. ¿Número de personas con las que Ud convive actualmente?**

Uno a dos \_\_\_\_\_

Tres a cuatro \_\_\_\_\_

Cinco a seis \_\_\_\_\_

Más de seis \_\_\_\_\_

**6. ¿Con quien o quienes usted convive actualmente?**

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

Tios \_\_\_\_\_

Pareja \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

**7. ¿Cuál es el nivel de ingreso económico en el hogar donde Ud reside?**

Bajo ( $\leq$  394 dólares)

Medio (de 400 a 900 dólares)

Alto ( $\geq$  1000 dólares)

**8. ¿A qué edad Ud tuvo su primera menstruación?**

- A los 9 años
- De los 10 a los 11 años
- De los 12 a los 15 años
- De 16 años en adelante

**10- ¿Ud padecía de alguna enfermedad antes de quedar embarazada?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**11. ¿Actualmente Ud posee algún hábito tóxico?**

Sí \_\_\_ No\_\_\_

**12. ¿De ser afirmativa su respuesta, marque cuál?**

Cigarro \_\_\_ Alcohol \_\_\_ Drogas \_\_\_ Otros\_\_\_\_\_

**13. ¿A qué edad Ud tuvo su primera relación sexual?**

- Antes de los 10 años
- De los 10 a los 13 años
- De los 14 a los 17 años
- De 18 años en adelante

**14. ¿Cuál fue el motivo de su primera relación sexual?**

Amor y deseo \_\_\_\_\_

Curiosidad \_\_\_\_\_

Por complacer a su pareja \_\_\_\_\_

Por presión de sus amigas \_\_\_\_\_

Abuso sexual \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

**15. ¿Puede indicar la razón por la cual Ud no empleó algún método anticonceptivo de manera sistemática en sus relaciones sexuales?**

\_\_\_ Deseo de quedar embarazada

\_\_\_ Desconocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su modo de empleo.

\_\_\_ Por relación sexual inesperada

\_\_\_ No lo creyó necesario

\_\_\_ Presión de su pareja para no emplearlos, especialmente el condón

\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**16. ¿Ud ha tenido algún embarazo previo a esta investigación?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**17. ¿Si su respuesta es afirmativa, puede decir si tienen hijos actualmente?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

¿Número de hijos? \_\_\_\_\_

**18. ¿Si ha presentado embarazos anteriormente, diga si manifestó algún tipo de complicación durante ese período?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**19. ¿Ud recibió explicaciones, consejos u orientaciones por parte de sus padres sobre educación sexual y/o las complicaciones que pueden conllevar un embarazo en la adolescencia?**

Siempre \_\_\_\_\_

A veces \_\_\_\_\_

Nunca \_\_\_\_\_

**20. ¿En la Unidad Educativa que usted asistía trataban temas relacionados con la prevención de embarazos en la adolescencia y las causas y consecuencias de contraer enfermedades de transmisión sexual?**

Siempre \_\_\_\_\_

A veces \_\_\_\_\_

Nunca \_\_\_\_\_

**21. ¿Ud sufre algún trastorno psicológico de los que se relacionan a continuación previo al embarazo?**

\_\_\_\_\_ Conflictos familiares

\_\_\_\_\_ Maltrato psicológico por su pareja

\_\_\_\_\_ Maltrato psicológico de sus familiares

\_\_\_\_\_ Violencia física intrafamiliar

\_\_\_\_\_ Depresión

\_\_\_\_\_ Ansiedad

\_\_\_\_\_ Baja autoestima

\_\_\_\_\_ Inseguridad

\_\_\_\_\_ Víctima de bullying.

\_\_\_\_\_ Bulimia

\_\_\_\_\_ Rechazo de sus amistades

\_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**22. ¿Ud sufre actualmente algún trastorno psicológico de los que se relacionaron anteriormente?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**23. ¿Qué actitud o sentimiento Ud demostró frente a este embarazo?**

\_\_\_ Alegría

\_\_\_ Aceptación

\_\_\_ Angustia

\_\_\_ Tristeza

\_\_\_ Miedo

\_\_\_ Inseguridad

\_\_\_ Rechazo

\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**24. ¿Actualmente en qué trimestre de embarazo se encuentra?**

Primer trimestre (De 1 a 12 semanas) \_\_\_\_\_

Segundo trimestre (De 13 a 20 semanas) \_\_\_\_\_

Tercer trimestre (De 21 a 39 semanas) \_\_\_\_\_

No sabe \_\_\_\_\_

**25. ¿Ha sufrido Ud alguna de las siguientes complicaciones durante el embarazo actual?**

\_\_\_ Anemia

\_\_\_ Amenaza de aborto

\_\_\_ Pre-eclampsia

\_\_\_ Sepsis urinaria

\_\_\_ Crecimiento uterino retardado del feto

\_\_\_ Placenta previa

\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

**26. ¿Ud tiene conocimiento sobre las consecuencias de salud tanto físicas como psicológicas, que pudiera sufrir con un embarazo en esta etapa de la vida?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**27 ¿Tiene Ud conocimiento cuantos controles prenatales son necesarios en el transcurso del embarazo en una adolescente?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

**28. ¿Cuántos controles a cumplido Ud en el transcurso de este embarazo?**

\_\_\_\_\_

**29. ¿A recibido Ud la visita domiciliaria del personal de enfermería por su estado de gestación para el pesquisaje y/o vigilancia en cuanto a su salud integral?**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

A veces \_\_\_\_\_

**30. ¿En las visitas que Ud ha realizado a el centro de salud para los controles prenatales, le han realizado un chequeo tanto físico como psicológico?**

Si \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

A veces \_\_\_\_\_

**31. En todas las visitas que Ud ha realizado a el centro de salud para los controles prenatales, ¿el personal de enfermería le ha explicado u orientado todo lo relacionado sobre la importancia de la prevención de complicaciones en el embarazo?**

Si \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

A veces \_\_\_\_\_