



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**TESIS PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADAS EN
CIENCIAS DE LA ENFERMERIA.**

TEMA:

FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DEL CANTÓN TENA EN EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.

AUTORAS:

I.R.E GAVILANES MARTÍNEZ SANDRA MARILÍN

I.R.E GUAQUIPANA CÁRDENAS NEIDA TERESA

DIRECTORA DE TESIS:

LIC. PATRICIA GUERRA

GUARANDA 2013-2014

I. DEDICATORIA

Este trabajo de investigación representa un esfuerzo de superación para nuestras vidas tanto profesional como personal, se lo dedicamos:

En primer lugar a Dios y la Virgen Santísima por el milagro de la vida y porque nos ha dado fortaleza espiritual en los momentos difíciles.

Muy especialmente con todo amor a nuestros padres “Leónidas Gavilanes y Piedad Martínez de Sandra Gavilanes” “Hilda Cárdenas y Pedro Guaquipana de Teresa Guaquipana” quienes nos han dado su apoyo incondicional y a quienes debemos este triunfo profesional, por su trabajo y dedicación para darnos una formación académica y sobre todo humanística y espiritual.

También por enseñarnos con su ejemplo a rebasar todas las barreras que la vida nos presenta, a querer ser mejor cada día, a entender que no hay nada imposible y que solo hay que esmerarse y sacrificarse, si es necesario, para lograr las metas que nos planteamos.

De ellos este triunfo y para ellos es todo nuestro agradecimiento.

SANDRA GAVILANES

TERESA GUAQUIPANA

II. AGRADECIMIENTO

Primeramente damos gracias a Dios, por habernos dado fuerza y valor para culminar esta carrera.

Un agradecimiento muy grande a la Universidad Estatal de Bolívar, en especial a la Escuela de Enfermería, por proporcionarnos la enseñanza día tras día.

A nuestros padres por fomentarnos el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mis hermanos Edilma, Taña, Adrián y sobrinas Mayerly e Hilary por estar ahí con sus sabias palabras por más distantes que estemos los Amo (Sandra).

A mi hija Dayana Cunalata y a mi esposo Efraín Cunalata por ser la razón de mi vida (Teresa).

Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles.

A todos esperando no defraudarlos y contar siempre con su valioso apoyo, sincero e incondicional.

A todo los/as maestros que aportaron a la formación, en especial a la Lic. Patricia Guerra quien colaboró con la realización de este trabajo investigativo ya que con sus valiosas aportaciones, nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

SANDRA GAVILANES

TERESA GUAQUIPANA

III. CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA

CERTIFICADO

En calidad de directora del Trabajo de Tesis presentado por las estudiantes Sandra Gavilanes, CI 0201957362, Teresa Guaquipana, CI 0202081543 para optar el Título de Licenciadas en Enfermería cuyo Título es “FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DEL CANTÓN TENA EN EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013”, considero que dicha Tesis reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Guaranda 16 de Mayo del 2014

Lic. Patricia Guerra

CI:

DIRECTORA DE TESIS

IV. INDICE

I. DEDICATORIA	1
II. AGRADECIMIENTO	2
III. CERTIFICACION DEL DIRECTOR DE TESIS.....	3
IV. INDICE	4
1. TEMA:	8
INTRODUCCION	9
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
4. OBJETIVOS	15
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	15
4.2 OBJETIVO ESPECIFICO	15
5. HIPOTESIS.....	16
6. VARIABLES	17
6.1 Variable independiente	17
6.2 Variable dependiente	17
7. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	18
CAPITULO I	23
1.1 MARCO REFERENCIAL.....	23
1.1.1 RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA	23
1.1.2 UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL HOSPITAL.....	26
1.1.3 MISION	27
1.1.4 VISION	27
1.1.5 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL HOSPITAL.....	27
1.1.6 ORGANIGRAMA POR FUNCIONES DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA.	29
1.1.7 ORGANIGRAMA POR PROCESOS DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA.	31
1.1.8 UBICACIÓN Y DESCRIPCION DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA	32
1.1.8.1 SERVICIOS TECNICOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO.....	33
1.1.8.2 SERVICIOS TECNICOS DE COLABORACION MÉDICA.....	33

1.1.8.3 TALENTOS HUMANOS.....	33
1.1.8.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SERVICIO.	36
1.1.8.5 EDUCACION Y CAPACITACION	37
1.1.8.6 PERFIL EPIDEMIOLOGICO	37
1.2 MARCO CIENTIFICO.....	38
1.2.1 FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.	38
1.2.1.2 Factores socioculturales.....	38
1.2.1.3 Factores económicos.....	41
1.2.2 EMBARAZO	42
1.2.2.1 Ciclo ovárico.....	43
1.2.2.2 Clasificación de los signos y síntomas del embarazo	45
1.2.2.3 Signos de probabilidad.....	46
1.2.2.4 Signos de certeza del embarazo	46
1.2.2.5 Cambios fisiológicos y molestias más frecuentes durante la gestación.....	47
1.2.2.6 Factores de riesgo durante el embarazo.....	49
1.2.3 PARTO.	52
1.2.3.1 Etapas de la labor de parto.....	52
1.2.4 CESAREA.	53
1.2.4.1 Tipos de cesáreas	53
1.2.4.2 Indicaciones de Cesárea.....	54
1.2.5 ADOLESCENCIA.....	55
1.2.5.1 Características de la adolescencia.....	56
1.2.5.2 Etapas de la adolescencia.....	57
1.2.5.3 Crisis en la adolescente.....	59
1.2.5.4 Desarrollo psicosocial del adolescente.....	61
1.2.6 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL ECUADOR.....	62
1.2.7 EMBARAZO EN ADOLESCENTES	65
1.2.7.1 Causas o factores de riesgo:.....	67
1.2.7.2 Importancia de la alimentación saludable para las adolescentes embarazadas.....	70
1.2.7.3 Importancia de los controles prenatales en el embarazo en adolescentes.....	71
1.2.7.5 A qué edad es ideal un embarazo.....	72

1.2.7.6 Consecuencias, Complicaciones o Riesgos.	73
1.2.7.7 Cambios psicosociales del embarazo en las adolescentes.....	77
1.2.7.8 Intervención de enfermería en el embarazo de adolescentes.	78
1.2.7.9 Prevención del embarazo en adolescentes.	79
1.2.8 ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE (ENIPLA).....	81
1.2.9 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES.	83
1.2.9.1 Clasificación de las enfermedades de transmisión sexual.....	85
1.2.10 PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	86
1.2.10.1 Planificación familiar.....	86
1.2.10.2 Métodos anticonceptivos.....	87
1.2.11 INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.....	97
1.2.12 SALUD SEXUAL.	100
1.2.12.1 Definición de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud.	100
1.2.13 EDUCACIÓN SEXUAL.	101
1.2.13.1 Órganos Sexuales.....	102
CAPITULO II.....	106
DISEÑO METODOLOGICO.....	106
2.1 Tipo de estudio.....	106
2.2 Plan de procesamiento y análisis	107
2.3 CALCULO DE LA MUESTRA	109
2.4 TÉCNICAS.	110
2.5 INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN.	110
2.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS DE DATOS.	110
CAPITULO III.....	112
PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.....	112
CONCLUSIONES	126
RECOMENDACIONES.....	128
CAPITULO IV.....	130
PROPUESTA.....	130
INTRODUCCIÓN	131
JUSTIFICACION.	132

OBJETIVOS	134
Objetivo general.....	134
Objetivos específicos	134
CRONOGRAMA DE CAPACITACION SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, METODOS ANTICONCEPTIVOS Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS A LOS ESTUDANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “CIUDAD DE TENA”	135
METODOLOGIA	138
ESTRATEGIA	138
RECURSOS Y PRESUPUESTO.....	138
Recursos económicos.....	139
SOSTENIBILIDAD.....	139
FACTIBILIDAD.....	139
RESULTADOS.....	139
BIBLIOGRAFIA	140
ANEXOS	144
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION.....	153
PRESUPUESTO DE LA TESIS.....	154

1. TEMA:

Factores que inciden en el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años de edad que acuden al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital “José María Velasco Ibarra” del Cantón Tena en el periodo Abril a Septiembre del 2013.

INTRODUCCION

“Adolescentes Hoy...Padres Mañana”

En la actualidad, hablar del embarazo adolescente o embarazo en la adolescencia, se define como aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 % de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren al año.

La adolescencia definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el periodo de desarrollo que separa la niñez de la etapa adulta. Es la etapa en la cual la persona debe adaptarse y ajustar sus comportamientos de la niñez a las normas aceptables desde el punto de vista social. En este proceso son importantes las tareas de desarrollo de la personalidad (identidad), alcanzar la independencia personal y adquirir mayores destrezas cognitivas y fija sus límites entre los 10 y 19 años.

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo; además de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años. Según la OMS el embarazo en la adolescencia es “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”.

Esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional.

El tema que se aborda en el presente trabajo de investigación se denomina **FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL**

“JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA” DEL CANTÓN TENA EN EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013. Tiene por objetivo Conocer los factores que inciden en el embarazo en adolescentes, determinar los niveles de conocimientos que tienen las adolescentes sobre sexualidad y como medida de prevención a todo lo antes mencionado se implementara un programa educativo.

Entre las principales causas del embarazo en las adolescentes encontramos, el mal uso de métodos anticonceptivos, disfunción familiar concomitantemente a esto la posibilidad de huir de un hogar donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de culpa, carencia afectiva, falta de información de padres a hijas adolescentes clara y precisa en relación a educación sexual responsable, inmadurez emocional, curiosidad, el nivel económico bajo y la deficiente información sobre las consecuencias de las relaciones sexuales precoces.

En el Marco teórico se considera los siguientes capítulos:

Capítulo I.

Marco teórico objeto de estudio, donde se da a conocer sobre la reseña historia del Hospital “José María Velasco Ibarra”, las dos variables en estudio que son los factores socioeconómicos y culturales en embarazo en adolescentes de 13 a 19 años de edad, una revisión minuciosa de los temas a tratar que permita la sustentación de la hipótesis, la argumentación y la verificación de la problemática del embarazo en la adolescencia en el país.

Capítulo II

Hace referencia al diseño metodológico tipo de estudio y el universo total de 375 adolescentes del servicio de Gineco Obstetricia, como técnica e instrumento se utilizó la encuesta.

Capítulo III

Presentación y análisis de resultados obtenidos de la población motivo de estudio, 193 adolescentes encuestadas en el servicio de Gineco Obstetricia, se presenta la tabulación de las encuestas aplicadas a los adolescentes, las conclusiones y recomendaciones a lo que se ha llegado luego de haber terminado el trabajo de investigación.

Capítulo IV

Se plantea la validación de intervención al programa educativo que se implementó **como medida de prevención** al problema planteado como es los factores que inciden en el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años de edad.

Y, por último se representa las referencias bibliográficas que fueron pertinentes revisar para realización de este trabajo de investigación.

2. JUSTIFICACIÓN

La palabra adolescencia proviene de "adolece" que significa "carencia o falta de madurez", razón por la cual, no es recomendable un embarazo en esta etapa del crecimiento.

El embarazo adolescente, no sólo posee implicaciones en la vida íntima de las familias, sino que por su delicadeza es también parte de debates políticos, sanitarios y educativos.

Con el inicio de la pubertad, aparecen muchos cambios físicos, psicológicos, entre ellas el que biológicamente estén listas para la reproducción. Sin embargo, esta condición hormonal no es suficiente para poder emprender el camino de la paternidad.

Si bien es cierto, el embarazo en adolescentes es un problema generalizado en la población, siendo las principales causas, deficiente calidad de la educación sexual, sumada al desconocimiento del correcto funcionamiento de los métodos anticonceptivos, carencia afectiva, inmadurez emocional, disfunción familiar y el temor a preguntar y/o platicar, eleva la cantidad de hijos de madres adolescentes en los sectores más vulnerables del país.

En América Latina se calcula que existen alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15-19 años. Nuestro país tiene una de las tasas más altas de embarazo adolescente en América Latina, con 100 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15-19 años. El total de partos institucionales en adolescentes de 10- 19 años fue de 50.350, que representan el 15% del total de partos del país.

De acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas.

De acuerdo a los datos estadísticos dados por la coordinación de salud de Napo, en el año 2013 la Población total de la Provincia es de 26.229 adolescentes, a nivel Cantonal es de 10.139 adolescentes y en la Ciudad del Tena la Población es de 7.390 de los cuales

3.627 son de sexo femenino y 3.763 son de sexo masculino, por lo tanto las adolescentes embarazadas atendidas en la provincia de Napo durante el año 2011 es de 1.315 adolescentes y en el 2012 fueron 1.440 adolescentes datos definitivos dados por la coordinación zonal 15D01 de la Provincia de Napo, por tanto en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital “José María Velasco Ibarra” fueron 1.000 adolescentes durante el periodo de Enero 2012 a Marzo del 2013, mientras que de Abril a Septiembre del 2013 ingresaron al servicio de Gineco Obstetricia 1.239 mujeres, de las cuales 375 fueron adolescentes en periodo de gestación, de este total tan solo 280 que corresponde al 74,66% adolescentes obtuvieron su producto por parto normal o cesárea, el grupo restante que es de 95 Adolescentes correspondiente al 25,33% recibieron atención por patologías obstétricas y aborto en curso, de las cuales por parto normal fueron 211 adolescentes que equivale al 75.3 % y por intervención quirúrgica “Cesárea” fueron en un total de 69 que corresponde al 24.6 %, datos obtenidos del departamento de estadista del mencionado Hospital.

La razón por la que hemos escogido este tema es porque se evidencio un alto índice de adolescentes embarazadas que ingresan al Hospital José María Velasco Ibarra del Cantón Tena, de las cuales no todas llegan a su etapa del parto si no que presentan complicaciones durante el periodo de gestación en algunos casos terminan en un aborto.

Por lo antes expuesto la presente investigación pretende identificar los principales factores que inciden en el embarazo en las adolescentes y en base a los resultados establecer alternativas de prevención que será de gran beneficio para la Unidad de Salud, adolescentes y población del Cantón Tena.

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores que inciden en el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años de edad que acuden al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital “José María Velasco Ibarra” del Cantón Tena en el periodo Abril a Septiembre 2013?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar los factores que inciden en el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años de edad que acuden al servicio de Gineco-obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra del Cantón Tena en el periodo Abril a Septiembre del 2013.

4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- ✓ Indagar los conocimientos que tienen las adolescentes sobre sexualidad.
- ✓ Identificar los principales factores que inciden en el embarazo en las adolescentes.
- ✓ Elaborar y ejecutar un programa de educación sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes.

5. HIPOTESIS

Los factores socio-económicos y culturales inciden en el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años que acuden al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra del Cantón Tena.

6. VARIABLES

6.1 Variable independiente

- ❖ Los factores socioeconómicos y culturales

6.2 Variable dependiente

- ❖ Embarazo en Adolescentes de 13 a 19 años

7. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Variable Independiente. Los factores socioeconómicos y culturales.	Factores socioculturales.- Se define como factor de riesgo social a la probabilidad que tiene la adolescente embarazada para ser influenciada por el medio en que se desenvuelve, con más repercusión en las jóvenes gestantes por la falta de comunicación de padres a hijas, inestabilidad familiar, la no convivencia con ellos y la educación sexual deficiente.	Factores sociales.	¿Cuál cree usted que fue la causa de su embarazo?	Mal uso de métodos anticonceptivos. Falta de información. Carencia afectiva. Nivel económico bajo. Disfunción familiar. Inmadurez emocional. Curiosidad.
			¿Recibió información sobre educación sexual?	SI NO Dónde:

<p>económicos de la sociedad, sin embargo se registra con mayor frecuencia en jóvenes pertenecientes a sectores socioeconómicos más disminuidos. El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, lo cual incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente.</p>		<p>Factores culturales.</p>	<p>¿Conoce Ud. Cuáles son las enfermedades de transmisión sexual?</p>	<p>SI NO</p>
			<p>¿Para evitar un embarazo indeseable es importante?</p>	<p>Utilizar métodos anticonceptivos. Abstinencia sexual. Ir al centro de salud para obtener información.</p>
			<p>¿Al momento de la relación sexual Ud. O su pareja utilizaron algún método anticonceptivo?</p>	<p>SI NO CUAL.....</p>
			<p>¿Cree usted que en la primera relación sexual puede haber un embarazo?</p>	<p>SI NO No sabe...</p>
			<p>Factores económicos.</p>	<p>¿Económicamente De quién depende Ud.?</p>

				Padres Abuelos Hermanos
			¿Cuál es su ocupación?	Estudia Trabaja Ama de casa.
Variable dependiente. Embarazo en adolescentes de 13 a 19 años.	Es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aprox.), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.	Perfil de las adolescentes.	Cuál es su edad.	13 a 15: () 16 a 17: () 18 a 19: ()
			Procedencia	Urbana Rural Urbano Marginal
			Nivel de instrucción	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa
			Estado civil	Soltera Casada Viuda

				Unión Libre
		Derechos sexuales y reproductivos que tiene las adolescentes en la constitución política del Ecuador.	¿Edad de su primera relación sexual?	13 a 15: () 16 a 17: () 18 a 19: ()
			Conoce Ud. los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes.	SI NO

CAPITULO I

MARCO TEORICO

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 MARCO REFERENCIAL.

1.1.1 RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA

En el año de 1950 se inicia la construcción del Hospital en Tena por la Dirección de Asistencia Pública Social de Quito; y el nombre se lo pone en homenaje al Presidente de la República de aquella época “José María Velasco Ibarra”.



En el año 1955 se inaugura y se encarga la Administración a la Misión Josefina en la persona del Obispo Maximiliano Spiller y es manejado conjuntamente con las Madres Doroteas, por aproximadamente 17 años brindando una buena atención a la población con el primer Médico que fue traído por los Misioneros desde la ciudad de Quito el Doctor Fausto Castelo, profesional de gran calidad humana, médico altruista y querido por todos los habitantes que les asistía, luego se radicó por muchos años con su familia, su esposa también Médico, Doctora Olga Serrano y su hijo.

En el mes de abril de 1972, según el Decreto Ejecutivo N° 232, se suprime la Asistencia Pública Social y el Hospital “José María Velasco Ibarra” entra en un período de transición por el cual la Misión Josefina hace la entrega de la Administración del Hospital al Ministerio de Salud Pública, el mismo que se inicia con una nueva estructura Orgánica Funcional.

En el mes de septiembre de 1973 el señor Contralor General de la Nación, mediante telegrama nombra a la señora Inés Espinosa de Espinosa para que realice la entrega-recepción del Hospital y a la vez asume las funciones de Administradora del Hospital, y el área administrativa financiera pasa a depender de la Jefatura Provincial de Salud de Napo actualmente Dirección Provincial de Salud, y la Dirección del Hospital estuvo bajo la responsabilidad de algunos profesionales Médicos.

En el año de 1976 el señor Ricardo Cabrera Vergara, Alcalde del Ilustre Municipio de Tena realiza las gestiones de manera urgente ante el Gobierno nacional y cede los terrenos para construir un nuevo Hospital, por cuanto el Gobierno Nacional ya había autorizado iniciar la construcción de este Hospital en la ciudad del Puyo, pero el inconveniente que tenían eran de que no disponían del terreno; pero el señor Alcalde interpuso su gestión personal donando los terrenos que fueron expropiados por el Gobierno Municipal para este fin, ya que aparte de presentarse esta oportunidad ya era necesario construir una nueva planta física por cuanto era insuficiente para satisfacer la demanda poblacional que iba creciendo día a día. Se procede a contratar la construcción de la estructura física con la Compañía Eteco Predios y el equipamiento de todo el Hospital en general con la una Compañía “Hospitalia”, de origen italiano. Se da inicio a la construcción de un edificio de una gran estructura y complicada construcción por cuanto se tardó en terminarlo y equiparlo por aproximadamente seis años; su equipamiento de tecnología avanzada y moderno en aquella época de hace 25 años atrás.

El 25 de mayo de 1986, fecha histórica para nuestro hospital abrió sus puertas y fue inaugurado su nueva planta física hermosa y moderna con todo su equipamiento, lo que fue una alegría para todos los funcionarios y población entera; fue inaugurado por el Ministro de Salud y altos funcionarios que tenían la misión de entregar a los servidores, profesionales, médicos, enfermeras, administrativos y trabajadores que daban inicio a su trabajo, con su Director Dr. Flavio Daza Pepinos que ya venía desempeñando dichas funciones en el hospital antiguo y que se mantuvo en calidad de Director hasta el mes de mayo de 1993.

El Hospital está catalogado como Hospital Provincial de segundo nivel, con una capacidad instalada para 120 camas, la dotación actual es de 76 camas distribuidas en 4 especialidades: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco Obstetricia.

El 5 de marzo de 1987 al año de ser inaugurado el hospital, se produjo el terremoto en la provincia de Napo por el Reventador; y por el movimiento telúrico la estructura del hospital, sufre daños considerables en su estructura física, posteriores movimientos sísmicos de mediana intensidad, iban agravando la infraestructura del hospital, convirtiéndose en un factor de riesgo para brindar una atención de calidad, por lo que se convirtió en una necesidad imperante la reestructuración física, que

finalmente se logra con el apoyo del Proyecto A. P. S. Ecuatoriano-Belga, MODERSA, FASBACE, y fondos propios del Hospital Tena, quienes hacen posible su reestructuración desde Mayo del 2000 a Abril 2001, realizándose su reinauguración el 16 de Abril del 2001.

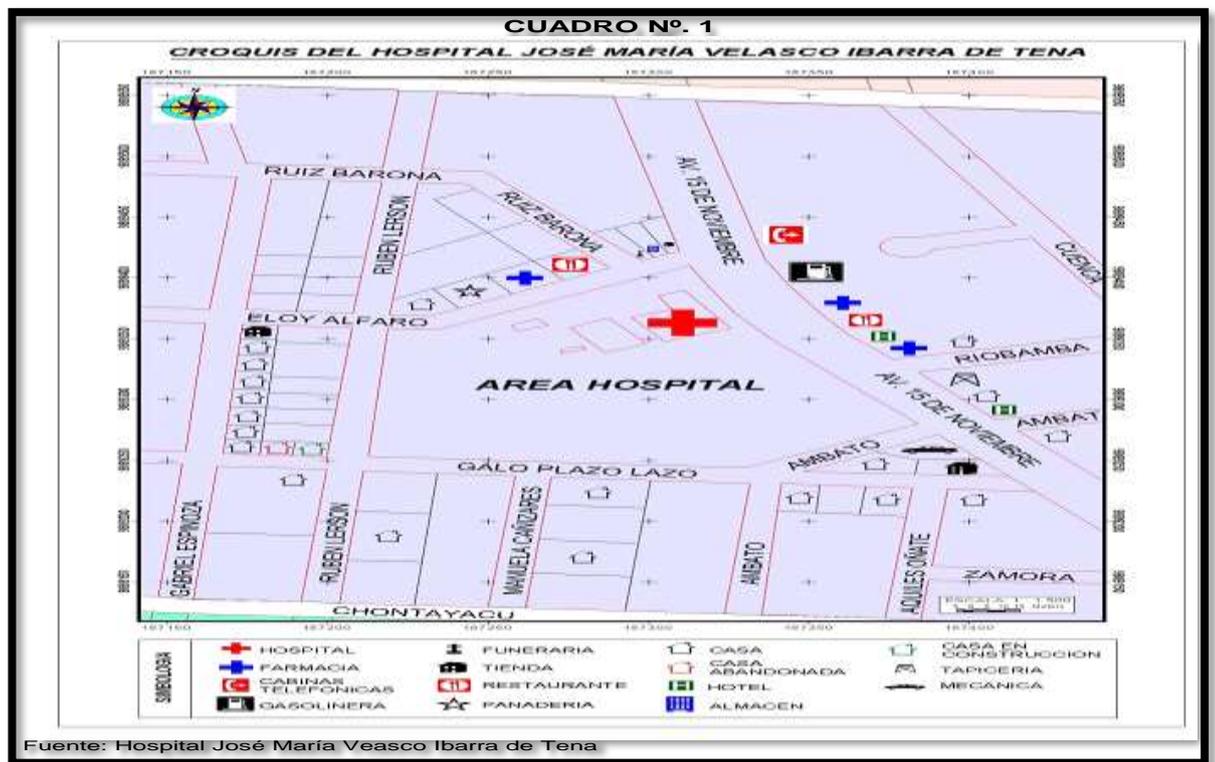
Actualmente contamos con una infraestructura sólida de cemento armado, con reforzamiento estructural adecuada, acorde a las exigencias de las normas sanitarias universales de atención de segundo nivel de complejidad, convirtiéndose en una institución pionera en la atención de salud en la región amazónica.

También fue algo histórico y trascendental para nuestro Hospital, ya que en el marco de la reforma de salud y en el proceso de modernización del Ministerio de Salud Pública, especial consideración ha merecido el fortalecimiento de la gestión Hospitalaria, que permite transformar los hospitales a entidades autónomas, capaces de evolucionar de la administración del gasto a la gestión del costo. En este contexto se inscribe el proyecto de modernización de servicios de la salud (MODERSA) financiado por el Banco Mundial según el acuerdo de # (4342 E), celebrado entre la República del Ecuador y el Banco Mundial con fecha 25-09-1998.

El Ministerio de Salud Pública, mediante acuerdo ministerial N° 00502, del 19 de Octubre del 2000 dispone que el Hospital José María Velasco Ibarra ingrese al proceso de modernización hospitalaria. La dirección del Hospital consciente del problema sentido por la ciudadanía, frente a la crisis de los servicios de salud, inicio un proceso de entendimiento con sus trabajadores y empleados con miras a ampliar las coberturas y mejorar los servicios de salud y que hasta la presente hemos venido trabajando en este sentido de brindar la atención con calidad y calidez; la demanda cada día aumenta.

El hospital José María Velasco Ibarra está ubicado al Suroeste de la ciudad de San Juan de los dos Ríos del Tena en la ciudadela Eloy Alfaro, limitado de la siguiente manera: Esta ubicado dentro de la zona urbana de la ciudad, con fácil accesibilidad por encontrarse sobre una de las avenidas principales. Al norte: Calle Ambato, al sur: Calle Eloy Alfaro, al este: Calle Gabriel Espinosa, al oeste: Avenida 15 de Noviembre.

1.1.2 UBICACIÓN GEOGRAFICA DEL HOSPITAL



El Hospital José María Velasco Ibarra se localiza en la ciudad de Tena capital de la provincia de Napo ubicada en la Región Amazónica con los siguiente límites: al norte por la Provincia de Sucumbíos, al sur por loa provincias de Tungurahua y Pastaza, al este por la provincia de Orellana, al Oeste por las provincias de Pichincha y Cotopaxi.

La Provincia de Napo está ubicada en la parte central de la Amazonía, conformada por estribaciones de la cordillera andina y la llanura Napo-Galeras. Napo comparte las características geográficas similares al resto de las Provincias de la Región Amazónica.

Lo típico de esta zona es su gran llanura selvática, cubierta de vegetación milenaria tupida, los bosques están formados por árboles de las más variadas especies con un clima templado húmedo y frío en las altas estribaciones de las cordilleras con una temperatura promedio de 25°C.

La Provincia tiene atractivos turísticos, anchos ríos navegables en los cuales se practica mucho los deportes extremos como el rafting y otros; paisajes selváticos y

una biodiversidad única. La aproximación a las parcialidades indígenas permite conocer sus costumbres, así como la vida silvestre y la naturaleza de todo su esplendor en los sitios que se mantienen como reservas ecológicas y que no son topadas por el hombre. Su población más del 50% es de raza indígena entre otras como los Cofanes, Tetes.

Institución pública de servicio social que provee atención de salud con las cuatro especialidades básicas; Medicina Interna, Ginecología - Obstetricia, Cirugía y Pediatría, en donde disponemos de recurso humano calificado y tecnología adecuada; promoviendo una atención integrada e integral de calidad, en busca de mejorar el estado de salud de la población en la provincia de Napo.

1.1.3 MISION

Institución pública de servicio social que provee atención de salud con las cuatro especialidades básicas; Medicina Interna, Ginecología - Obstetricia, Cirugía y Pediatría, en donde disponemos de recurso humano calificado y tecnología adecuada; promoviendo una atención integrada e integral de calidad, en busca de mejorar el estado de salud de la población en la provincia de Napo.

1.1.4 VISION

En el año 2013 seremos un hospital solidario y participativo, líder en el sector salud, dotado de infraestructura sanitaria adecuada. Dirigido por líderes con capacidad gerencial que basados en una cultura organizacional por procesos, aplican valores institucionales; tomando decisiones basados en un sistema de comunicación. Con un talento humano competitivo, motivado, en un constante mejoramiento de la calidad; respetando la interculturalidad y fomentando la participación ciudadana.

1.1.5 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DEL HOSPITAL

1. Diseñar el Plan de Control y Mejoramiento de la Calidad del hospital para la satisfacción del cliente interno y externo del hospital.

2. Implementar la estructura por procesos en base a perfiles y competencias basadas en el modelo de gestión de recurso humano del Hospital José María Velasco Ibarra, a fin de lograr la calidad de los procesos, incorporando el trabajo en equipo.
3. Utilizar el Plan Estratégico como herramienta de gestión y que los planes operativos anuales se elaboren participativamente con un presupuesto definido y distribuido en forma equitativa, basado en las necesidades de cada proceso.
4. Elaborar e implementar las guías clínicas y protocolos de atención basadas en la evidencia para determinar el control de la calidad.
5. Disponer un Plan de Capacitación permanente y continuo encaminado a perfeccionar el talento humano del Hospital José María Velasco Ibarra, a fin de elevar el nivel competitivo y resolutivo, generando satisfacción y motivación de todo el personal involucrado.
6. Diseñar un plan de requerimiento de talento humano acorde a los estándares internacionales que permitirá desarrollar e implementar la nueva estructura por procesos y el mejoramiento de la calidad de atención.
7. Crear un Sistema de Comunicación Interna y Externa el mismo que servirá como un instrumento para conocer las distintas necesidades de comunicación e información que tiene el cliente dentro de la organización convirtiéndose como eje central del paciente en toda la actuación cotidiana.
8. Crear de Unidad de Seguridad y Salud Laboral, la misma que permitirá establecer los lineamientos para desarrollar y promover los Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el hospital José María Velasco Ibarra garantizando la protección de las personas, los bienes, valores, y el normal funcionamiento de los servicios.
9. Disponer de un plan de mejoramiento de la imagen corporativa del hospital para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos y de toda la sociedad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnología, que se ajuste a las expectativas de lo esperado.
10. Mejorar el entorno de relación con los ciudadanos aumentando el grado de personalización, pro-actividad, bi-direccionalidad gestionando eficientemente sus expectativas y confianza ciudadana mediante el fortalecimiento e

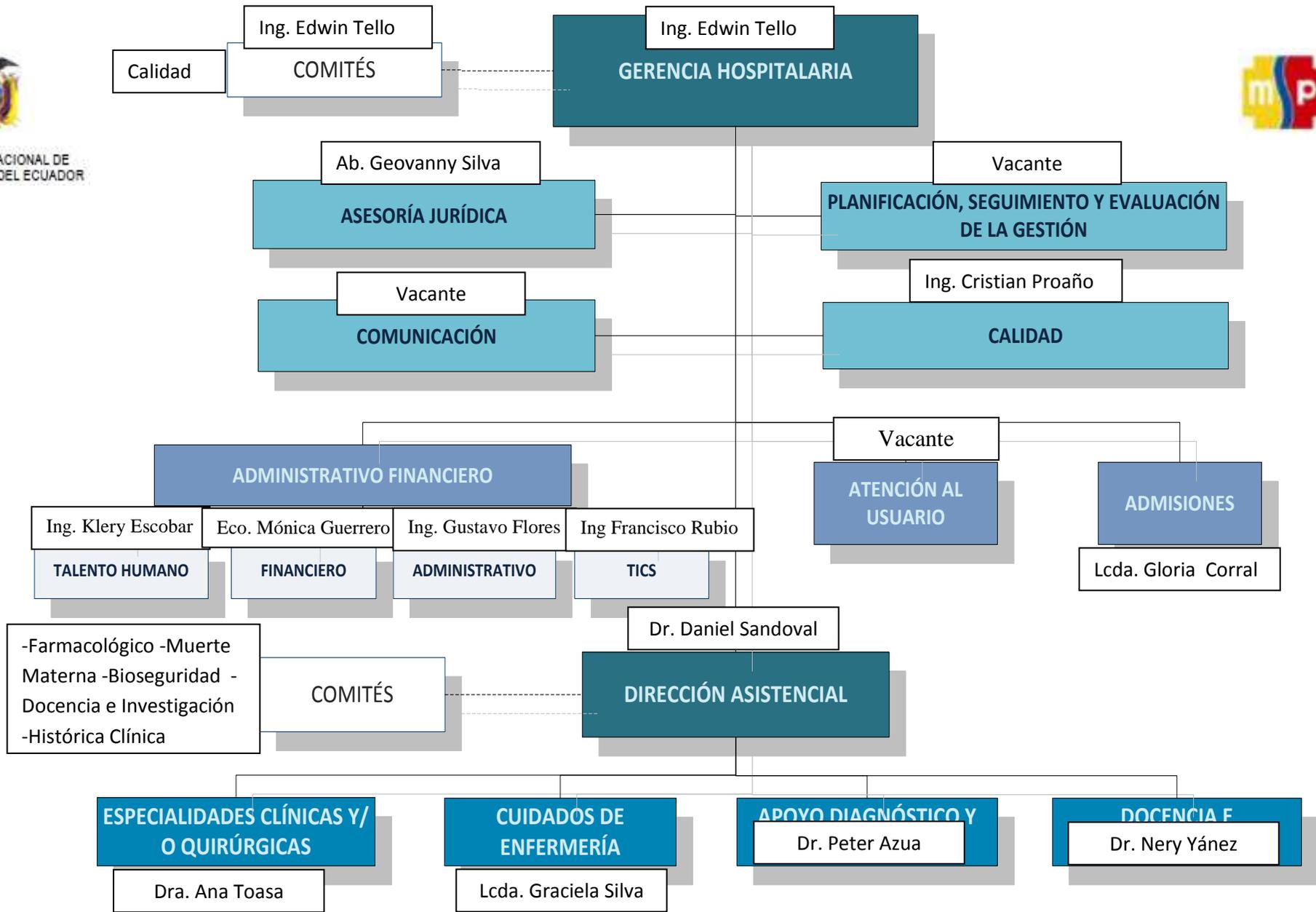
incremento de la participación, formación ciudadana en salud, desarrollo humano sustentable en el hospital.

1.1.6 ORGANIGRAMA POR FUNCIONES DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA.

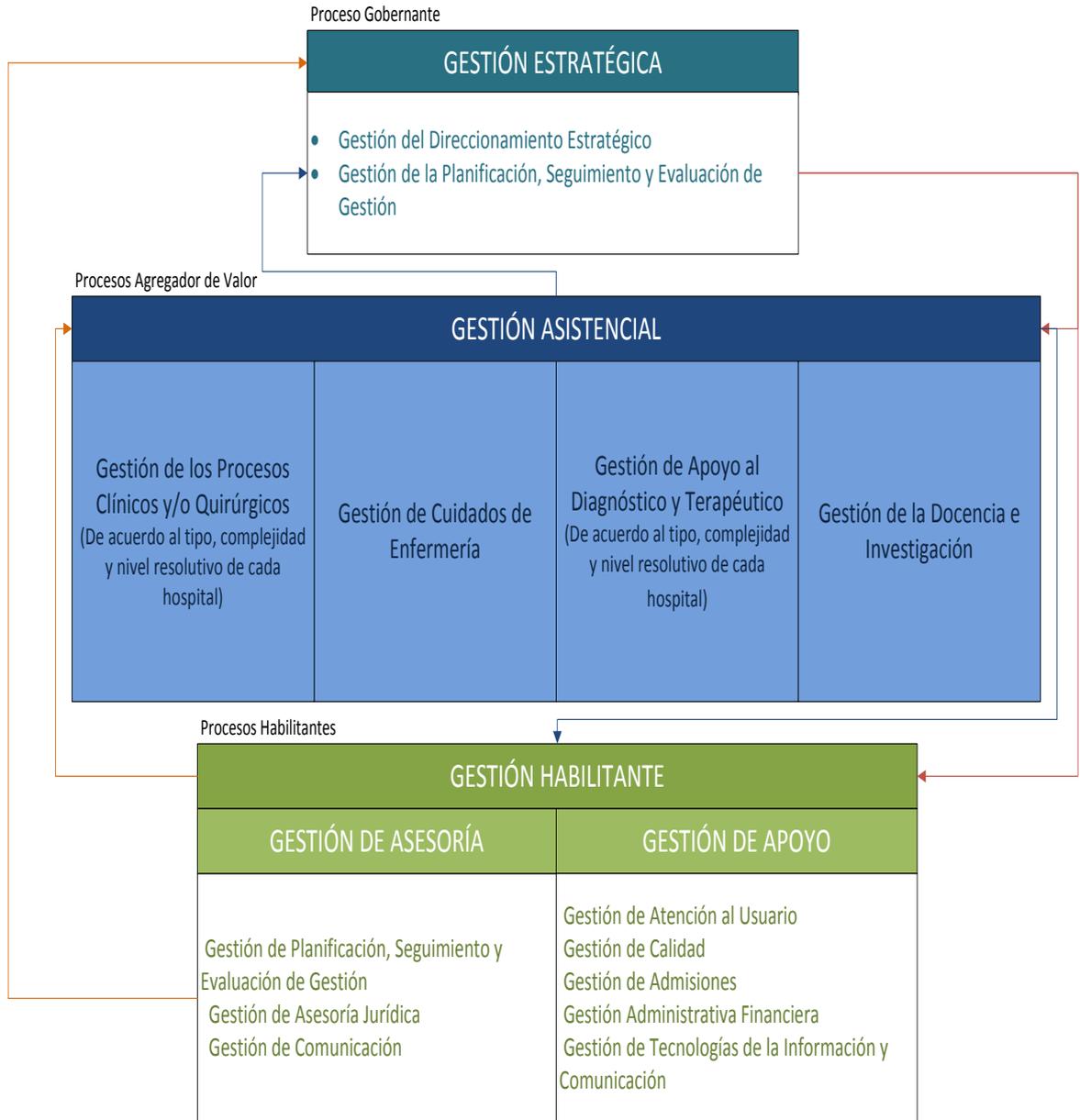
ZONA 2 - DISTRITO 15 D01 TENA
HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA DE TENA



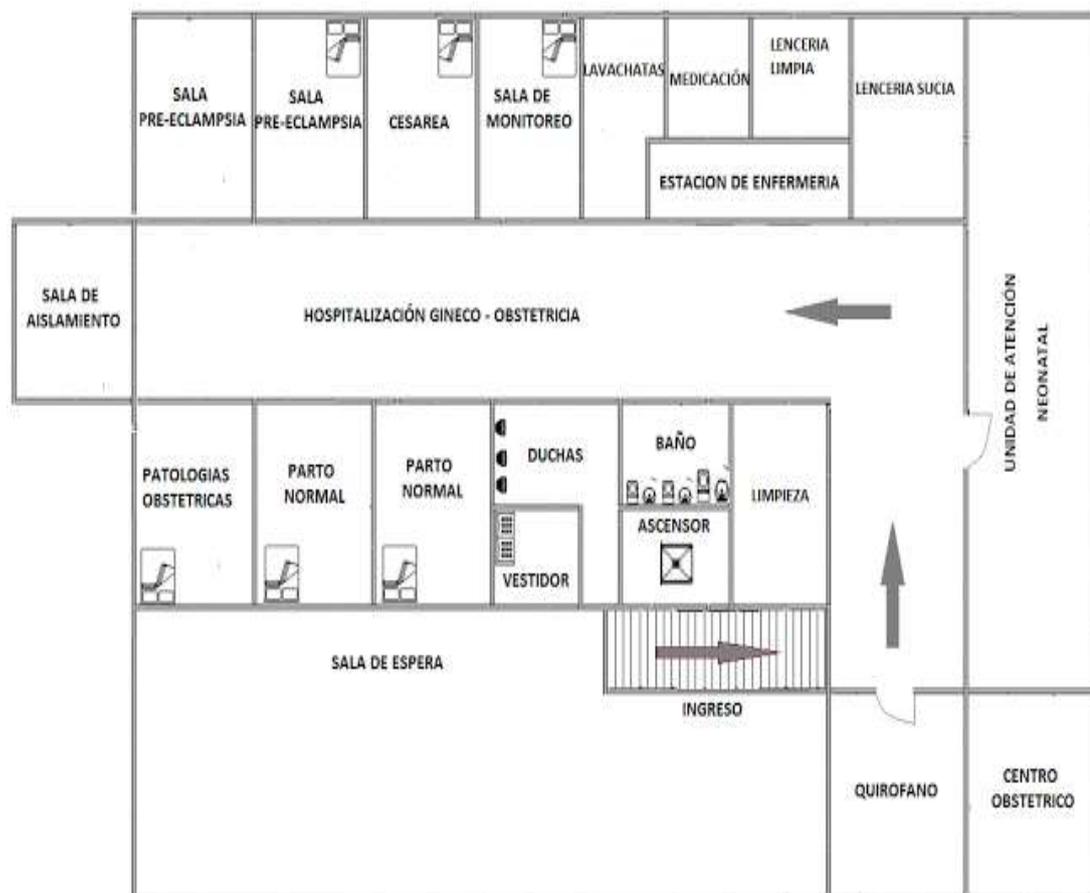
GOBIERNO NACIONAL DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR



1.1.7 ORGANIGRAMA POR PROCESOS DEL HOSPITAL JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA.



1.1.8 UBICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO DE GINECOLOGIA



El Hospital José María Velasco Ibarra es una unidad hospitalaria sin fines de lucro, dependiente del Ministerio de Salud Pública, su área de ginecología está centrada en la atención integral de la mujer y las enfermedades que le son propias, especialmente que afectan su sistema reproductor, con la participación de un equipo humano multidisciplinario, altamente calificado con gran capacidad resolutive, y con espíritu humanitario de solidaridad e integridad, se encuentra ubicado en el tercer piso subiendo por la escalinatas al lado derecho del mencionado Hospital.

1.1.8.1 SERVICIOS TECNICOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO.

Integrado por:

- ✓ Medicina transfusional
- ✓ Laboratorio clínico y anatomía patológica
- ✓ Radiología
- ✓ Anestesiología

1.1.8.2 SERVICIOS TECNICOS DE COLABORACION MÉDICA

Integrado por:

- ✓ Enfermería
- ✓ Trabajo social
- ✓ Estadística y registro médicos
- ✓ Alimentación y dietética
- ✓ Farmacia

1.1.8.3 TALENTOS HUMANOS

Licenciadas:

Gina Aldaz	Nombramiento provisional
Nadir Vargas	Contratada
Ángela Chuchuca	Nombramiento
Alicia Chiluisa	Nombramiento provisional
Carmen Correa	Nombramiento provisional
Mireya Zaruma	Nombramiento provisional
Nathaly Vega	Interna Rotativa de Enfermería
Gabriela Guato	Interna Rotativa de Enfermería

Auxiliares de Enfermería:

Rosalía Andy	Nombramiento
Julia Grefa	Nombramiento
Vilma Cabrera	Nombramiento
Flora Andy	Nombramiento
María Cuadrado	Contratada
Margoth Tapuy	Contratada

Médicos:

Médicos tratantes:	Dr. Jorge Pérez
	Dr. Oswaldo Córdova
	Dra. Marcia Pérez
	Dr. Wilian Delgado
	Dra. Lorena Montoya
Internos Rotativos de Medicina.	Valeria Zúñiga
	Paola Velásquez
	Edison Mayorga
	William Valdez
	Diana Torres

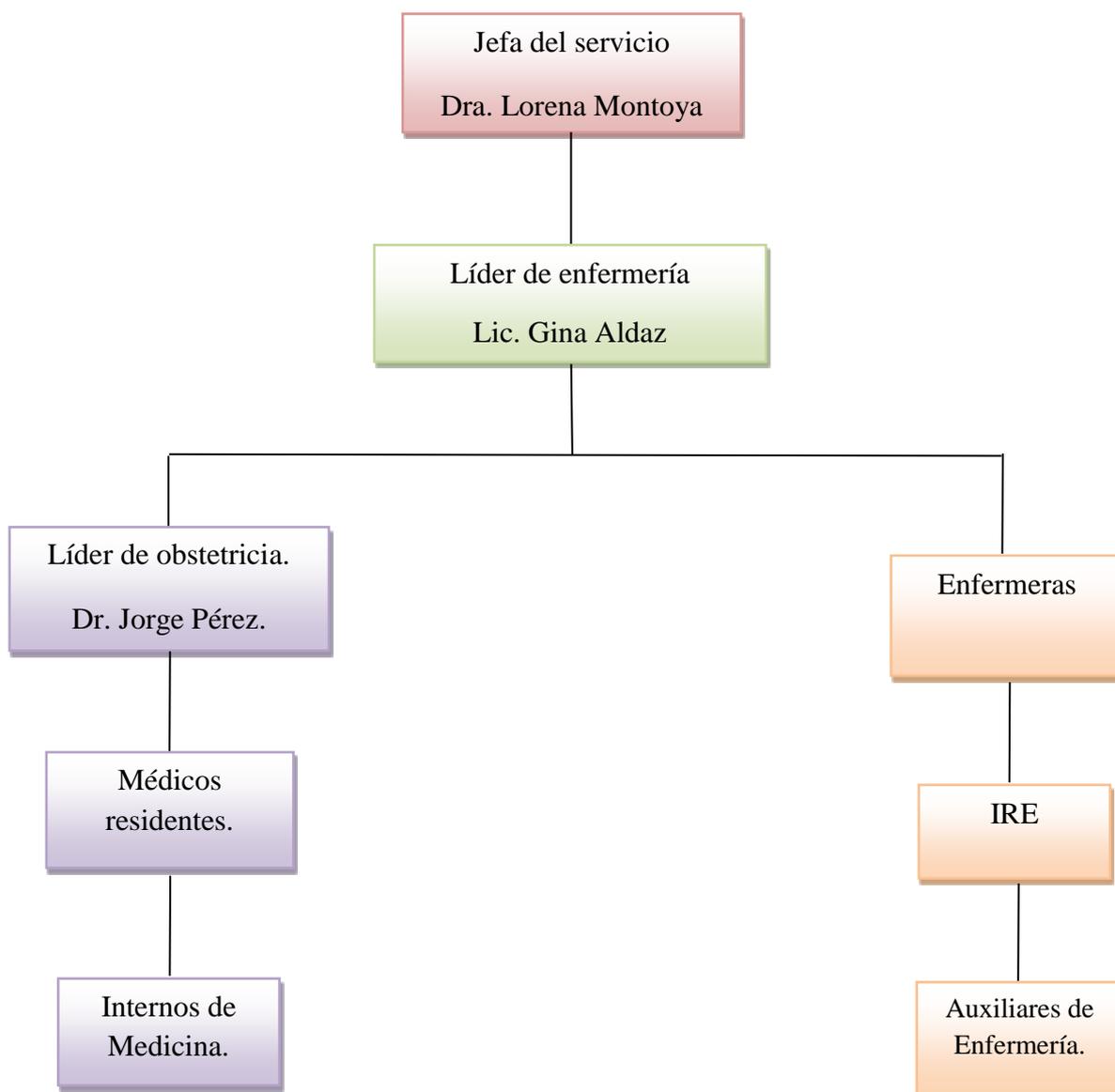
El servicio de Gineco Obstetricia consta de 8 salas y distribuido de la siguiente manera:

2	Salas para pre eclámpticas
2	Salas para parto normal
1	Sala para cesáreas
1	Sala para patologías obstétricas
1	Sala de aislamiento
1	Sala de monitoreo

Además cuenta con:

1	Estación de enfermería
1	Sala de espera
1	Cuarto de utilería limpia
1	Cuarto de utilería sucia
4	Servicios higiénicos
4	Duchas

1.1.8.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SERVICIO.



1.1.8.5 EDUCACION Y CAPACITACION

- ✓ Desayunos científicos (Exposición de médicos residentes para todo el personal de salud).
- ✓ Charlas mensualmente de Manejo de los desechos hospitalarios.
- ✓ Seminarios de actualización de conocimientos sobre patología ginecológicas más relevantes.
- ✓ Elaboración, explicación y aplicación del proceso de atención de enfermería.
- ✓ Reciben mensualmente exposiciones sobre temas ginecológicos por Internos Rotativos de Enfermería y Medicina.
- ✓ Líder expone sobre temas de ética y humanización ante las usuarias.

1.1.8.6 PERFIL EPIDEMIOLOGICO

Patologías.	Número.	Porcentaje.
Partos y cesáreas en adolescentes.	280	74.66 %
Infección del tracto urinario más embarazo.	23	6.1 %
Preeclampsia y Eclampsia más embarazo.	22	5.8 %
Amenaza parto prematuro.	21	5.6 %
Aborto incompleto.	8	2.1 %
Embarazo amembrionario- Legrado uterino.	8	2.1 %
Ruptura prematura de membranas.	7	1.8 %
Hiperémesis gravídica.	3	0.8 %
Embarazo ectópico.	3	0.8 %

Datos obtenidos del departamento de estadística del Hospital José María Velasco Ibarra del Cantón Tena, facilitado por el Ing. Edwin Tello, periodo Abril a Septiembre del 2013.

1.2 MARCO CIENTIFICO

1.2.1 FACTORES SOCIOCULTURALES Y ECONÓMICOS QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.

Conceptualización de los componentes, descriptores.

Factores sociales:

- ✓ Desintegración familiar.
- ✓ Violencia intrafamiliar.
- ✓ Hacinamiento.
- ✓ Drogadicción/Prostitución.
- ✓ Pandillas.

Factores económicos:

- ✓ Ingresos económicos.

Factores culturales:

- ✓ Machismo.
- ✓ Creencias.
- ✓ Mitos. (Merino & Inostroza, 2011)

1.2.1.2 Factores socioculturales.

Se define como factor de riesgo social a la probabilidad que tiene la adolescente embarazada para ser influenciada por el medio en que se desenvuelve, con más repercusión en las jóvenes gestantes por la falta de comunicación de padres a hijas inestabilidad familiar, la no convivencia con ellos y la educación sexual deficiente.

Generalmente se presenta una actitud de rechazo ocultamiento del embarazo por temor a la respuesta del grupo familiar lo que conllevara a la dificultad la detección de problemas o la implementación de medidas de intervención.

Este factor está inmersa a la sociedad con los problemas emocionales que se presentan en el diario vivir, debemos recalcar que convivimos con nuestro entorno y somos la imagen y semejanza de lo que nos rodea. Algunas jóvenes madres optan por la adopción que les crea una gran culpa y arrepentimiento, sobre todo en etapas más maduras de su vida hay quienes deciden tener hijos de solteras enfrentándose a grandes carencias y dificultades. Su proyecto de vida se ve frenado sufren agresiones por parte de su familia y del entorno y tienen menos oportunidades de conseguir un empleo cuando lo obtienen es mal remunerado sin olvidar que deben educar a su hijo en medio de un ambiente desfavorable. Como consecuencia del embarazo en la adolescencia es la falta de atención médica desde el inicio del embarazo, debido a que generalmente las chicas no avisan pronto a sus padres, tardan en decirles de su situación de 4 a 5 meses los cuales pasan sin revisión médica.

Entre los factores sociales mencionamos:

- ❖ Rendimiento académico deficiente.
- ❖ Bajo nivel de instrucción.
- ❖ Bajo autoestima.
- ❖ Ausencia de interés.
- ❖ Pérdida reciente de personas significativas.
- ❖ Embarazo por violación y abuso.
- ❖ Trabajo no calificado.
- ❖ Pareja ambivalente o ausente.
- ❖ Condición económica desfavorable.
- ❖ Discriminación de su grupo de pertenencia por el embarazo precoz.
- ❖ Dificil acceso a los centros de salud por la distancia.
- ❖ Vivir en comunidades donde los embarazos tempranos son comunes.
- ❖ Identificación o captación tardía de la adolescente embarazada. (Pilco & Borja, 2012)

El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el

trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas. El machismo influye el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. Freíd Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

Culturalmente existe una mayor tolerancia del medio a la maternidad de adolescentes, ya que las poblaciones en el área rural consideran que las mujeres deben tener a sus hijos en su juventud.

Históricamente y culturalmente, el embarazo adolescente se ha considerado como una preocupación femenina, y al hombre se le ha tratado solamente como a un compañero silencioso. Como los varones no se embarazan ni enfrentan las mismas consecuencias que las muchachas que quedan embarazadas, y la mayoría de métodos anticonceptivos están diseñados para uso y cumplimiento por parte de la mujer, su papel en el uso de anticonceptivos es frecuentemente ignorado. Sin embargo, los varones adolescentes pueden influenciar positiva o negativamente a su joven pareja en la decisión de usar anticonceptivos. Muchas veces los adolescentes varones admiten sentirse presionados para ser independientes, asumir riesgos y esconder sus emociones, reforzando así los conceptos de machismo.

El embarazo en adolescentes en la actualidad, aumenta asombrosamente debido a las actitudes tomadas por los jóvenes, la poca conciencia que tienen y la necesidad de experimentar nuevas sensaciones al igual que los grupos de amigos con los que socializan, son las razones porque los jóvenes son presionados a experimentar del sexo antes de tener una madurez necesaria para razonar las consecuencias que puede traer la decisión de tener sexo con una pareja.

De igual forma las practicas adquiridas por los adolescentes, en ocasiones debido al mismo desconocimiento o desinterés al tema o influenciados por factores sociales que permiten que los adolescentes se desorienten y busquen caminos erróneos y que desencadenan en embarazos no deseados.

A pesar de encontrarnos en medio de poblaciones urbanas con mejores posibilidades aparentemente de acceso a los servicios de salud, mejor nivel de vida social y económico, se evidencian dentro de las atenciones realizadas y visitas domiciliarias a las familias, la presencia factores culturales que son heredados y/o incluso traídos de las áreas rurales y que influyen directamente en la salud de las/los adolescentes.

Expresiones tales como: con la primera vez no vas a quedar embarazada, el hombre no tiene responsabilidad del embarazo, entre otras, se ponen de manifiesto en algunas ocasiones por ellos.

1.2.1.3 Factores económicos.

Esta situación se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad, sin embargo se registra con mayor frecuencia en jóvenes pertenecientes a sectores socioeconómicos más disminuidos. El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, lo cual incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente.

Se sabe que la pobreza y la inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para los adolescentes, incluyendo su salud sexual. Estos resultados incluyen una mala nutrición, atención en salud inadecuada (incluyendo cuidados prenatales y salud reproductiva) y bajo rendimiento escolar. Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser pobres, así como tienen mayor probabilidad de iniciar su vida sexual a una edad más temprana, quedar embarazadas y tener hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades para generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza. La falta de independencia económica limita la capacidad de las jóvenes para abandonar relaciones de riesgo y

las predispone a intercambiar relaciones sexuales por beneficios económicos. (Merino & Inostroza, 2011)

El embarazo en la adolescencia temprana esta presentado mayor incremento entre las poblaciones más pobres que tienen menor acceso a la educación y a la salud, lo que evidencia la necesidad de poner en marcha políticas públicas que lleven una educación más efectiva en las escuelas, sobre todo en edades previas al desarrollo de la sexualidad del niño. Lo que se entiende que el incremento del embarazo en adolescentes es alarmante, sobre todo porque aumenta en muchas cada vez más jóvenes, lo que preocupa porque mientras menos edad más posibilidad de riesgo y morbilidad.

Entendiendo que la prevención, la educación juega un papel fundamental, porque mientras más pobre, hay más bajo nivel educativo y menos acceso a la salud. (Caridad, 2013)

1.2.2 EMBARAZO

Se denomina embarazo o gravidez al periodo que transcurre desde la implantación del óvulo fecundado en el útero hasta el momento del parto.

A partir de que el óvulo es fecundado se producen cambios en el cuerpo de la mujer, tanto fisiológicos como metabólicos, destinados a proteger, nutrir y proporcionar todo lo necesario para el desarrollo adecuado del feto.

El embarazo o parto, es un término que comprende el periodo de gestación reproductivo humano. Éste comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de la mujer y éste óvulo fecundado se implanta en la pared del útero.

La duración aproximada de un embarazo es de 280 días. Son 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 semanas (aproximadamente nueve meses) desde el momento de la fecundación.

El embarazo se divide en trimestres. El primer trimestre abarca hasta la semana 14 de embarazo (12 semanas de gestación), el segundo trimestre de la semana 14 a la

semana 28 de embarazo y el tercer trimestre desde la semana 28 a la semana hasta el nacimiento. (Rovati, 2011)

1.2.2.1 Ciclo ovárico.

El periodo que pasa entre el primer día de una regla y el primero de la regla siguiente se denomina ciclo menstrual. Nuestro ciclo menstrual es habitualmente de 28 días, pero se considera normal que dure entre 21 y 35 días. Durante el ciclo menstrual, nuestro cuerpo se prepara para un posible embarazo.

Los dos o tres primeros años de regla es normal que los ciclos sean algo irregulares.

Transcurrido este período, los ciclos suelen volverse más regulares y, por lo general, después del primer parto, los ciclos tienden a estabilizarse hasta llegar a los 40-45 años. A partir de esta edad los ciclos se volverán de nuevo irregulares antes de que aparezca el período de la menopausia.

¿Qué nos pasa a lo largo del mes?

En un ciclo menstrual de 28 días podemos diferenciar dos partes de más o menos 14 días cada una de ellas. Durante estas dos fases podemos pasar del decaimiento a la euforia o de la inapetencia sexual a una subida de la libido. Estos cambios son debidos a las variaciones cíclicas de dos hormonas, los estrógenos y la progesterona.

Gracias a esta actividad hormonal el endometrio se descama cada 28 días, apareciendo la regla y, vuelve a regenerarse después.

La primera mitad del ciclo, del día 1 (primer día de la regla) al 14. El acontecimiento más importante es la regla. Suele durar unos 5 días aunque puede oscilar entre 3 y 7 días.

La cantidad de flujo menstrual que se suele perder varía muchísimo de mujer a mujer. Por lo general, el 70 % de las pérdidas se producen durante los dos primeros

días de la regla y en los últimos días, observamos cómo la cantidad de pérdida va disminuyendo.

Desde el primer día de la regla hasta el día 14 aproximadamente, nuestro cuerpo contiene estrógenos. Durante esta fase el óvulo acaba de madurar y es expulsado del ovario. Esa expulsión es la ovulación. El óvulo comienza a desplazarse a través de la trompa de Falopio que lo conduce hacia el útero. Alrededor de estos días, si un espermatozoide fecunda un óvulo y éste se adhiere a la pared del útero se inicia un embarazo.

La segunda mitad del ciclo, del día 15 al 28. Durante esta segunda fase los cambios que se suceden suponen la aparición de un cierto estado de debilidad. A lo largo de este período se produce un aumento de la progesterona que empieza a los 2 o 3 días de la ovulación.

La tercera semana del ciclo menstrual, la progesterona nos produce nerviosismo, reseca la piel y nos incita a comer más. Y hasta que llega la regla, la progesterona se aprehende de nuestro cuerpo. La cuarta semana y última semana del ciclo, el síndrome premenstrual nos puede provocar angustia y decaimiento físico. Afortunadamente la llegada de la regla conlleva la desaparición de estas molestias por lo que resultan un alivio. La regla es el punto de partida del siguiente ciclo... ¡a menos que se quede embarazada!

Las posibilidades que hay para quedarse embarazada a lo largo de un ciclo menstrual variarán en función de qué días tenga relaciones sexuales con la pareja. De hecho, todos los días del ciclo pueden ser fértiles para quedarse embarazadas, incluidos los días de la regla, ya que la ovulación puede variar de una mujer a otra, e incluso de un ciclo a otro.

Aun así, existen unos días en los que las mujeres tenemos mayor probabilidad de quedarnos embarazadas. Cuando el ciclo menstrual es de 28 días, lo más normal es que la ovulación se produzca, como ya hemos dicho, hacia el día 14º del ciclo. Los días más fértiles incluyen los 3 ó 4 anteriores y los 3 ó 4 posteriores al día de la ovulación, es decir, entre el 10º y el 19º día del ciclo.

Si el ciclo menstrual no es exactamente de 28 días es conveniente utilizar algún método anticonceptivo de barrera (preservativos) para evitar contagios de enfermedades de transmisión sexual. (AUSONIA, 2012).

1.2.2.2 Clasificación de los signos y síntomas del embarazo

Según Montgomery, los signos y síntomas de embarazo se clasifican en tres grupos:

- 1.- signos presuntivos
- 2.- signos de probabilidad
- 3.- signos de certeza

Signos de presunción o presuntivos del embarazo

Se considera que son subjetivos, inconstantes, variables, pudiendo no presentarse en su totalidad o ser imperceptibles; aparecer en la cuarta semana y desaparecen en la semana 18.

Dentro de estos podemos enunciar:

- ✓ **Amenorrea.-** Debe tomarse en cuenta que el cese de la menstruación puede ser desencadenado por diferentes causas tales como lactancia, premenopausia, trastornos endocrinos, metabólicos, psíquicos u otras patológicas; es el signo precoz más importante del embarazo sobre todo si los ciclos menstruales han sido regulares en periodicidad, duración y cantidad.
- ✓ **Cambios en las mamas.-** Durante el curso del embarazo se aprecian algunos cambios como aumento de volumen y sensibilidad, hiperpigmentación de areola, pezones eréctiles, salida de calostro, aparición de la red venosa de Haller caracterizada por que se acentúan las venas superficiales de la mama, hipertrofia de los tubérculos de Montgomery (glándulas sebáceas de la mama).
- ✓ **Polaquiuria.-** El aumento del tamaño del útero estira la base de la vejiga lo cual produce su irritabilidad y consecuente sensación de que la vejiga está llena; este fenómeno acontece al inicio y durante las últimas semanas del

embarazo cuando la cabeza del feto ejerce presión contra la vejiga. A medida que el embarazo progresa, la poliuria desaparece pues el útero se levanta fuera de la pelvis.

- ✓ **Síntomas simpáticos.-** Dentro de estos pueden citarse los siguientes: sialorrea, náusea, vómito, anorexia, irritabilidad, mareo, somnolencia, lipotimia, fatiga.

1.2.2.3 Signos de probabilidad

Algunos signos aparecen a partir de la cuarta semana y otros entre la semana dieciocho y la veinte y comprende:

- ✓ Signos Vulvovaginales
- ✓ Signos Uterinos

Signos Vulvovaginales.- La mucosa del orificio vaginal se torna violácea y sus paredes se engrosan. Aparece el signo de Chadwick, que es aquel que se produce debido al aumento de vascularidad.

Signos Uterinos.- Se los detecta a través del tacto rectal, vaginal y examen bimanual; al inicio de la cuarta semana el cuello uterino se reblandece adquiriendo semejanza a la consistencia del lóbulo de la oreja.

El cuerpo uterino sufre cambios en forma (globoso), tamaño (aumento), consistencia (reblandecimiento) y situación.

En el curso de la gestación pueden hacerse manifiestas las contracciones de Braxton Hicks, pero son más evidentes y sentidas por la gestante a partir del sexto mes de embarazo.

1.2.2.4 Signos de certeza del embarazo

Aparecen en la segunda mitad del embarazo, permiten hacer un diagnóstico más preciso y son de procedencia fetal. Entre estos tenemos:

Latidos cardiacos fetales, movimientos fetales y palpación de las partes del feto.

Pruebas inmunológicas-biológicas.- Son aquellas que a través de pruebas de laboratorio o colorimetría permiten detectar la presencia de la hormona gonadotropina coriónica humana en sangre u orina de la gestante.

Ecosonografía-ultrasonido.- Prueba que a través de pequeñas ondas de sonido impulsadas al útero gestante permite dibujar en una pantalla la silueta del saco gestacional y su contenido.

1.2.2.5 Cambios fisiológicos y molestias más frecuentes durante la gestación

Aunque el embarazo es un proceso normal, algunos de los cambios que trae consigo causan ciertas molestias a un grupo de embarazadas. Estas molestias son transitorias y se previenen o se alivian por lo general con medidas sencillas.

A continuación se exponen los más frecuentes:

Náusea y vómito.- Es común que la náusea ocurra al comenzar la mañana o cualquier hora del día.

La náusea y el vómito pueden ser producidos por cambios fisiológicos del embarazo como la presencia de hormonas placentarias en la circulación a la que se añaden factores emocionales.

- Pueden ayudar el aconsejar a la embarazada que se levante lentamente y con frecuencia muchas mujeres obtienen alivio al comer galletas o pan tostado.
- Con prescripción médica administrar algún anti-emético para el vómito y si este es intenso, se deberá analizar la orina en busca de cetonas y en caso de comprobarlos, la paciente se hospitalizara para el tratamiento específico.

Disnea.- En las últimas semanas de gestación el útero gestante empuja el musculo diafragma hacia arriba comprimiéndolo, esto puede dar lugar a que la paciente experimente falta de aire o dificultar para respirar; esta molestia es más evidente

cuando la mujer se prepara para su descanso o sueño. Es recomendable el descanso en semifowler. Esta molestia desaparece por completo después del parto.

Pirosis.- Debido a la acción de la progesterona, el esfínter del cardias se relaja, la presión del útero en crecimiento hace que el contenido del estómago se regurgite hacia el estómago y cause dolor, ardor y malestar.

Insomnio.- El insomnio es relativamente común al final del embarazo debido a la incomodidad causada por el crecimiento uterino y los movimientos fetales que incrementan la frecuencia de la micción y la dificultad para encontrar una posición cómoda.

Dolor lumbar.- El dolor de espalda se debe a la relajación de ligamentos y en parte a la postura adoptada por muchas mujeres para equilibrar el incremento del volumen del peso abdominal.

Estreñimiento.- Es común en las embarazadas, debido a la relajación muscular por la progesterona y por la disminución del peristaltismo del intestino producido por la presión del útero crecido.

Flatulencia.- Esta molestia es debida a la relajación del intestino en el embarazo y a la presencia del útero grávido que lo comprime y no permite un tránsito normal.

Polaquiuria.- En el embarazo la orina aumenta en volumen y tienen menor densidad, la embarazada presenta tendencia a excretar dextrosa por la orina. Durante las primeras doce semanas del embarazo aumenta la frecuencia de la micción debido a la presión del útero en crecimiento sobre la vejiga, disminuyendo la capacidad de la misma.

Secreción vaginal.- Por efecto hormonal, hay un movimiento en la secreción vaginal que tiende a incrementarse a medida que avanza el embarazo, es resultado del incremento en el volumen de tapón mucoso y exudado de las paredes vaginales; si se observa sangre o es de olor fétido, se debe consultar al médico.

Prurito vulvar.- Prurito o irritación de la vulva puede deberse a la falta de higiene, infecciones por hongos, vaginitis o vaginosis por bacterias cocos o bacilos y glicosuria.

Calambres en las piernas.- Los calambres son molestias comunes del embarazo y son muy dolorosas.

Pueden deberse a la falta de complejo B, calcio, isquemia de los músculos de las piernas, deterioro circulatorio resultante de la presión del útero grávido sobre las venas pélvicas, o sobre-estiramiento de los músculos y aponeurosis en las piernas.

Edema de los pies.- El edema de los pies y tobillos no es raro en el embarazo, se debe considerar seriamente hasta que se haya excluido la posibilidad de una hipertensión sobreañadida al embarazo. Si el edema es evidente en otros sitios, casi con seguridad es de origen patológico.

Venas varicosas.- las varices son indeseables, originan un gran dolor y pueden desarrollar graves complicaciones como tromboflebitis y embolia.

Se deberá evitar permanecer de pie durante periodos prolongados y puede ser necesario usar una venda o medias elásticas, las mismas que dan soporte a las paredes vasculares.

Cambios de la piel

Cloasma.- zona de pigmentación irregular, conocido como paño aparece en el cutis de algunas mujeres. Se cree que es por la actividad hormonal. Luego el cloasma desaparece completamente después del parto.

Línea Alba.- Hay un obscurecimiento en el centro del abdomen que se extiende desde la base la apófisis xifoidea hasta la sínfisis del pubis.

Estrías gravídicas.- Son causadas por estiramiento y atrofia del tejido conectivo profundo de la piel, suelen ser inicialmente de color rosado o moderadamente rojizo y puede desarrollarse en zona de mama, abdomen, muslos y glúteo (Altamirano, y otros, 2008)

1.2.2.6 Factores de riesgo durante el embarazo.

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo. Desde el punto de vista global y sobre todo médico la clasificación del riesgo obstétrico se puede dividir en las siguientes clases:

Riesgo bajo o 0:

- ✓ Por exclusión de los factores incluidos en los demás grupos de riesgo

Alto riesgo obstétrico 1: Usuarías que no han tenido ni tienen patología, pero existen circunstancias o hábitos que hacen considerar a su embarazo, parto o recién nacido de alto riesgo.

- ✓ Anomalía pélvica identificada clínica y/o radiológicamente.
- ✓ Baja estatura materna (< 1.5 metros)
- ✓ Cardiopatía 1: que no limita su actividad física.
- ✓ Condiciones socioeconómicas desfavorables.
- ✓ Patología psicosocial.
- ✓ Control insuficiente de la gestación: menos de 4 visitas prenatales o 1a visita después de la semana 20.
- ✓ Edad extrema: menores de 15 años o mayores de 35. Embarazo no deseado.
- ✓ Esterilidad previa de 2 o más años.
- ✓ Fumadora habitual.
- ✓ Fecha de la última menstruación incierta.
- ✓ Gestante con Rh negativo.
- ✓ Gran multiparidad: 5 o más fetos de por lo menos 28 semanas.
- ✓ Hemorragia del primer trimestre de embarazo.
- ✓ Incompatibilidad Rh.
- ✓ Incremento de peso menor de 5 Kg o superior a 15 Kg al final del embarazo
- ✓ Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática (por urinocultivo) Obesidad (IMC >30)
- ✓ Período intergenésico inferior a 12 meses.

Alto riesgo obstétrico 2: No presenta patología pero han tenido distintas patologías o han tenido hijos afectados en su salud, en embarazos anteriores.

- ✓ Anemia grave. Hb < 9 g/dl o hematocrito < 25 % Cardiopatía 2: limitación ligera de su actividad física. Cirugía uterina previa.
- ✓ Diabetes gestacional.
- ✓ Embarazo gemelar o múltiple.

- ✓ Embarazo prolongado: más de 42 semanas de gestación. Enfermedades endocrinológicas.
- ✓ Hemorragia en el segundo y /o en el tercer trimestre.
- ✓ Hidramnios u oligoamnios.
- ✓ Historia obstétrica desfavorable: dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico.
- ✓ Infección materna: virus de la hepatitis B o C, toxoplasmosis, pielonefritis, rubeola, sífilis, HIV, estreptococo B.
- ✓ Obesidad mórbida (IMC >40).
- ✓ Preeclampsia leve (TAD \geq 90 mmHg y/o TAS \geq 140 mmHg) Sospecha de malformación fetal.
- ✓ Presentación viciosa constatada tras la semana 38 de gestación.

Alto riesgo obstétrico 3: Tiene patología, significa riesgo para la madre y el niño. Requiere atención muy especializada.

- ✓ Amenaza de parto prematuro (antes de la semana 37).
- ✓ Cardiopatías 3 o 4: supone una importante limitación de su actividad física o ésta provoca su descompensación.
- ✓ Diabetes mellitus previa a la gestación.
- ✓ Consumo de tóxicos (alcohol, drogas)
- ✓ Incompetencia cervical.
- ✓ Isoinmunización: Coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.
- ✓ Malformación uterina.
- ✓ Muerte perinatal recurrente.
- ✓ Placenta previa.
- ✓ Preeclampsia grave (TAD \geq 110 mmHg y/o TAS \geq 160 mmHg)
- ✓ Patología asociada grave.
- ✓ Retraso del crecimiento intrauterino.
- ✓ Rotura prematura de membranas.
- ✓ Positividad al VIH. SIDA y complejos asociados. (Mosso, 2012)

1.2.3 PARTO.

Es aquel de comienzo espontaneo, desde el inicio de la labor de parto, hasta la finalización con el nacimiento de un producto en presentación cefálico, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional según la Organización Mundial de la salud (OMS 1996).

Parto inmaduro: Es el nacimiento de un producto de 22 a 27 semanas cumplidas de gestación.

Parto pre terminó: Es el nacimiento de un producto de 28 a 36 semanas cumplidas de gestación.

Parto a término: Es el nacimiento de un producto de 37 a 41 semanas cumplidas de gestación.

Parto pos terminó: Nacimiento de un producto de 42 semanas o más de gestación.

1.2.3.1 Etapas de la labor de parto.

➤ Dilatación y borramiento:

Dilatación: Aumento del diámetro del canal cervical medida en centímetros (0 a 10).

Borramiento: Acortamiento y adelgazamiento progresivo de la longitud del cuello del útero medida de 0 a 100%.

Fase latente: Actividad uterina irregular y leve. Dilatación del cuello menor a 4cm.

Fase activa: Actividad uterina regular e intensa. Dilatación del cuello mayor a 4cm y descenso de la presentación fetal.

➤ Expulsivo:

Es la etapa comprendida desde la dilatación completa (10cm) hasta la salida del producto. Se acompaña de pujos maternos.

➤ **Alumbramiento:**

Es la etapa de salida de la placenta, inicia desde el fin del expulsivo y termina con la salida completa de la placenta y membranas por el canal de parto.

1.2.4 CESAREA.

Es la extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención. Es la cirugía mayor, más frecuente en mujeres.

1.2.4.1 Tipos de cesáreas

Cesárea programada o electiva.

Es aquella que se realiza antes del inicio del trabajo del parto.

Se considera que la indicación quirúrgica aconseja NO esperar hasta el inicio del trabajo de parto.

Un control prenatal eficiente permite clasificar a la embarazada de riesgo y determinar la probabilidad de terminación de embarazo por cesárea.

Cesárea de emergencia.

Es aquella que se realiza por una complicación o patología de compromiso vital o accidental para la madre y/o el feto en a cualquiera de las etapas del trabajo de parto o preparto inclusive.

Los niveles II y III son los encargados de atender este procedimiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos.

Es una de las principales causas de morbilidad obstétrica: infecciosa, hemorrágica, anestésica y tromboembólica, por ello debe ser realizada por personal calificado para este procedimiento quirúrgico.

1.2.4.2 Indicaciones de Cesárea.

Causas maternas:

- ✓ Tumores benignos o malignos del canal de parto.
- ✓ Cirugía uterina previa, plastia vaginal.
- ✓ Patología que comprometa el bienestar materno y/o fetal: desprendimiento de retina, insuficiencia cardiaca o respiratoria.
- ✓ Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia.

Causas fetales:

- ✓ Compromiso del bienestar fetal.
- ✓ Distocia de presentación.
- ✓ Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica.
- ✓ Malformaciones fetales o gemelos siameses que supongan distocia.
- ✓ Macrosomia fetal (> a 4.000 gr.)

Causas maternas fetales:

- ✓ Antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps.
- ✓ Riesgo de transmisión vertical: infección por HIV-HPV/ condilomatosis-Herpes genital activo.
- ✓ Preeclampsia grave, eclampsia o síndrome de HELLP que no cede al tratamiento.

Causas obstétricas:

- ✓ Cesárea iterativa (si no aplica parto vaginal pos cesárea).
- ✓ Distocias dinámicas del trabajo de parto.
- ✓ Desproporción cefalo-perlvia.

- ✓ Desprendimiento prematuro de placenta grado dos.
- ✓ Placenta previa oclusiva total o parcial.
- ✓ Prolapso del cordón umbilical.
- ✓ Rotura uterina previa. (MSP, 2008)

1.2.5 ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano que abarca la transición entre la niñez y la edad adulta. La palabra se deriva del latín “adoleceré” que significa crecer hacia la madurez; implica un concepto más amplio del término pubertad, el cual se refiere a los cambios biológicos y a la maduración sexual propia de esta transición. Por lo tanto, la adolescencia comprende las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural.

Hay tres fenómenos relacionados que caracterizan este periodo: el crecimiento biológico o pubertad, la maduración cognitiva con el inicio del pensamiento abstracto y el desarrollo psicosocial con la progresión de la independencia de la niñez a una adultez autónoma.

Estos tres eventos no progresan a unánime. La entrada a la pubertad puede iniciarse más temprano o más tarde de lo normal en muchos adolescentes. No todos éstos adquieren la capacidad de pensamiento abstracto al mismo tiempo y puede que algunos no lo consigan nunca, mientras que otros con capacidad de abstracción permanecerán como pensadores concretos en situaciones que generan ansiedad. (Torres, 2009).

La adolescencia definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) “es el periodo de desarrollo que separa la niñez de la etapa adulta. Es la etapa en la cual la persona debe adaptarse y ajustar sus comportamientos de la niñez a las normas aceptables desde el punto de vista social. En este proceso son importantes las tareas de desarrollo de la personalidad (identidad), alcanzar la independencia personal y adquirir mayores destrezas cognoscitivas y fija sus límites entre los 10 y 19 años” (Aires, 2008).

La principal característica es la ruptura con el pasado, para lo cual generalmente se basa en los valores y patrones adoptados con los padres, sin que los mismo hayan sido cuestionados hasta el momento, pero, cuando entran en contacto con la sociedad, comienza a percibir una inmensa gama de valores y antivalores, lo que le lleva a pensar que los patrones anteriores no son los más adecuados. Es entonces de esa multitud de nuevas ideas, siente el/la joven la necesidad de cuestionar los valores anteriores para adoptar una posición nueva, propia.

Para ubicarse (Madurar) serán necesarias las experiencias buenas y malas. Cuando las adolescentes tienen una buena autoestima, las malas experiencias serán la mejor escuela de aprendizaje; si carga un autoestima negativo las malas experiencias le significaran frustraciones, muchas veces insuperable.

Como todo crecimiento, el de la adolescencia tiene crisis, que siendo temporales ayudan a clarificar el futuro. Se puede afirmar que el hombre progresa por medio de crisis sucesivas. Algunos tiene una adolescencia más larga y turbulenta; otros, en cambio, la atraviesan con rapidez y sin problemas. (Narváez & Almeida, 2001).

1.2.5.1 Características de la adolescencia.

La adolescencia es una etapa de transición que no tiene límites temporales fijos. Ahora bien, los cambios que ocurren en este momento son tan significativos que resulta útil hablar de la adolescencia como un periodo diferenciado del ciclo vital humano. Este periodo abarca desde cambios biológicos hasta cambios de conducta y status social, dificultando de esta manera precisar sus límites de manera exacta. Durante la adolescencia se producen cambios fisiológicos finalizando con la maduración de los órganos sexuales, la capacidad de reproducirse y relacionarse sexualmente, también se desarrollan transformaciones psicológicas y sociales. (Pineda & Aliño)

1.2.5.2 Etapas de la adolescencia.

El crecimiento durante la adolescencia se divide en tres sub-etapas: adolescencia temprana, intermedia, tardía.

La adolescencia temprana.- Se considera cuando un adolescente está dentro de los 10 a 13 años de edad. Biológicamente, es el periodo peri-puberal, con grandes cambios corporales funcionales como la menarca. Psicológicamente la adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

La adolescencia intermedia.- abarca de los 14 a los 16 años, es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el periodo de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

La adolescencia tardía va de 17 a los 19 años de edad, casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar

actitudes y comprender a las adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que:

“Una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes.”

El embarazo en cualquier sub-etapa de la adolescencia dificulta la resolución del desarrollo normal durante este periodo. Las preocupaciones con respecto al cambio de imagen corporal, el aumento de la dependencia con respecto a los miembros de la familia para obtener apoyo emocional y financiero y cambios normales de tipo fisiológico y psicológico del embarazo crea tensión interna y con frecuencia la adolescente no está preparada para ello. Para complicar aún más la situación, la adolescente enfrenta muchos conflictos potenciales entre tareas del desarrollo de esta etapa y las tareas de maternidad.

Cuando se produce un embarazo temprano y no planeado la adolescente debe desplazar la energía que generalmente emplea para la tarea de internalizar una identidad y utilizarla como generatividad para procrear a la siguiente generación, con frecuencia sin lograr un verdadero sentido de intimidad.

Como madre, la adolescente debe satisfacer las necesidades de cuidados diarios de su hijo, proporcionarle un medio seguro, darle cuidados adecuados y criarlo. El sentido de confianza del lactante se desarrolla gracias al comportamiento de la madre, que le da cuidados congruentes y adecuados para su etapa de desarrollo. Como la madre adolescente quizá tenga que asumir un papel adulto de manera prematura, corre el riesgo de permanecer en la etapa de desarrollo y desarrollar una identidad con prejuicios.

El padre adolescente corre riesgos psicológicos similares. Es probable que sus tareas de desarrollo también interrumpan por un embarazo temprano y no planeado. Además, se sentirá aislado, solitario y abrumado. Diversas tensiones ejercerán impacto en su vida e influirán sus planes para el futuro (p. ejem., Interrupción

potencial de la educación, falta de apoyo de su familia y dificultades financieras). (Macias & Murillo, 2011)

1.2.5.3 Crisis en la adolescente.

La madurez no es un estado que se alcanza por el simple hecho de cumplir la mayoría de edad, sino que es un largo y complejo proceso que atraviesa etapas críticas, y que requiere de condiciones adecuadas para que evolucione lo más favorablemente posible; pero la evolución favorable no significa que no deba haber etapas críticas.

La adolescencia es, en general, la más crítica de estas etapas. ¿Qué les pasa a los adolescentes, que parece tan difícil entenderles? Simplemente, que están aprendiendo a ser adultos, y ello significa, básicamente, empezar a ensayar la autonomía y la autodeterminación que deben tener cuando sean adultos. Pero como personas que están empezando en algo sin tener ninguna experiencia, es lógico que hagan cosas ilógicas. Son sus primeras pinceladas de autonomía; por tanto, son intensas e incoherentes. Son, además, contrastantes para dejar patente que son sus propias pinceladas. Con ello van tratando de hacerse un lugar por sí mismos.

Por ello es normal que de repente nos sorprendan con ideas que “a saber de dónde las han sacado”. Es normal que hoy les guste una cosa y mañana lo contrario. Es normal que se “emocionen” de forma intensa y poco duradera con diferentes temas o actividades, así como es normal que actúen de la misma forma en el descubrimiento del amor, idealizando de forma inconsistente a cualquier ídolo, que puede ser el vecino de la esquina o un actor de Hollywood, para cambiar de opinión poco después.

Con las primeras iniciativas de autonomía va asociada la inseguridad que provoca su inexperiencia, por lo que es lógico que busquen apoyo, pero no lo van a buscar en aquel de quien se tienen que independizar, porque es, en teoría, “el enemigo”, por decirlo de alguna forma. Por ello es normal que se refugien en la confianza de amigos que están en la misma situación, o que ya la pasaron. Tienden a seguir modas de otros porque su deseo de autonomía les hace actuar diferente a la familia, pero su inexperiencia no les permite actuar con criterio propio, porque aún no lo tienen

formado. El actuar o pensar hoy de una forma y mañana de otra son ensayos naturales a través de los cuales va formando su propio criterio.

Todo ello provoca inestabilidad y por tanto, crisis. La crisis de la adolescencia es una situación contrapuesta que se produce entre un cambio psicobiológico natural que se desea y a la vez se teme, por un lado, y la inercia de la etapa anterior, por otro, que se rechaza pero ofrece seguridad y tranquilidad. La crisis de la adolescencia es natural, y se puede manifestar con mayor o menor intensidad. Muchas veces los padres no son capaces de entenderlo, pese a que nosotros mismos también pasamos por ello, y criticamos dichas actitudes y tratamos de cambiarlas forzosamente.

En la medida en que los padres sean capaces de entender este proceso y ayudarles a superarlo, aunque sea buscando asesoría, en mejores condiciones esperemos que evolucione adecuadamente. La superación de las crisis es lo que forma la madurez. La inexistencia de crisis no es normal y puede ser indicio de la no maduración o de que algo no funciona.

Aparición de la crisis.

Cuando la crisis aparece al inicio de la adolescencia, entre los 12- 14 años, está indicando que no puede dar, no puede afrontar los primeros pasos de esta etapa y superar la dependencia infantil. La mayoría de las veces con la ayuda del profesional de la salud mental se les puede ayudar a dar estos primeros pasos. Pero también es cierto que la crisis más agudas y violentas aparece en esta primera etapa. Toda crisis genera mucha ansiedad, pero cuando aparece al inicio de la adolescencia normalmente son los padres los que la viven y la sufren.

En cambio los adolescentes la manifiestan a través de la conducta, de la hiperactividad, del propio cuerpo a través de somatizaciones, etc.

La crisis ya avanzada de la adolescencia es diferente. Suele aparecer entre los 15-17 años. Son jóvenes que están en pleno proceso de cambio, están superando esta etapa evolutiva pero no pueden acabar de estructurar un yo capaz de darles suficiente seguridad. Para muchos adolescentes la reorganización de este proceso es la causa de las crisis de ansiedad.

También la evolución hacia una maduración sexual conllevará un reajuste de las pulsiones parciales propias del niño, que será en muchos otros casos el desencadenante de las crisis de ansiedad. Los motivos que les llevan a consultar son la angustia, inseguridad, confusión y baja autoestima. (Mendoza, 2011)

1.2.5.4 Desarrollo psicosocial del adolescente.

Según la teoría de Erik H. Erikson "El concepto de desarrollo psicosocial se refiere básicamente a cómo la interacción de la persona con su entorno está dada por unos cambios fundamentales en su personalidad".

Tales cambios en la personalidad a su vez dependen de lo que Erikson llama etapas o puntos de viraje (cambios cualitativos).

Cada etapa está marcada por una particular crisis o especial susceptibilidad de la persona a algo. Según Erikson, a lo largo de la vida hay una secuencia particular de susceptibilidades a cosas específicas, o sea, que todos los seres humanos pasan por las mismas crisis o lo que es lo mismo decir por las mismas etapas de desarrollo psicosocial.

La resolución de una crisis está influida por el ambiente y puede ser positiva o negativa. La resolución positiva implica un crecimiento de las capacidades de la persona (su personalidad) para interactuar con su ambiente.

La resolución negativa representa una deficiencia en las capacidades de la persona (su personalidad) para lidiar con el ambiente y las situaciones que puedan presentarse.

Afirma Erikson, "las diferentes etapas del desarrollo psicosocial se presentan en edades más o menos iguales en todos los seres humanos".

El desarrollo psicosocial del adolescente es el proceso que lleva al niño dependiente se convierta en un adulto autosuficiente. Si bien las metas son iguales en todas las culturas, el proceso actual es el único para cada sociedad y para cada edad. Para las adolescentes de la cultura occidental contemporánea, la adolescencia es un largo y fatigoso proceso con muy poca relación con la maduración física, sin un comienzo ni terminación clara, lleno de opciones y con metas futuras poco definidas.

Cualquiera que sea la cultura, la adolescencia está marcada por el logro de tres tareas específicas: emancipación de la independencia de los padres o sometimiento a ellos; formación de una identidad en los campos del auto concepto sexual, intelectual y moral; y un papel funcional en determinar áreas como la vocacional, estilo de vida propia y formación de familia. Las adolescentes negocian estas tareas contra el trasfondo de su yo del mundo exterior conformado por la familia y el colegio. Lo importante de todo esto es que más del 80% de ellas pasan por esta etapa de forma exitosa y relativamente sin muchas dificultades. El considerar a la adolescencia como una etapa de confusión y agitación, implica un desconocimiento de la realidad de estos años. Como en el caso de pubertad, la adolescencia también puede ser dividido en etapas: temprana, media y tardía, cada una diferente de las otras tanto en el enfoque conceptual así como en sus manifestaciones. (Borja, Delgado, Tobar, & Paez, 2008)

1.2.6 DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL ECUADOR

Derecho a la vida.- Este derecho humano lo tienen por igual mujeres y hombres, a lo largo de todas las etapas de su vida, pero en el tema de derechos sexuales y reproductivos, se refiere, particularmente, al derecho de las mujeres a no morir o poner en riesgo su vida por situaciones evitables relacionadas con el embarazo, parto o su vida sexual:

- ❖ Un aborto realizado en condiciones inseguras (por personal no capacitado o en un lugar inadecuado)
- ❖ Un embarazo antes de los 16 años o después de los 35 años.
- ❖ Embarazos muy numerosos (más de 5 y/o hasta 3 cesáreas) o demasiado seguidos (1 por año)
- ❖ Vivir situaciones de violencia doméstica y/o sexual.

Derecho a la libertad y seguridad.- Mujeres y hombres tienen derecho a decidir, de manera libre y responsable, sobre su vida sexual y reproductiva.

Por tanto:

- ❖ Nadie puede ser forzado (ni siquiera por su cónyuge) a tener relaciones sexuales.
- ❖ Ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto.
- ❖ Cualquier intervención médica relacionada con la salud sexual y reproductiva debe ser autorizada por la persona a quien se le va a practicar.

Derecho al a igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación. Las mujeres y los hombres merecen igual respeto porque ninguna persona es superior a otra.

Por eso:

- ❖ Ni la mujer ni el hombre requieren autorización del cónyuge o compañero/a sexual para planificar con cualquier método, incluyendo la ligadura de trompas y la vasectomía.
- ❖ Ninguna mujer podrá ser despedida de su trabajo o establecimiento educativo por estar embarazada.
- ❖ Es ilegal y atenta contra el derecho al trabajo, que se pida certificado de “no embarazo” para conceder un empleo.
- ❖ Las labores dentro y fuera del hogar, así como la crianza de los hijos pueden ser compartidas por hombres y mujeres en condiciones iguales.
- ❖ Ello contribuye a la salud y a la relación de pareja con los hijos.
- ❖ Hombres y mujeres pueden buscar protección de las infecciones de transmisión sexual, así como una vida sexual placentera, en condiciones de igualdad, sin ser juzgados y criticados.

Derecho a la libertad de pensamiento.- En lo relacionado con su vida sexual y reproductiva, todos los seres humanos tienen derecho a pensar y obrar libremente.

Por tanto, el acceso a la información y a servicios sobre la salud y el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, es una decisión personal que no puede ser

restringida por las opiniones personales, de conciencia o religión de quienes proveen estos servicios.

Derecho a la privacidad.- Toda persona tiene derecho a poder confiar en su médico y en el personal de salud.

Los jóvenes, al igual que todas las personas, tienen derecho a que se respete su intimidad.

Derecho a la información y educación.- Toda mujer y todo hombre, especialmente todo/a niño o niña, tienen derecho a ser educados y deben tener igual acceso a información oportuna y adecuada sobre los servicios y métodos de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual y todo lo que se relacione con su vida sexual y reproductiva.

Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia.- Toda persona tiene derecho a elegir si se casa o no se casa, cuando y con quién. Esto implica que:

- ❖ Ninguna persona, por ninguna razón, puede ser obligada a contraer matrimonio.
- ❖ Ninguna persona está obligada a permanecer casada, unida a alguien con quien ya no es feliz.

Derecho a no ser sometido a torturas y maltratos.- Todos los seres humanos, durante todas las etapas de su vida, tienen derecho a una vida libre de violencia, trato cruel, inhumano o degradante.

Por ello: Toda persona tiene derecho a no ser agredida física, psicológica o sexualmente ni por su pareja, ni por ninguna otra persona.

Derecho a decidir si se tienen hijos o no y cuando tenerlos.- Toda mujer y todo hombre tiene derecho a decidir si quieren o no y cuándo tener hijos y a tener acceso a la gama más amplia posible de métodos seguros y efectivos de planificación familiar.

Derecho a la atención y protección de la salud.- Toda persona tiene derecho a exigir que la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva sea óptima y que se respeten sus derechos como usuarios.

Derecho a los beneficios del progreso científico.- Hombres y mujeres tienen derecho a los beneficios de toda la tecnología disponible en salud sexual y reproductiva, incluyendo nuevos métodos anticonceptivos, métodos diagnósticos auxiliares y tratamientos para la infertilidad, siempre que estas tecnologías sean seguras y aceptables. También tienen derecho a información sobre cualquier efecto dañino de dichas tecnologías.

Derecho a la libertad de reunión y participación política.- Toda persona tiene derecho a reunirse y asociarse para exigir y promover su derecho a la salud sexual y reproductiva.

¿Dónde empiezan los derechos?

Estos derechos empiezan por conocerlos, reconocerlos y respetarlos nosotros mismos.

Primero nuestra persona individual, en relación de pareja y con los hijos; también en la calle, el vecindario, el lugar del trabajo; “situaciones y lugares pequeños pero donde toda mujer y todo hombre buscan la misma justicia, la misma oportunidad, la misma dignidad sin discriminación”

Recuerde: Los derechos sexuales y reproductivos son individuales e irrenunciables. (Guayasamin, 2010)

1.2.7 EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo durante la adolescencia es considerado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20

años. Según la OMS el embarazo en la adolescencia es “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”.

Se llama embarazo adolescente a las mujeres embarazadas menores de 19 años, edad en la que se considera que termina esta etapa de la vida. Esto quiere decir que los adolescentes son capaces de procrear mucho antes de alcanzar la madurez emocional.

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. El embarazo en la adolescencia es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea.

La prevención del embarazo temprano es prioridad para el sistema de salud pública de cualquier país, debido a las consecuencias para las y los jóvenes, por lo que se desarrollan diferentes acciones orientadas a la prevención del embarazo precoz dentro de estas se encuentran:

- ❖ Limitar el matrimonio antes de los 18 años.
- ❖ Crear comprensión y apoyo para reducir los embarazos antes de los 20 años.
- ❖ Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los adolescentes.
- ❖ Reducir las relaciones sexuales en las adolescentes.

También se establecen acciones que buscan prevenir los resultados adversos de un embarazo precoz, dentro de esta se encuentra; reducir el aborto inseguro en las adolescentes y aumentar el uso de la atención calificada prenatal, parto y postparto.

Un factor esencial para la prevención del embarazo en la adolescencia es el involucramiento de los padres, establecer una relación estrecha con sus hijos la cual se forma desde una temprana edad. Hay que trabajar para conseguir una relación cálida, firme en la disciplina y muy rica en comunicación que enfatice el respeto y confianza mutua.

Cuando se habla de embarazo adolescente se piensa que las consecuencias que éste tiene para la joven normal, olvidando que el niño que van hacer no sólo tiene una madre, sino un padre.

Muchas veces el embarazo proviene de un abuso sexual o inclusive de una violación. Esto lo transforma aún más en una situación negativa y no deseada.

Como ya es conocido, el embarazo en las adolescentes trae consigo múltiples complicaciones. La madre adolescente puede presentar con mayor frecuencia trastornos hipertensivos de la gestación, poca ganancia de peso, anemia, parto pre-término, lesiones durante el parto secundario a la desproporción céfalo-pélvica, deserción escolar, alteraciones en los procesos familiares y alteraciones en el desempeño del rol materno. En cuanto al niño, el embarazo en adolescentes predispone a un aumento de la morbimortalidad, la cual está relacionada con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbimortalidad perinatal y en los primeros años de vida, y mayor cantidad de abuso físico, entre otros.

Apoyar a los hijos a establecer un plan de vida es un factor importante; la posibilidad de que su hijo posponga tener relaciones sexuales, el embarazo o la paternidad aumentan drásticamente si su futuro parece brillante. Esto significa ayudarles a establecer objetivos importantes para el futuro, hablar con ellos de lo que han de hacer para conseguir sus objetivos y ayudarles a conseguirlos.

Ello incluye enseñarles de forma constructiva como usar su tiempo libre, por ejemplo dejando un tiempo para completar tareas. Explíqueles cómo quedar embarazada o dejar a alguien embarazada puede descarrilar los mejores planes. Hacer servicio comunitario puede no solo enseñarles habilidades laborales pero también conectar a los hijos adolescentes con adultos comprometidos en tareas importantes para la sociedad. (Velasquez, 2012)

1.2.7.1 Causas o factores de riesgo:

Existen muchas y muy variadas causas, pero la más importante es la falta de educación sexual. Los padres de familia, muchas veces evaden esta responsabilidad y la dejan a cargo de los maestros.

Entre otras causas se encuentran también:

- La deficiente información que tenemos acerca de la sexualidad y los métodos anticonceptivos.
- Falta de madurez
- Ignorancia o falta de cultura sexual
- Violación (en algunos casos)
- El temor a preguntar y/o a platicar
- Descuido por parte de los padres (negligencia)
- Carencia afectiva
- Inseguridad
- Baja autoestima
- Falta de control en sus impulsos
- simplemente por curiosidad

Otros factores de riesgo de embarazo pueden ser:

- Las salidas tempranas
- El consumo de alcohol u otras drogas incluyendo el tabaco
- Abandono escolar
- Pocas amistades
- Ser hija de una madre que tuvo su 1er parto a la edad de 19 años o siendo aún más joven

¿Por qué se dan las relaciones sexuales en el noviazgo?

Los jóvenes no desean tener relaciones a temprana edad por instinto, el problema es la influencia cultural que nos rodea, los niños y adolescentes se encuentran rodeados de material pornográfico, tanto en la televisión, como en el cine, la música, publicidad de cualquier producto, en revistas, Internet y en los lugares de diversión y distracción a los que los jóvenes asisten con frecuencia, cuyos mensajes " despiertan el interés por explorar lo desconocido".

Muchas de las veces, los jóvenes llegan a las relaciones sexuales porque "no tienen nada más que hacer". Los padres deben de no dejar tanto tiempo solos a sus hijos y siempre que se pueda, tratar de conversar un momento con ellos.

El embarazo en las adolescentes trae la aparición de otros problemas debido a que generalmente son madres solteras, de hogares disfuncionales y sin apoyo social ni económico; esta condición afecta a las adolescentes porque la mayoría ven limitados sus proyectos de vida, ya que generalmente se ven obligadas a abandonar sus estudios, hecho que lleva a menor preparación para competir laboralmente y por ende, disminución en los ingresos económicos lo que afecta su calidad de vida y la del hijo por nacer.

El embarazo tiene un impacto psicológico, social y cultural en cualquier edad, pero este es mayor en las adolescentes, inclusive se habla del “síndrome de las embarazadas adolescentes” que comprende fracaso en los siguientes aspectos: adquisición de independencia, logro de la propia identidad, continuación de sus estudios, preparación para la vida adulta, constitución de una familia estable y manutención de sí misma.

En cuanto a consecuencias del embarazo, se identifica que, a nivel social como imaginario, las adolescentes embarazadas sufren de discriminación y vergüenza social, pero tal vez la consecuencia más grave se relaciona con la muerte de estas jóvenes madres y la de sus hijos. En la adolescente la muerte es ocasionada por las complicaciones durante el embarazo, y en el niño la alta mortalidad durante el primer año de vida se vincula con la falta de preparación de la madre para suplir sus necesidades.

En caso de embarazo en adolescentes.

- Lo primero que se debe hacer es visitar al médico.
- Se debe asegurar una evolución satisfactoria del embarazo para el equilibrio psíquico de la madre y del futuro bebe.
- Preparar el nacimiento del nuevo bebe.
- Si es necesario, aportar una ayuda a los jóvenes padres.
- Asegurar el futuro del niño y de sus padres.
- Evitar nuevos embarazos no deseados
- Mantener una sana alimentación y no intentar ocultar el embarazo haciendo dietas, porque tanto la madre como el bebé necesitaran de ciertos nutrientes para crecer adecuadamente.

- Hacer ejercicio. (Loza, 2011)

1.2.7.2 Importancia de la alimentación saludable para las adolescentes embarazadas.

La alimentación en un periodo de gestación cobra especial importancia durante el embarazo, pero más aún si esta se produce durante la adolescencia. Es un periodo en el que las demandas de energía y nutrientes son mayores que en otras etapas de la vida.

Durante el embarazo existe un incremento de las necesidades de casi todos los nutrientes respecto a una mujer de la misma edad si bien todos los nutrientes son fundamentales para la mujer embarazada, existen algunos que por su función en el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

La educación nutricional de la futura madre es siempre conveniente, pero imprescindible en una embarazada gestante, con edad ginecológica o mal nutrición en el momento de la concepción son las que tiene más necesidades nutricionales después de su primera menstruación corre el máximo riesgo fisiológico y a pesar del aumento de peso materno los pesos de nacimiento de los neonatos se mantiene bajos. Este mayor riesgo de restricción en el crecimiento fetal se atribuye a la interferencia en el flujo sanguíneo feto placentario y en la transición de nutrientes al feto como resultado de las características fisiológicas inherentes al crecimiento materno.

En la práctica cotidiana muchas mujeres en edad fértil tienen un bajo consumo de lácteos, verduras y frutas, por lo cual debe haber una preocupación especial por cubrir las recomendaciones de los alimentos. El cambio en la dieta debe por lo tanto ser más cualitativo que cuantitativo e incremento de las necesidades de energía y proteínas. (Pilco & Borja, 2012)

1.2.7.3 Importancia de los controles prenatales en el embarazo en adolescentes.

Control prenatal.

Son actividades y procedimientos que el equipo de salud ofrece a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que pueda afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido/a. los componentes que abarca son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna neonatal con enfoques de interculturalidad, género y generacional.

1.2.7.4 El control prenatal debe cumplirse con los siguientes enfoques:

Completo e integral:

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.

Atención de:

- Riesgo nutricional.
- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Consejería pre/pos prueba de VIH-SIDA, detección y referencia.
- Enfermedades buco-dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

Precoz:

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

Enfoque intercultural:

El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural con comprensión de las prácticas ancestrales de curación de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

Periódico:

Toda mujer embarazada de **BAJO RIESGO** deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y 4 de seguimiento) con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la historia clínica materno perinatal **MSP-HCU. Formulario # 051.**

Nivel Mínimo Eficiente: 5 Controles.

- Uno en las primeras 20 semanas
- Uno entre las 22 y 27 semanas
- Uno entre las 28 y 33 semanas
- Uno entre las 34 y 37 semanas
- Uno entre las 38 y 40 semanas

Afectivo:

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidad y calidez.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que puede concurrir.
- Cumplir con el horario de turnos y reducir en tiempo de espera de las pacientes.
- Se debe realizar exámenes y pruebas que responden a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas. (MSP, 2008)

1.2.7.5 A qué edad es ideal un embarazo.

El embarazo en sí y la buena formación de un hijo no es, exactamente, producto de la madurez o inmadurez, sino el resultado de la actitud de los padres, ya que muchas

parejas adultas, y "maduras" procrean irresponsablemente y con serias consecuencias para sus hijos.

No existe una edad específica para quedar embarazada. Lo cierto es que, un embarazo ideal, ya sea adolescente o adulto, es el que se origina a partir de una relación en pareja, una decisión libre y responsable de ambos progenitores, pero teniendo siempre como base el respeto y mucho amor.

1.2.7.6 Consecuencias, Complicaciones o Riesgos.

El embarazo en la adolescencia se relaciona con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para su hijo.

Desde el rol del profesional de enfermería es necesario educar y brindar apoyo a las adolescentes sobre las implicaciones que tiene un embarazo a temprana edad, incluso desde los niveles de intervención de la enfermera que plantea Henderson se puede contribuir de manera apropiada para disminuir las complicaciones tanto de la adolescente como del hijo por nacer y posteriormente del niño.

Las mujeres adolescentes embarazadas están más predispuestas a complicaciones, como la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia, la eclampsia, la poca ganancia de peso, la anemia, el parto pretérmino, las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, las lesiones durante el parto y la desproporción céfalo-pélvica.

Consecuencias en la madre:

En los países en desarrollo, más del 50% de las embarazadas adolescentes sufren anemia por deficiencia de hierro, como consecuencia del crecimiento y el inicio de la menstruación, ya que se incrementan los requerimientos de este mineral, el suplemento de hierro durante la adolescencia es una de las nuevas estrategias para mejorar el balance durante la gestación.

Los principales problemas maternos en las mujeres jóvenes son los que se describen a continuación:

- Corre el riesgo de experimentar anemia.

- Preclampsia y eclampsia.
- Parto prematuro, prolongado o difícil.
- Carga de culpabilidad.
- Mayor probabilidad de divorcio (problemas maritales, unidos a causa del embarazo).
- Desempleo o menor salario
- Riesgo de aborto
- Cáncer de mama
- Riesgos tanto biológicos, como psíquicos y sociales.
- Hemorragias ante parto, durante y después del parto.
- Infecciones urinarias en el embarazo.
- Infección puerperal.
- Reacción depresiva que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio.
- Genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial.

La experiencia del embarazo en la adolescencia produce sentimientos confusos, algunos positivos y otros negativos. Aunque las complicaciones médicas del embarazo y el parto en adolescentes pueden minimizarse con un buen manejo y seguimiento, las implicaciones sociales y psicológicas continúan siendo muy importantes, las principales consecuencias son:

- Aborto inducido.
- Pérdida del control prenatal.
- Ruptura personal y familiar.
- Adopción y abandono.

Así mismo, la gestante adolescente tiene mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual, recurrir a métodos peligrosos para abortar, retraso en la atención de complicaciones derivadas del aborto por miedo a la censura aumentando el riesgo de enfermedad y muerte, y mayor número de hijos al final de su vida reproductiva; así mismo, la literatura reporta que dichos riesgos en el embarazo aumentan cuando se asocia a menor nivel socioeconómico, a deserción escolar, a baja autoestima y a una pareja ausente o inestable.

Las adolescentes de 13 a 15 años tienen más riesgo que las adolescentes de 16 a 18 años de presentar preeclampsia, parto pretérmino y parto por cesárea.

La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido patologías encontradas por muchos autores como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. En cuanto a la anemia, se identifica que es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

Con relación al trabajo de parto prolongado, a las lesiones durante el parto y a la desproporción céfalo-pélvica, la literatura reporta que esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que en las adolescentes condicionaría una mayor incidencia de desproporción céfalo-pélvica, constituyendo esto una causa importante de trabajo de parto prolongado y parto instrumentado y por cesárea; la desproporción céfalo-pélvica en la adolescente embarazada muchas veces determina el desarrollo de un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos, lo cual puede influir en la condición inmediata del recién nacido.

La joven adolescente también durante el embarazo puede presentar alteraciones emocionales, ya que debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia. Es así como la madre adolescente a nivel psicológico puede presentar problemas emocionales tales como depresión, síndrome del fracaso de la madre, sentimiento de pérdida de la juventud e incluso suicidio.

En la gestante adolescente la deserción escolar conlleva a un nivel educativo bajo lo cual le disminuye la posibilidad de acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer al menos sus necesidades básicas. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y en la superación de la pobreza a nivel social, situación que se ve agravada por la condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.

Consecuencias en el bebé.

Los hijos de madres adolescentes tienen un riesgo mayor de morir en el primer año de vida. Las razones principales son:

- Prematuridad.
- Sufrimiento fetal crónico.

Los resultados perinatales desfavorables son mayores en el grupo de bajo estrato socio-económico y en aquellas con inadecuado control prenatal además menciona algunos de los efectos secundarios en el Recién Nacido como son:

- Presenta bajo peso al nacer
- Suelen ser prematuros
- Morbimortalidad neonatal.
- Malformaciones congénitas
- Problemas de desarrollo
- Retraso mental
- Ceguera
- Epilepsia o parálisis cerebral

El embarazo en adolescentes no solamente representa riesgos para la salud de la madre, sino también para la salud de sus hijos, el embarazo del que provienen supone un aumento de la morbilidad relacionado con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbilidad perinatal, negligencia en los cuidados de salud en los primeros años de vida, menor duración de la lactancia materna, incumplimiento del calendario de vacunas, desnutrición, mayor cantidad de abuso físico y accidentes traumáticos, síndrome de muerte súbita, infecciones agudas y posibilidad de envenenamiento e intoxicación.

Del mismo modo, se ha identificado que el hijo de madre adolescente tiene mayor frecuencia de deserción escolar, capacidad mental probablemente inferior, alto riesgo de abuso físico, descuido en los cuidados de la salud, retardo del desarrollo físico y emocional, alta proporción de ser hijos ilegítimos, que puede en algunos casos limitar sus derechos legales y el acceso a la salud; son niños que pueden contar con

desfavorables condiciones de vivienda y alto nivel de pobreza con respecto al nivel socioeconómico.

En cuanto a la edad, la literatura reporta que el recién nacido de madre adolescente menor de 15 años presenta una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

Teniendo en cuenta las múltiples complicaciones que conlleva el embarazo en adolescente, es necesario que los profesionales de enfermería tengan conocimiento de esta problemática, con la finalidad de brindar cuidado de enfermería que responda a las características particulares de esta población vulnerable.

1.2.7.7 Cambios psicosociales del embarazo en las adolescentes

Actitudes ante la maternidad: El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre imponen a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión.

Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo.

1.2.7.8 Intervención de enfermería en el embarazo de adolescentes.

En la actualidad el embarazo 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 en contextos específicos, que permitan diseños más adecuados de los procesos a implementar, según las características propias de cada población.

La adolescente que recibe un adecuado control prenatal no tiene un mayor riesgo de un resultado obstétrica adverso que una mujer adulta con unas condiciones sociodemográficas similares. Para mejorar los resultados del embarazo en adolescentes, debe hacerse un control prenatal temprano y frecuente; se aconseja adicionar el soporte sicosocial al cuidado médico y mejorar las condiciones socioeconómicas.

Técnicamente, el cuidado de las adolescentes durante el parto no difiere de los cuidados para la mujer mayor: la mayoría de las adolescentes no tienen mayor riesgo durante el parto, aunque necesitan más soporte emocional y empatía y esta debe ajustarse a sus necesidades específicas.

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.

1.2.7.9 Prevención del embarazo en adolescentes.

La prevención es el conjunto de medidas que tienden a evitar que llegue a producirse un fenómeno no deseado y en caso de que el fenómeno ya se haya producido, su finalidad es limitar sus consecuencias a largo plazo, así como las reincidencias de nuevos embarazos no deseados.

Se ha demostrado que las adolescentes que poseen una buena relación con sus padres, son menos propensas a quedar embarazadas a edades tempranas.

Enseñarles a los jóvenes a decir "NO" al sexo, si aún no están preparados para mantener relaciones sexuales para hacerse responsables de las posibles consecuencias, ayuda a disminuir la cantidad de embarazos adolescentes.

"La abstinencia es la mejor forma para prevenir un embarazo"

Entre otras medidas de prevención se encuentran las siguientes:

- Los valores, tanto morales como religiosos, como lo es el amor responsable, la fidelidad, el respeto por la vida.
- Es necesario crear programas para fomentar la información y los servicios que necesitan los jóvenes, para concientizarlos y lograr una sexualidad responsable.
- Medidas de orden general, tanto educativas a nivel sexual, como sociales dirigidas a todos los jóvenes.
- Modificar comportamientos sociales que fomenten la actividad sexual, como la publicidad, revistas y la influencia cultural en general.

Para prevenir el embarazo en adolescentes, las intervenciones por parte del profesional de enfermería deben estar orientadas a:

- ✓ Permitir a las adolescentes ser partícipes de la elaboración de las políticas de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de lograr articular la política y la realidad sentida por la adolescente, lo cual permite empoderamiento alrededor de su sexualidad para la toma de decisiones responsables, autónomas y saludables.

- ✓ Adelantar acciones para que las mujeres adolescentes conozcan y se apropien de sus deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.
- ✓ Brindar educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de una formación que tenga bases en los aspectos afectivos y morales, lo cual permite dar sentido y responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.
- ✓ Identificar redes de apoyo para estas madres con el fin de contribuir en el desempeño del nuevo rol al que se van a ver enfrentadas, además de incorporar a los padres, familia o cuidadores como agentes primarios de formación, reforzando la información que ellos manejan.
- ✓ Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como de educación; dicha educación debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud, grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes; debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad y a la toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo.
- ✓ Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, de tal forma que estos no se conviertan en una limitante al momento de ejercer los derechos en salud sexual y reproductiva.
- ✓ A través de la consejería en anticoncepción, sensibilizar, informar y motivar a las adolescentes sobre la importancia de los métodos de anticoncepción y el ejercicio de la sexualidad de manera libre, segura y responsable, con el fin de evitar embarazos no deseados y un segundo embarazo en las adolescentes que ya son madres.
- ✓ Contar con profesionales especializados en el tema, lo cual permite cualificar el cuidado que se brinda a la población adolescente y por ende impactar positivamente en la prevención del embarazo en este grupo poblacional.
- ✓ Brindar educación oportuna, veraz y clara a la adolescente, a fin de ayudar a incrementar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas y contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos.

- ✓ Divulgar información confiable sobre las características, ventajas y efectos secundarios de los distintos métodos de anticoncepción, así como verificar el entendimiento de la misma, partiendo de lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Ofrecer servicios amigables a la población adolescente, servicios donde predomine la confianza, donde los jóvenes se sientan escuchados y sientan que su intimidad está siendo protegida. (Loza, 2011)

1.2 8 ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE (ENIPLA).

La planificación familiar y la prevención del embarazo adolescente: activa respuesta oficial a dos grandes preocupaciones.

El desconocimiento de la planificación familiar y el incremento de los embarazos adolescentes, son dos grandes y complejos problemas que causan diversos impactos negativos en las mujeres ecuatorianas. Es por ello que el Gobierno Nacional ha puesto en marcha, desde el Estado, la iniciativa conocida como ENIPLA (sigla cuyo significado es Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo Adolescente).

La ENIPLA se propone:

- ✓ Reducir la brecha entre embarazos deseados y observados y la mortalidad materna relacionada. En el país se ubica alrededor del 37% de promedio general; esto significa que de cada 100 nacimientos, 37 fueron no planificados. La cifra es mucho más preocupante cuando se incorporan variables como acceso a la educación y quintiles de pobreza, determinándose que en quintil uno -con escaso acceso a educación-, la brecha supera el 50%.
- ✓ Reducir el porcentaje de embarazos en adolescentes a nivel nacional. Cabe señalar que dicho indicador experimentó un incremento que situó al Ecuador como el país con el más alto índice de embarazos adolescentes en América

Latina (17% aproximadamente). El crecimiento en los últimos 10 años bordea el 74%.

Por ello se plantea una respuesta intersectorial a los problemas descritos, que involucra a los Ministerios de Educación, Salud (MSP), de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Instituto del Niño y la Familia (INFA).

Las metas:

Tomando como referente el Objetivo 3 del Plan Nacional para el Buen Vivir (PNBV), se pretende en el curso de dos años (2012-2013) cumplir dos metas: reducir el embarazo adolescente en un 25%, y, adicionalmente, reducir en un 25% la brecha entre el embarazo deseado y el observado.

Esto permitirá superar los efectos de los problemas señalados en la salud de las mujeres, en su educación, en sus oportunidades laborales, en los niveles de desnutrición infantil, y en la tasa de abortos, tanto los registrados (25.000 registrados el último año), como los reales (que se dice que bordearían los 100.000).

Suma de esfuerzos intersectoriales

- El ENIPLA, en tanta política pública, contó para el 2012 con 29 millones de dólares, lo cual es una inversión importante e histórica, en materia de planificación familiar y prevención del embarazo adolescente.
- Según el censo de población y vivienda del 2010, 121.288 adolescentes entre 15 y 19 años (es decir un 17.2%), dieron a luz al menos una vez en Ecuador.
- El MSP habilitó 15 salas de primera acogida para la atención a víctimas de violencia sexual e intrafamiliar durante 2011, que atendieron de octubre a diciembre un total de 3.396 atenciones médicas y psicológicas.
- Está implementada la línea gratuita 1800-445566 con capacidad de atender 20 mil llamadas al mes, a fin de brindar información confidencial sobre diferentes temas de sexualidad a los interesados.
- El MSP prevé llegar al 100% de unidades de salud a nivel nacional las cuales estarán dotadas con diversidad de métodos anticonceptivos para su entrega ágil y gratuita

- El Ministerio de Educación trabaja en la inclusión de la educación de la sexualidad en carreras universitarias y para el 2012 capacitará a 25 mil docentes en educación para la sexualidad.
- El MIES-INFA capacitará 423 técnicos en 141 distritos y a 9000 promotoras de desarrollo infantil. La incidencia del proceso de formación involucrará a unas 300.000 familias vinculadas a los servicios del Instituto de la Niñez y la Familia –INFA. (MSP, Habla serio sexualidad sin misterio, 2010)

1.2.9 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES.

A pesar de la insistencia en la abstinencia sexual en los adolescentes, los jóvenes están teniendo relaciones sexuales a edad cada vez más temprana. Para la gran mayoría de las personas, las relaciones sexuales empiezan durante la época de la adolescencia, y con frecuencia son no planeadas, esporádicas y algunas veces, son el resultado de la presión o la fuerza. Típicamente, ocurren antes de que los adolescentes hayan logrado experiencia y hábitos de auto protección; antes de que tenga información suficiente acerca de las infecciones de transmisión sexual y antes de que tengan acceso a los servicios de salud. La primera relación antes de los 15 años, es hoy frecuente. La experimentación es una parte normal del desarrollo de los adolescentes que los expone a conductas de riesgo para su salud. La experimentación con el consumo de drogas, incluidas las intravenosas, es a menudo una característica propia de la juventud. Las relaciones sexuales no protegidas aumentan el riesgo de gestación a destiempo, de aborto en condiciones inseguras y de infecciones de transmisión sexual entre ellas el VIH-SIDA.

Las infecciones de transmisión sexual, incluyendo las infecciones por VIH, constituyen el mayor riesgo para la salud reproductiva de los individuos sexualmente activos. Los adolescentes son la población con más alto riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual. Un gran porcentaje de los adolescentes sexualmente activos tienen múltiples compañeros sexuales.

Algunos estudios han sugerido que los problemas de salud mental, incluyendo depresión y baja autoestima, pueden tener un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los comportamientos sexuales de riesgo.

A pesar del aumento del uso del condón entre los adolescentes, la incidencia de las infecciones de transmisión sexual entre la población joven sigue siendo alta. Más de la tercera parte de los jóvenes (34%) sienten que el uso consistente del condón no les garantiza un nivel alto de protección contra el VIH.

Tradicionalmente se había considerado que los niveles de conocimiento acerca de la forma de transmisión del VIH y de su prevención eran muy altos, pero los últimos informes de la Organización Mundial de la salud (OMS) dicen que más de 50% de los adolescentes desconocen la forma como se transmite la enfermedad, en un gran número de países las mujeres jóvenes saben mucho menos sobre el VIH que los varones jóvenes, y tampoco saben cómo protegerse, lo cual es un fuerte indicador de que los adolescentes no tienen acceso a una información adecuada, como consecuencia la mitad de las infecciones nuevas del VIH-SIDA se presentan en el grupo de 15 a 24 años.

Los jóvenes no solo están en el centro de la epidemia del VIH-SIDA, ya que son los más fuertemente atacados, sino también son los responsables de la diseminación tan amplia de la enfermedad. Sin embargo, también son los jóvenes los que ofrecen la mayor esperanza para cambiar el curso de la epidemia del VIH-SIDA, siempre que se les proporcionen los medios y el apoyo para hacerlo. Capacitarles para que se protejan contra la infección y proporcionar un tratamiento y asistencia adecuados y asequibles a las personas que ya viven con el VIH, constituyen dos de los mayores desafíos a los que se enfrentan la humanidad actualmente.

Las infecciones de transmisión sexual son la causa más común de enfermedad en el mundo y cada vez son mayores sus consecuencias tanto en la salud, como en lo social y en lo económico. Además de ser un problema de gran magnitud, se considera un problema de salud pública, teniendo en cuenta la gravedad de sus consecuencias (algunas fatales, el cáncer de cérvix, el embarazo ectópico, el parto prematuro, bajo peso al nacer y la sepsis) y la posibilidad de transmitir el VIH-SIDA. . (Botero, Jubiz, & Henao)

1.2.9.1 Clasificación de las enfermedades de transmisión sexual.

Gonorrea: enfermedad muy extendida y difícil de controlar; infección por el gonococo de neisser produciendo el flujo de las vías uretrales, caracterizado por el dolor y el ardor en el micción. Ataca las mucosas urogenitales, recto y a veces los ojos causando inflamación.

Herpes: el herpes virus 1, o herpes labial, afecta a los labios. Se caracteriza por la presencia de ampollitas en los labios o en sus alrededores que sangran.

El herpes virus 2, o herpes genital, afecta a los órganos sexuales, en los que provoca úlceras dolorosas que aparecen y desaparecen.

Chancro blanco o cancroide: enfermedad infecto-contagiosa producida por el bacilo de Ducrey. Se presenta con una pequeña pústula entre el tercer y quinto día; luego degenera en ulceración que se localiza en los órganos sexuales externos preferentemente en el balano prepucial.

Linfogranuloma venéreo: aparece entre los 5 y 21 días del contagio sexual, como una pequeña herida o lesión en los genitales, que pasa inadvertida, con lo que puede contagiar a otras personas, luego los genitales externos, luego en el recto y los ganglios linfáticos inguinales se inflaman y ulceran, dando lugar a llagas supurantes.

Granuloma inguinal: es una infección de la piel de los genitales que degenera en úlcera. Aparece entre la octava y duodécima semana del contagio.

Estas úlceras se propagan a las zonas próximas del abdomen y piernas, con desprendimiento de mal olor.

Candidiasis: es producida por el hongo *Cándida albicans*, que causa irritación y comezón de las mucosas internas de las vías urinarias, vagina y uretra; también afecta la cavidad bucal y al esófago que aparecen inflamados.

Sífilis: enfermedad infectocontagiosa, causada por el *treponema pallidum* de Shaudinn, en forma de saca corchos; se transmite por relaciones sexuales. Las bacterias se multiplican rápidamente.

El curso clínico sigue tres etapas:

Aparición de un chanco duro que se acompaña de inflamaciones ganglionares.

Erupciones cutáneas en mucosas con inflamaciones viscerales.

Lesiones degenerativas y proliferativas de diversos órganos y tejidos.

Otras manifestaciones más tardías como parálisis general, aneurisma arterial, etc.

Uretritis no específica: enfermedad que se manifiesta por inflamación de la uretra, causada por la bacteria chlamydia trachomatis.

Después del contagio, la bacteria pasa por un periodo de incubación de uno a cinco semanas.

Es un ligero hormigueo en los órganos sexuales acompañado de secreción mucopurulenta transparente. (Abarca, 2008)

1.2.10 PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

1.2.10.1 Planificación familiar.

El embarazo es una decisión y todas las personas tienen derecho a planificar su familia y decidir si quieren tener hijos o no, cuántos y cuándo tenerlos.

El uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados es también un derecho. Es importante conocer todos los métodos anticonceptivos que existen, la forma adecuada de utilizarlos y el uso correcto.

Una buena planificación familiar requiere de la buena comunicación entre la pareja, y de la educación que ésta reciba acerca de los métodos de anticoncepción, salud materno infantil, y otros temas relacionados.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción).

Beneficios de la planificación familiar

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna. (Profamilia, 2013)

1.2.10.2 Métodos anticonceptivos

Es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual, los métodos anticonceptivos son los mencionados a continuación:

Métodos Naturales: Con ellos no se alteran los ritmos biológicos naturales con sustancias químicas o instrumentos extraños al organismo y estos son: Método del ritmo, del Moco Cervical, de la Temperatura Basal.

Consisten en la abstención de las relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer.

Los más usados son:

Método del moco cervical: Se basa en la observación diaria de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo femenino. Normalmente, las fases de infertilidad de la mujer se caracterizan por una ausencia de moco cervical visible y una sensación de sequedad vaginal. Conforme se acerca el momento de la ovulación el moco cervical se hace a lo largo de varios días y de forma progresiva, cada vez más líquido, elástico y transparente. Por tanto, la pareja se abstendrá de practicar relaciones sexuales con penetración en cuanto la mujer lo note.

Ventajas:

- ✓ Con este método no se producen efectos secundarios físicos.
- ✓ Una vez que se aprenden, los métodos pueden usarse para evitar un embarazo o para engendrar, de acuerdo a los deseos de la pareja.
- ✓ Pueden ser utilizados por la mayoría de las parejas si ambos se comprometen a cumplirlos.
- ✓ La abstinencia periódica es aceptable para algunos grupos religiosos que rechazan o desalientan el uso de otros métodos.
- ✓ El costo muy pequeño o ninguno.
- ✓ La responsabilidad para la utilización eficaz de los métodos de abstinencia puede ser compartida por ambos miembros de la pareja, lo que fomenta la comunicación.
- ✓ Involucran a los hombres en la planificación familiar.
- ✓ Enseñan a reconocer las señales corporales de fertilidad o infertilidad en la mujer.
- ✓ La efectividad de los métodos de abstinencia periódica, dependen del apoyo de la pareja.
- ✓ La mayoría de las mujeres pueden usar estos métodos, por ejemplo aquellas que sufren de hipertensión moderada, trombosis de vena, dolores de cabeza fuerte o moderado, periodos menstruales dolorosos, fibroides uterinos, endometriosis, si son fumadoras, si tienen hepatitis viral, si son gordas o delgadas.

Desventajas:

- ✓ Todas las técnicas del método de abstinencia son consideradas de "alto riesgo" y asociadas con altas tasas de embarazo.
- ✓ Las mujeres con ciclos menstruales irregulares tienen dificultades para utilizar este tipo de métodos.
- ✓ Este método no será eficaz a menos que ambos miembros de la pareja cooperen.
- ✓ Dado que es un método que requiere periodos de abstinencia sexual prolongada, esto puede causar tensiones en las relaciones de pareja.
- ✓ La mayoría de los métodos requieren que las mujeres o las parejas mantengan registros diarios detallados y presten atención cuidadosa a los cambios de temperatura o de su moco cervical; esto puede resultarles a veces molesto y trastornante.
- ✓ No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH / SIDA.

Coito interrumpido

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de eyacular. Esta interrupción resulta en muchas oportunidades frustrante para la pareja (principalmente para el hombre) y además es difícil de cumplir ya que supone una interrupción en el momento de mayor excitación para el hombre durante el coito. Es uno de los menos eficaces si lo que se quiere es evitar el embarazo o si pretende lograr una adecuada protección contra las Enfermedades de Transmisión Sexual.

El riesgo de eyacular dentro de la vagina aumenta, pues antes de la eyaculación se da una secreción de líquido prostático el cual puede contener espermatozoides capaces de fecundar el óvulo y causar un embarazo. Además existe el riesgo de que a pesar que el hombre eyacule fuera de la vagina, el semen o el líquido prostático entre en contacto con la vulva, motivo por el cual se puede generar un embarazo.

Ventajas:

- ✓ No requiere de medicamentos ni aparatos.
- ✓ No tiene costo.

Desventajas:

- ✓ No protege contra enfermedades de transmisión sexual.
- ✓ Secreciones emitidas antes de la eyaculación pueden contener espermatozoides capaces de fecundar el óvulo y causar un embarazo.
- ✓ Muchos hombres no saben cuándo van a eyacular, no pueden contener la eyaculación, eyaculan demasiado rápido o no cumplen con su palabra de no hacerlo.

Métodos de Barrera: Se basan en la obstaculización del paso y/o depósito de los espermatozoides en el interior del tracto reproductivo de la mujer. Evitan que los espermatozoides entren al útero y trompas de Falopio donde podría haber un óvulo a la espera de ser fertilizado.

Hay varios métodos de barrera entre los que se puede mencionar: Preservativo, Diafragma cervical, Óvulos Vaginales, etc.

Condón Masculino: es un dispositivo elástico de látex, silicón o tejido animal en forma de tubo cerrado, con un pequeño reservorio en la punta, diseñado para cubrir la totalidad del pene en erección, cuyo objetivo es el de retener el producto de la eyaculación en el interior del dispositivo evitando el paso de espermatozoides hacia la vagina; está diseñado para ser usado Sólo Una Vez. Es el único método anticonceptivo eficaz en la prevención de la transmisión de enfermedades venéreas.

Para ser más eficaces, los condones masculinos deben ser utilizados con un espermicida.

Ventajas:

- ✓ Bajo costo
- ✓ Fácil uso
- ✓ Se consigue fácil
- ✓ Protege contra enfermedades de transmisión sexual.

Desventajas:

- ✓ Ocasionalmente reacciones alérgicas

- ✓ Ocasionalmente se aluda insatisfacción sexual por disminución de la sensibilidad o interrupción de las caricias para colocarlo.

Diafragma: Dispositivo de látex o silicón para ser insertado en la vagina, previa aplicación de un espermicida apropiado, el diafragma se comporta como una barrera físico-química que impide el paso de los espermatozoides hacia el interior del útero.

Ventajas:

- ✓ Fácilmente reversible.
- ✓ Puede ser insertado hasta 4 horas antes del intercurso.

Desventajas:

- ✓ Requiere usuaria altamente motivada.
- ✓ Es relativamente difícil de insertar y colocar correctamente.
- ✓ Posible sensibilidad de la usuaria a cremas o geles espermicidas
- ✓ Anualmente se debe reemplazar.
- ✓ Se recomienda cambiar el dispositivo si existe un significativo cambio de peso o si ha presentado un parto.
- ✓ No protege contra enfermedades de transmisión sexual.

Métodos Hormonales: Es un método anticonceptivo basado en el fenómeno de retroalimentación entre hipófisis y ovarios, de tal manera que al administrar hormonas habitualmente producidas por estos como las hormonas aportadas en pastillas, similares a las producidas por los ovarios durante el embarazo, las células de la hipófisis frenan la producción de gonadotropinas pues es fisiológico que durante el transcurso de un embarazo el organismo vete el inicio de otro para que no haya dos con diferente cronología, dentro de estos están los siguientes:

Anticonceptivos orales (píldora), Inyecciones (mensuales, bimensuales, trimestrales), Implantes (Norplant), Parches y los Anillos Vaginales. En este grupo también podemos clasificar a la anticoncepción de urgencia (Pastillas de Levonorgestrel).

Ventajas:

- ✓ Protege sólo contra embarazo, no contra las ITS.

- ✓ Las menstruaciones se hacen más cortas, escasas, regulares y menos dolorosas.
- ✓ Se puede utilizar junto a un método de barrera.

Desventajas:

- ✓ Requiere entrenamiento y prescripción.
- ✓ No se recomienda el cambio de píldoras sin prescripción.
- ✓ No se puede utilizar durante la lactancia ni en mujeres cuyo uso de estrógenos esté contraindicado.

Inyectables: Estos métodos pueden ser combinados o de progestinas solas, igual que la anticoncepción oral. Su mecanismo de acción también es igual sólo que se administran en inyecciones intramusculares una vez al mes. Su acción es el bloqueo de la ovulación a nivel del sistema nervioso central y periférico.

Ventajas:

- ✓ Protege sólo contra embarazo, no contra las ITS.
- ✓ Se puede utilizar junto a un método de barrera.

Desventajas:

- ✓ Requiere prescripción.
- ✓ Posible aumento de peso, dolor de cabeza y sangrado irregular.
- ✓ No se recomienda el cambio de método sin prescripción.

Implantes sub-dérmicos: Este tipo de método anticonceptivo va implantado debajo de la piel y contiene sólo un tipo de hormona: Progestina. Luego que éste método se inserta bajo la piel comienza la liberación de hormona diariamente y constante en el tiempo (de 3 a 5 años dependiendo del tipo de implante).

Ventajas:

- ✓ Protege sólo contra embarazo, no contra las ITS.
- ✓ Las menstruaciones se hacen más cortas, escasas y menos dolorosas.
- ✓ Puede llevar a amenorrea.
- ✓ Se puede utilizar junto a un método de barrera.

Desventajas:

- ✓ No se puede interrumpir el uso en cualquier momento.
- ✓ El peso corporal de la paciente altera los años de duración del implante.
- ✓ Requiere que el procedimiento sea hecho por un especialista.

DIU (dispositivo intrauterino): Es el método anticonceptivo reversible más frecuentemente usado. El dispositivo debe ser introducido y extraído del útero por un profesional de la salud calificado para ello. Permanece en el útero continuamente mientras que no se desee el embarazo. Dependiendo del tipo usado, el tener un solo DIU está aprobado para una duración entre 5 y 10 años, estos son: T de Cobre, DIU que libera progesterona.

Ventajas:

- ✓ No es costoso.
- ✓ Un DIU puede ser removido por un médico en cualquier momento.
- ✓ Funciona de inmediato.
- ✓ El riesgo de efectos secundarios es bajo.
- ✓ Las madres que usan un DIU pueden lactar (amamantar) con seguridad.

Desventajas:

- ✓ Puedes sentir cólicos y dolor de espalda una hora después de colocado el DIU. Algunas mujeres pueden presentar sangrado por un par de semanas tras la colocación del DIU y periodos fuertes después. Rara vez puede producirse una lesión en el útero.
- ✓ No protege contra el VIH/ETS'. Es más, las infecciones pueden resultar más graves en las mujeres con T de cobre.
- ✓ No puedes colocártela si eres alérgica al cobre, tienes sangrado anormal o cáncer al útero, cuello uterino y a los ovarios.

Métodos Quirúrgicos: Bloqueo Tubárico Bilateral (Ligadura de Trompas), Vasectomía.

Ligadura de Trompas: Intervención quirúrgica de la cual se realiza un procedimiento de esterilización que impide de manera definitiva el encuentro del

ovulo y el espermatozoide. Es la anticoncepción permanente para mujeres que no desean tener más hijos. En este procedimiento quirúrgico se realiza una pequeña incisión (corte) en el abdomen para cortar o bloquear las trompas de Falopio, por lo tanto los óvulos liberados por los ovarios no pueden moverse por las trompas.

Ventajas:

- La mujer seguirá teniendo la menstruación.
- Es muy efectiva y es un método muy seguro.
- No tiene efectos secundarios a largo plazo.
- No disminuye el placer en las relaciones sexuales.
- La ligadura de trompas es efectiva inmediatamente.
- Puede realizarse en cualquier momento que la mujer lo requiera.
- La mujer no necesita la autorización de su pareja, familiar o ningún profesional de salud para la realización de la ligadura.

Desventajas:

- La ligadura es un método que no protege contra las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH.

Vasectomía: Es un pequeño corte en el escroto, el profesional de salud ubica ambos conductos que transportan el espermatozoide al pene (conductos deferentes) y los secciona o bloquea mediante ligadura o cauterización. Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo el paso de los espermatozoides, el hombre eyacula pero no puede generar un embarazo.

Es un método de anticoncepción masculino permanente para aquellos hombres que no quieren tener más hijos.

Ventajas:

- No se extirpan los testículos.
- No disminuye el deseo sexual.

- No afecta la función sexual.

Desventaja:

- No impide la transmisión de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Anticoncepción química: Su principal acción es inutilizar a los espermatozoides. Son menos seguros. A este grupo pertenecen los pesarios, espumas, jaleas, cremas, supositorios, que se aplican sobre las paredes vaginales.

Espermicidas: Son métodos anticonceptivos formados por dos componentes, uno químico y otro inerte, cuya acción principal es desactivar o matar a los espermatozoides a fin de prevenir el embarazo.

Están disponibles en farmacias sin prescripción médica y en diferentes formas: aerosol, cremas, tabletas y óvulos vaginales. También pueden usarse combinándolos con otro método anticonceptivo.

Los espermicidas deben colocarse entre 10 y 30 minutos antes de mantener relaciones sexuales. La mujer debe acostarse o ponerse en cuclillas y aplicar el producto lo más cuidadosamente posible en lo profundo de la vagina. En caso de volver a tener relaciones, debe aplicarse más cantidad.

Ventajas:

- ✓ Disponible sin necesidad de prescripción médica.
- ✓ Fácil de aplicar y no produce efectos secundarios.

Desventajas:

- ✓ Alergia o sensibilidad
- ✓ Poca efectividad como anticonceptivo
- ✓ Disfunción del coito
- ✓ Aceptación variable
- ✓ Puede llegar a producir reacciones alérgicas en el pene y la vagina e irritar el tejido vaginal.
- ✓ No previene las enfermedades de transmisión sexual.

Anticonceptivo oral de emergencia: Puede ser utilizada por mujeres de todas las edades, su efectividad dependerá de una rápida toma, la cual debe ser realizada dentro de las 72 horas (3 días) siguientes después de una relación sexual sin protección anticonceptiva con el fin de prevenir un embarazo no planificado.

Ventajas:

- ✓ No son abortivas
- ✓ si se produce el embarazo. No afecta la implantación del embarazo.
- ✓ No tiene efectos sobre el embarazo ya existente.
- ✓ No provoca infertilidad a la mujer.
- ✓ Es un método que evita un embarazo en caso de que la mujer haya sido víctima de violencia sexual.
- ✓ Debe usarse exclusivamente como método de emergencia y no como una forma regular de anticonceptivo.

Desventaja:

- ✓ Ningún método anticonceptivo hormonal protege contra las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH.

Respuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS está trabajando para promover la planificación familiar mediante la preparación de directrices apoyadas en datos científicos sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos y los servicios mediante los cuales se ofrecen; la preparación de normas de calidad y la precalificación de los productos anticonceptivos; y la ayuda a los países para que introduzcan, adapten y apliquen estos instrumentos para satisfacer sus necesidades. (Rivera, 2010)

1.2.11 INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES.

El alcance del embarazo en la adolescencia es enorme. La edad media de la menarquía en los Estados Unidos es de 12,3 años. En contraste con otros países desarrollados, la tasa de embarazo entre los adolescentes de los EE.UU. es muy elevada; todos los años quedan embarazadas 1 millón de adolescentes aproximadamente (National Research Council, 1987). El 42% de las chicas y el 64% de los chicos son sexualmente activos hacia los 18 años.

Ecuador, segundo país en América Latina en embarazo adolescente. Más del 17% de las jóvenes ecuatorianas de entre 15 y 19 años son madres, la segunda mayor tasa de América Latina, tras Venezuela. En el 2010, el último año del que hay cifras oficiales, el 20% de los partos en el país fue de adolescentes de esa franja de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños.

Además, menores de entre 10 y 14 años tuvieron cerca de 1.100 hijos ese año.

Lejos de bajar, esas cifras han aumentado desde el 2006 y colocan a Ecuador, junto a Venezuela, a la cabeza de toda América Latina en términos de embarazo adolescente, según datos del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.

A nivel general, 37 de cada 100 embarazos en Ecuador son no deseados debido a la falta de información y al miedo o la vergüenza a hablar abiertamente de la sexualidad. Para una joven con escasos recursos estar embarazada "supone quizá estar condenada a no poder salir de la pobreza". Los embarazos adolescentes son más comunes en la zona amazónica, la más pobre, y la costa.

La tasa de fecundidad en Ecuador es de 2,4 hijos por mujer, pero es más alta entre los indígenas, las personas con bajo nivel educativo y los pobres, según los datos oficiales.

El Gobierno se ha planteado como meta reducir para el 2013 en un 25% el número de embarazos entre adolescentes y en la misma medida los embarazos no deseados.

También prevé la distribución gratuita de métodos anticonceptivos en centros de salud de todo el país, acompañados de información sobre su uso y planificación familiar.

Igualmente participa la Secretaría Nacional del Migrante (Senami), debido a los problemas que a menudo existen en los hogares de los emigrantes por la ausencia de padres.

La adolescencia está caracterizada como un periodo difícil y de gran labilidad emocional que puede verse aún más afectado cuando se asume un embarazo.

En algunos casos el embarazo en la adolescencia trae consigo varias repercusiones negativas tanto para la nueva gestante como para el niño. Es importante brindar educación a las adolescentes con el fin de prevenir embarazos en edades cada vez más tempranas; está comprobado que las niñas tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones durante la gestación y el parto, y que los niños tienen un mayor índice de morbilidad en el primer año de vida por desconocimiento o falta de preparación de la madre.

Para algunas adolescentes el embarazo se considera como un fenómeno que limita el proyecto de vida de las jóvenes, aspecto que repercute directamente en su calidad de vida y la de su hijo.

Es necesario como profesionales de enfermería educar para contribuir en la disminución del número de embarazos adolescentes y por ende evitar complicaciones de salud tanto física como de salud mental en las futuras madres adolescentes.

La educación brindada por el profesional de enfermería a los adolescentes, es una oportunidad para comprometerse con el cumplimiento de los logros de los objetivos del milenio y con la responsabilidad social que se tiene con los jóvenes y la Nación generando no solo conocimiento sino contribuyendo con la búsqueda de mejores oportunidades para los adolescentes. (Universo, 2012)

Embarazos de niñas sube 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina.

En el Ecuador, las cifras de embarazos precoces registrados en niñas y adolescentes de 10 a 14 años son preocupantes, tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales.

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, realizado en 2010, en el país hay 346 700 niñas (de 10 años a 14 años), de las cuales 2 080 ya han sido madres. La cifra de embarazos subió en la última década.

Si bien la cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74% en los 10 últimos años.

A ello se suma una alta tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años.

En efecto, de 705 163 adolescentes censadas en el Ecuador, 121 288 jóvenes, es decir el 17,2%, ha sido madre.

Estas cifras ubican al Ecuador liderando la lista de países andinos con el mayor número de embarazos en niñas y adolescentes.

En América Latina, el país ocupa el segundo lugar, después de Venezuela, según consta en el Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes.

Datos

Las provincias con mayor número de madres adolescentes son Esmeraldas, Los Ríos, Sucumbíos, Orellana, Morona Santiago y Zamora Chinchipe, según el Censo Población y Vivienda 2010.

El riesgo de defunción materna es elevado en la adolescencia, debido a su edad gestacional, cuyas causas principales en 2009 fueron las hemorragias posparto (32%), los trastornos hipertensivos (30%) y las sepsis (14%). Otras causas constituyen el 15%.

Las proporciones de maternidad en la juventud son hasta cuatro veces más altas entre las mujeres adolescentes que no tienen educación (43% comparadas con las de niveles educativos más altos y 11% con secundaria completa).

Un embarazo en la adolescencia equivale a 2,5 años de escolaridad menos.

Debido al elevado número de casos, el Gobierno ecuatoriano ha puesto en marcha la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA). (DiarioHoy, 2012)

1.2.12 SALUD SEXUAL.

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad.

Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."

La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia).

1.2.12.1 Definición de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud.

La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados

y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo.

La atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. (OMS & OPS, 2012)

1.2.13 EDUCACIÓN SEXUAL.

Los órganos genitales del hombre y la mujer, son los menos conocidos, empezando por la gran mayoría de los padres; ¡y qué decir de las adolescentes que de lo poco que conocen, están muy lejos de lo que son en realidad. Pero esto no es culpa de ellos, si no de aquella información y educación distorsionada, que reciben de quienes no son los indicados para enseñar, y que al final terminan por conocer todo equivocado, o lo único que conocen, sobre nombres que les dan a los genitales.

A quien verdaderamente corresponde explicar, es a los padres, y luego a los maestros.

1.2.13.1 Órganos Sexuales.

Los órganos genitales son los encargados de realizar la reproducción de la especie.

Con la excepción del aparato genital, en organismos del hombre y la mujer son idénticos, disponen de órganos diferentes, que desempeñan funciones iguales. La diferencia entre ambos sexos se encuentra en los respectivos órganos sexuales. El aparato genital del hombre y la mujer, constan de órganos internos y externos.

Órganos sexuales masculinos internos.

Testículo: glándula que produce células sexuales masculinas (espermatozoide).

Epidídimo: almacenan el semen proveniente de los testículos, con el fin de completar su maduración.

Conductos deferentes: son dos, van desde el epidídimo hasta las vesículas seminales.

Conductos eyaculadores: conducto que va desde las vesículas seminales hasta desembocar dentro de la uretra prostática.

Próstata: glándula voluminosa, y su tamaño aumenta con la edad. Se situada debajo de la vejiga y es atravesada por la uretra. Secreta un líquido que es componente del semen y que estimula la movilidad de los espermatozoides.

Vesículas seminales: es donde se depositan los espermatozoides que salen de los testículos; atraviesan los conductos deferentes que transportan el semen.

Cuando se produce la eyaculación, se vacían las vesículas seminales.

Órganos externos masculinos.

Pene: es el órgano copulador masculino, es decir, el órganos que intervine a la hora de realizar el coito. Está situado en la parte baja del abdomen, delante del pubis.

Glande: es el extremo final del pene. Es la parte más sensible de los genitales masculinos. Se halla cubierto por una porción de piel que lleva el nombre de prepucio.

Escroto: bolsa cutánea llena de arrugas transversales que contienen a los testículos. Es muy sensible a la excitación.

Órganos sexuales femeninos internos.

Ovarios: glándula sexual femenina, se encuentra uno a cada lado de la línea media del cuerpo; su forma es ovalada, empieza a funcionar a los 11 años de edad; y da origen al ovulo.

Trompas de Falopio: tubo largo, membranoso que unen funcionalmente los ovarios con el útero, es muy delgado y su misión es transportar el ovulo fecundado hacia el útero. La fecundación se realiza en la trompa.

Útero: órgano importante del aparato reproductor femenino, se halla destinado a recibir y anidar al huevo, a conservarlo nutrirlo durante su desarrollo; y a expulsarlo en el momento oportuno (parto).

Vagina: es un conducto musculoso, membranoso, extendido entre el extremo interior del útero y la vulva. Tiene la doble función; de permitir el paso del miembro viril, para depositar el semen en el cuello de la matriz, y a su vez dar salida al producto de la gestación.

Órganos externos femeninos.

Vulva: es el nombre con que se conoce la totalidad de los órganos sexuales externos.

Labios mayores o externos: son dos pliegues cutáneos mucosos, cuya piel que lo recubre por fuera, está cubierta por el vello púbico. Estos recubren a los labios menores.

Labios menores: son dos pliegues cutáneos muy finos y suaves, más pequeños que los labios mayores, se encuentran situados en el mismo lugar que estos y rodean de derecha a izquierda el vestíbulo vaginal y el meato urinario.

Clítoris: es el órgano eréctil de la mujer. Equivale al pene masculino. Está situado entre los labios mayores y menores en la parte superior de la vagina; está formado por el glande, prepucio y frenillo.

Himen: es una pared membranosa que cierra la entrada de la vagina. En la mujer el himen permanece toda la vida o hasta que la mujer practica la relación sexual plena.

Los senos: forman parte de los órganos sexuales externos. Desde el punto de vista materno están destinados a proporcionar el alimento para el recién nacido. Los senos y especialmente los pezones, poseen gran sensibilidad a la estimulación. (Abarca, 2008)

CAPITULO II

DISEÑO

METODOLOGICO

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

2.1 Tipo de estudio

- **Por el propósito:** es una investigación de tipo observacional a las adolescentes de 13 a 19 años de edad que ingresaron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra.
- **Por el nivel:** es descriptiva, ya que describe el tiempo, lugar y persona en un momento dado de un fenómeno que desea conocer: FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS.
- **Por el lugar:** En el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra, se aplica encuestas.

Por su dimensión es un estudio transversal, estudia el:

- **¿Qué pasa?** Es decir que está ocurriendo con el fenómeno de estudio concreto: Adolescentes Embarazadas.
- **¿A quién le pasa eso?** A pacientes adolescentes que acuden al servicio de Gineco Obstetricia.
- **¿Dónde ocurre ese fenómeno?** Provincia de Napo Cantón Tena, provenientes del seguro social ecuatoriano y quienes desean atención pública.
- **¿Cuándo sucede?** Durante los 6 meses de Abril a Septiembre del 2013
- Es transversal porque nos va a poner al día sobre los factores que inciden en el embarazo en adolescentes del servicio de Gineco Obstetricia.
- **Está diseñado para medir:** los factores que inciden en el embarazo en adolescentes de una población dada y en punto específico de tiempo.
- **Estudio de corte transversal:** la información se obtuvo a partir de las encuestas a las adolescentes embarazadas siendo realizada a la población en estudio. Debido que estudia dos variables simultáneamente, hacia un corte en el tiempo.

2.2 Plan de procesamiento y análisis

POBLACIÓN.

La realización de esta investigación se lleva a cabo en el Hospital “José María Velasco Ibarra” ubicado en la ciudad del Tena Provincia de Napo.

Composición de la población.

Adolescentes embarazadas 375

Total 375

MUESTRA.

Si se extrajo una muestra por tratarse de una población numerosa tomando como referencia para la aplicación de la siguiente fórmula dando como resultado 193 encuestas para ser aplicadas a las madres adolescentes que acuden al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital José María Velasco Ibarra del Cantón Tena. Se realizó después de nuestros turnos rotativos mañana, tarde y noche para la ejecución de la encuesta.

PORQUE REALIZAMOS NUESTRA PROPUESTA EN UNA UNIDAD EDUCATIVA Y NO EN EL HOSPITAL LUGAR DE LA INVESTIGACION.

Primeramente nosotras antes de realizar la propuesta consultamos con el Director del Hospital José María Velasco Ibarra el Dr. Jaime Daniel Sandoval para ver si podíamos realizar nuestra intervención en dicha institución pero él nos respondió que mejor es hacer en las unidades Educativas ya que es una medida de prevención, y no en el Hospital porque las adolescentes ahí ya están embarazadas.

Procedimos a enviar una solicitud al Distrito de Educación del Cantón Tena para solicitar la respectiva autorización y designación de la Unidad Educativa la cual fue beneficiara la Unidad Educativa “Ciudad de Tena”, inmediatamente acudimos con la autorización respectiva del Distrito la misma que fue presentada al Rector de la mencionada institución Lic. Baltazar Duran, el mismo que convoco a una reunión con la inspectora general y dirigentes de cada paralelo para establecer el cronograma de actividades para la ejecución de nuestra propuesta educativa, con la colaboración de todos ellos pudimos cumplir con los objetivos planteados.

2.3 CALCULO DE LA MUESTRA

N= Universo

n= Tamaño de la muestra.

e= Error estudiado.

n= Universo

$$e^2(N-1)+1$$

$$n = \frac{375}{(0.05)^2(375-1)+1}$$

$$n = \frac{375}{0,0025(374)+1}$$

$$n = \frac{375}{0,935+1}$$

$$n = \frac{375}{1.935}$$

$$n = 193$$

2.4 TÉCNICAS.

Observación directa.- se utiliza con mayor importancia porque se realiza un trabajo de campo para determinar los factores que intervienen en este fenómeno.

Encuestas.- se aplica a 193 adolescentes embarazadas para conocer los factores que inciden en el embarazo y determinar su aplicación.

2.5 INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN.

El instrumento que se utilizó para esta investigación es:

- Encuestas.
- Revisión documental

2.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTOS DE DATOS.

Luego de recolectados los datos y utilizando como herramienta estadística el porcentaje, estos fueron procesados a través de una matriz para dicho procesamiento se hizo uso de los programas de Microsoft Excel, Microsoft Word y Microsoft power point, presentados en tablas y gráficos (pasteles), y finalmente el análisis y discusión de datos se realizó de acuerdo a la base teórica, que sustenta la investigación.

CAPITULO III
PRESENTACION DE LOS
RESULTADOS

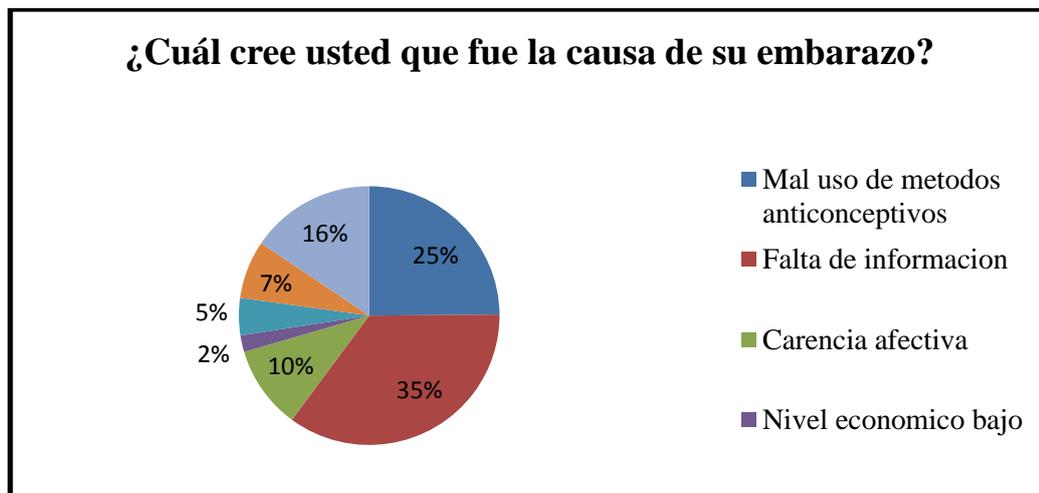
CAPITULO III

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.

Tabla N^o 1: ¿Cuál cree usted que fue la causa de su embarazo?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
Mal uso de metodos anticonceptivos	48	25 %
Falta de informacion	68	35 %
Carencia afectiva	20	10%
Nivel economico bajo	4	2 %
Disfuncion familiar	9	5 %
Inmadurez emocional	14	7 %
Curiosidad	30	16 %
Total	193	100%

GRAFICO N^o 1



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.

Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

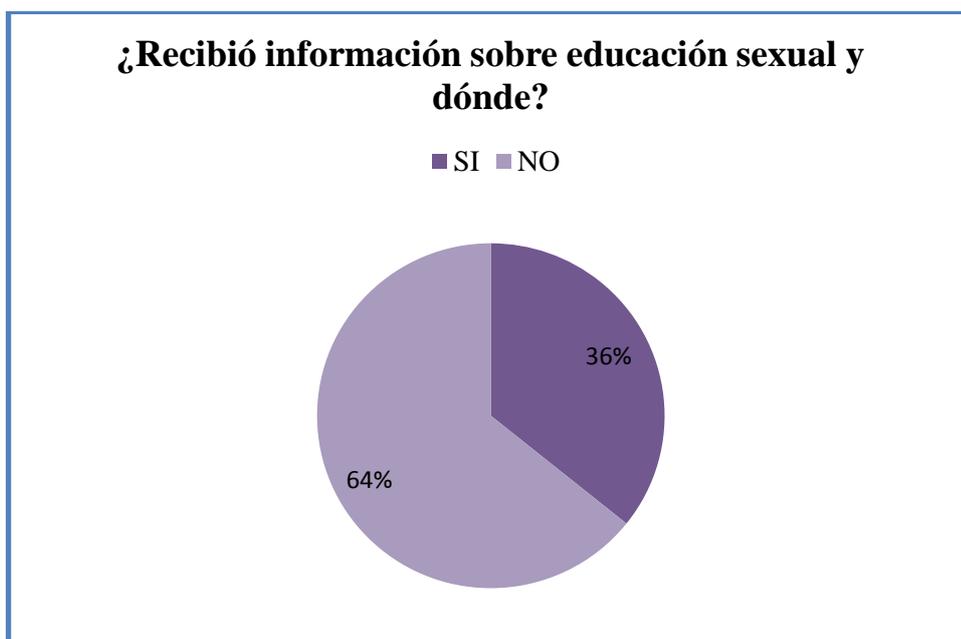
ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología responden que las causas que le llevo al embarazo fueron por falta de información sobre educación sexual y por mal uso de metodos anticonceptivos, esto conlleva a diferentes obstaculos tanto en su vida estudiantil como en el desarrollo de su adolescencia con un embarazo temprano lo que implica riesgos tanto para la madre como para el niño.

Tabla N⁰2: ¿Recibió información sobre educación sexual y dónde?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
SI	69	36%
NO	124	64%
Total.	193	100 %

GRAFICO N⁰2



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

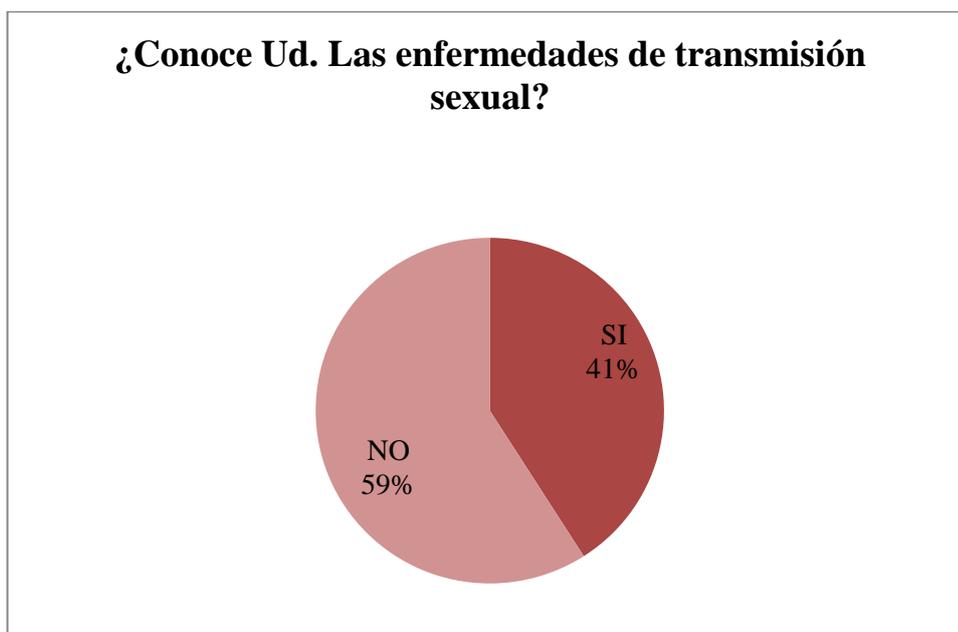
ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología responden que no han recibido información sobre educación sexual, factor que influye a tener un embarazo a temprana edad, esto desencadena reacciones de angustias propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de su personalidad, ya que las adolescentes no están preparadas para asumir una responsabilidad del cuidado de otro niño.

Tabla N°3: ¿Conoce Ud. Cuáles son las enfermedades de transmisión sexual ?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
SI	79	41%
NO	114	59 %
Total.	193	100 %

GRAFICO N°3



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología mencionan en un mayor porcentaje que no conocen cuales son las enfermedades de transmisión sexual, por lo que se exponen a un mayor riesgo para su salud ya que las jóvenes pueden contagiarse con más facilidad porque su sistema inmunológico no está completamente desarrollado. La mejor arma de prevención es la información que debe ser clara, concisa y precisa.

Tabla N^o 4: ¿Para evitar un embarazo indeseable es importante?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
Utilizar métodos anticonceptivos	92	48%
Abstinencia sexual	37	19%
Ir al centro de salud para obtener información	64	33%
Total	193	100%

GRAFICO N^o 4



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

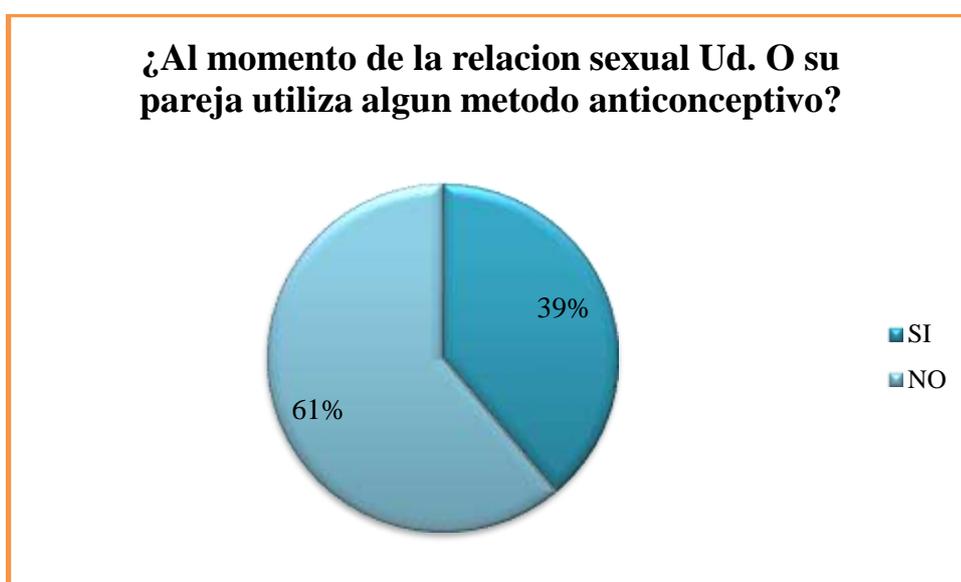
ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología mencionan en mayor porcentaje que para evitar un embarazo es importante utilizar métodos anticonceptivos, lo que implica mejor planificar antes de que de un momento a otro se conviertan en madres por error, lo ideal es que la adolescente haga la elección de su método anticonceptivo en la Unidad de Salud más cercana.

Tabla N°5: ¿Al momento de la relación sexual Ud. O su pareja utiliza algún método anticonceptivo?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
SI	75	39 %
NO	118	61%
Total.	193	100 %

GRAFICO N° 5



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología responden en un alto índice que no utilizaron ningún método anticonceptivo cuando estaban con su pareja, debido a que ellas en la actualidad crecen rodeadas de una cultura donde los amigos, música y los medios de comunicación transmiten frecuentemente mensajes inadecuados sobre lo que es tener una relación sexual sin responsabilidad, incrementándose el riesgo de embarazos precoz.

Tabla N°6: ¿Cree usted que en la primera relación sexual puede haber un embarazo?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
Si	72	37%
No	27	14%
No Sabe	94	49%
Total	193	100%

GRAFICO N° 6



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

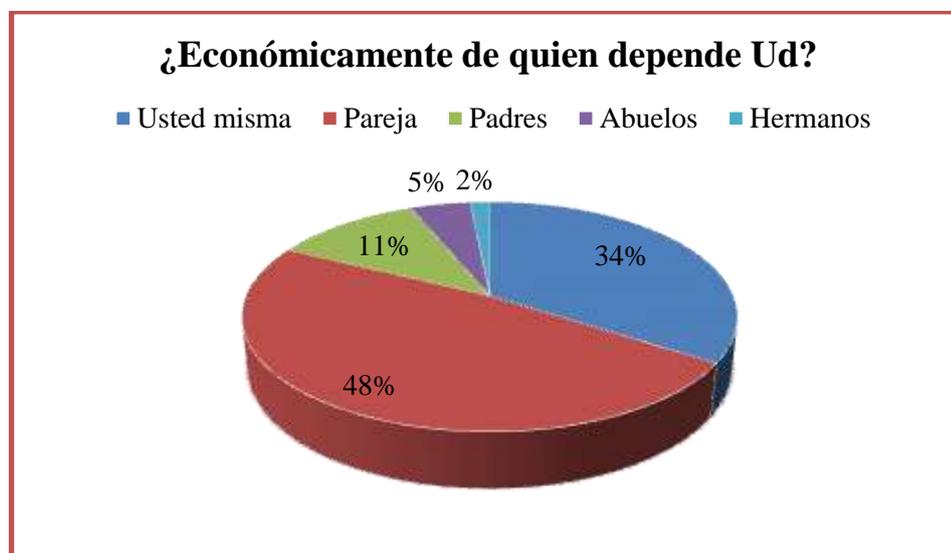
ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología manifiestan en un alto índice que no saben si puede o no haber un embarazo en su primera relación sexual, lo cual se convierte en un factor de riesgo para un embarazo no deseado. Sin embargo hay que tener en cuenta que como la ovulación empieza unas semanas antes de la menstruación, puede ocurrir que la adolescente no haya tenido la primera regla pero ya está ovulando y si puede quedarse embarazada.

Tabla N⁰7: ¿Económicamente de quien depende Ud.?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
Usted misma	66	34%
Pareja	93	48%
Padres	22	11%
Abuelos	9	5%
Hermanos	3	2%
Total	193	100%

GRAFICO N⁰ 7



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología mencionan en un alto porcentaje que los ingresos económicos son provenientes de su pareja por las responsabilidades paternas, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza.

Tabla N°8: ¿Cuál es su Ocupación?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
Estudia	43	22%
Trabaja	51	27%
Ama de casa	99	51%
Total	193	100%

GRAFICO N° 8



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología mencionan en su mayoría que son amas de casa, ya que las madres adolescentes enfrentan problemas sociales y económicos que son los que generalmente motivan a la deserción escolar en un gran número de ellas, por falta de apoyo emocional y/o económico por parte de la familia y de la pareja.

Tabla N°9: ¿Edad en la que se encuentra?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
13 a 15 años	38	20%
16 a 17 años	57	29%
18 a 19 años	98	51%
Total	193	100%

GRAFICO N°9



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

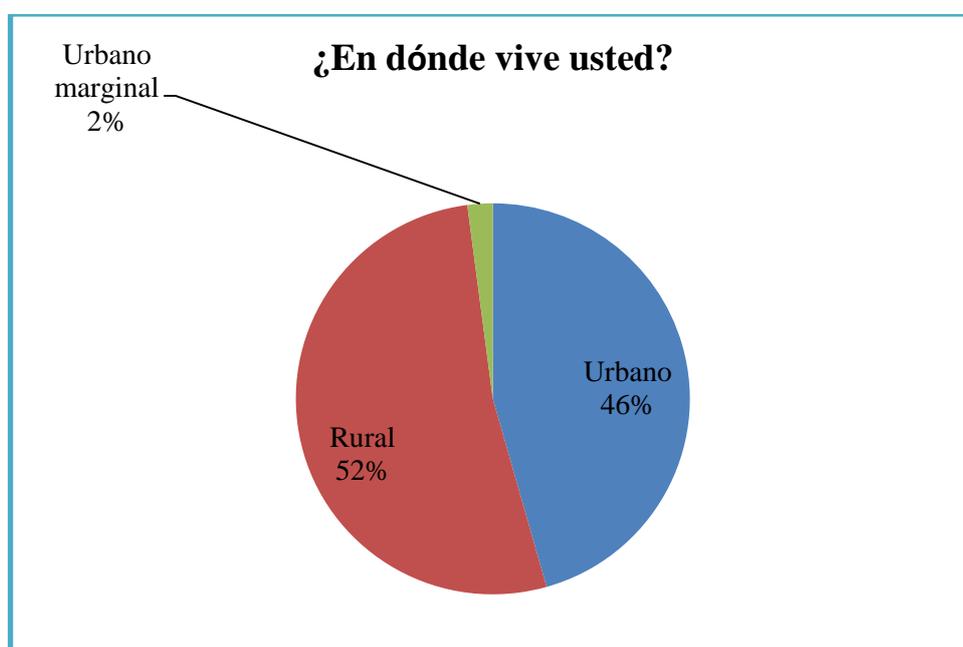
ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología representan en un mayor porcentaje de embarazos a edades de 18 a 19 años, correspondiente a la etapa de la adolescencia tardía, lo que quiere decir que la maternidad en adolescentes incrementa con la edad.

Tabla N°10: ¿En dónde vive usted?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
Urbano	88	46%
Rural	101	52%
Urbano marginal	4	2%
Total	193	100%

GRAFICO N° 10



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

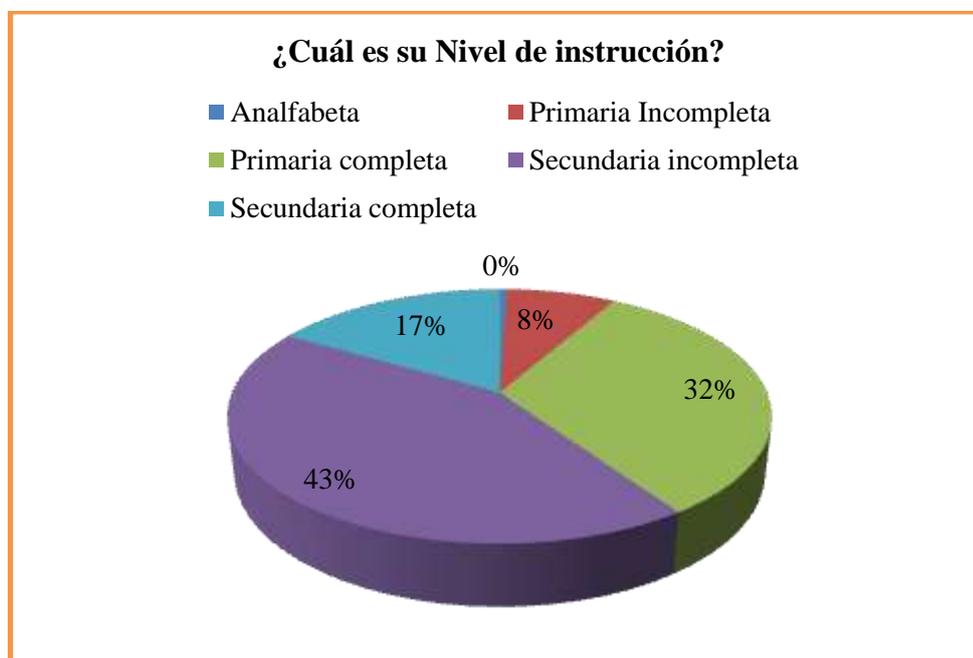
ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología presentan en un porcentaje mayor que son procedentes de sectores rurales, siendo un factor de riesgo la falta de comunicación e información de los padres sobre salud sexual y métodos anticonceptivos.

Tabla N^o11: ¿Cuál es su Nivel de instrucción?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
Analfabeta	1	1%
Primaria incompleta	15	8%
Primaria completa	62	32%
Secundaria incompleta	83	43%
Secundaria completa	32	17%
Total	193	100%

GRAFICO N^o 11



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.

Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

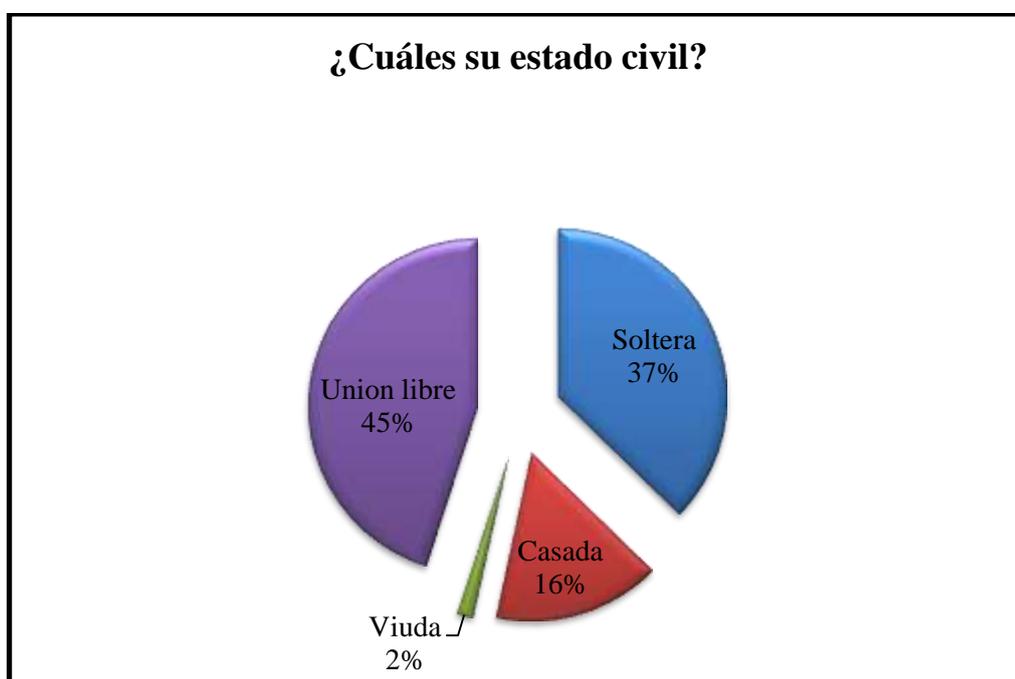
ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología responden en un mayor porcentaje que no terminaron sus estudios, llegaron tan solo a secundaria incompleta, debido al deficiente ingreso de recursos económicos tienen que abandonar sus estudios por la crianza de su niño o la atención de su pareja, también el desinterés de ellas mismas en cuanto a su educación.

Tabla N°12: ¿Cuáles su estado civil?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
Soltera	72	37%
Casada	31	16%
Viuda	3	2%
Union libre	87	45%
Total	193	100%

GRAFICO N° 12



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

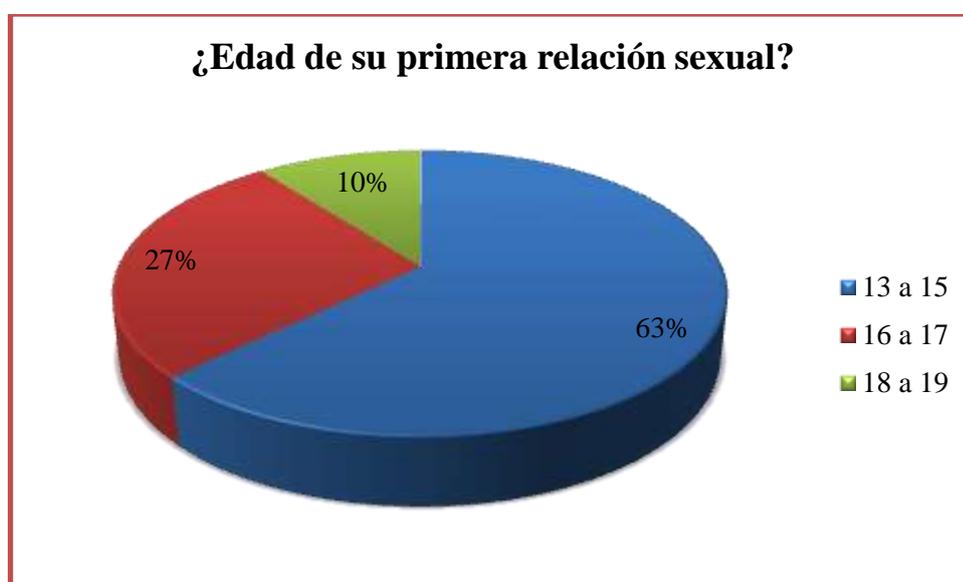
ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología mencionan en un alto índice que conviven con sus parejas en estado de unión libre, evidenciando la tendencia de la cultura ecuatoriana a vivir en estado de unión libre o debido a que la adolescente se quedó embarazada y por compartir responsabilidades paternas.

Tabla N°13: ¿Edad de su primera relación sexual?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
13 a 15	121	63%
16 a 17	52	27%
18 a 19	20	10%
Total	193	100%

GRAFICO N° 13



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

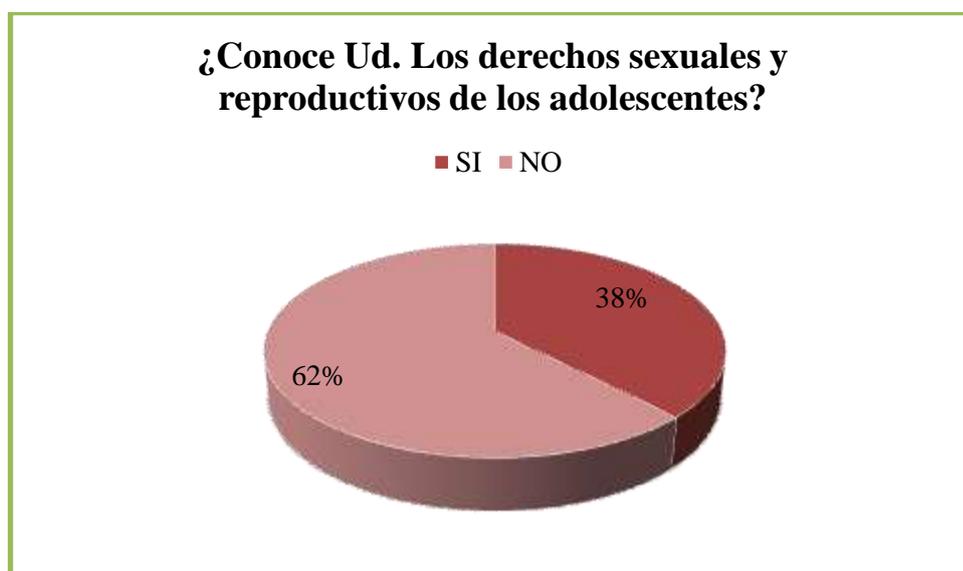
ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología manifiestan que el inicio de su primera relación sexual está en el rango de 13 a 15 años en un mayor porcentaje, esto nos da a conocer la tendencia de las adolescentes a tener relaciones a temprana edad, por la falta de orientación sexual desde sus hogares o por el libertinaje que se observa en la actualidad.

Tabla N°14: ¿Conoce Ud. Los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes?

Alternativa.	Número.	Porcentaje.
SI	73	38 %
NO	120	62%
Total.	193	100 %

GRAFICO N° 14



Fuente: Resultado de las encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas.
Elaborado por IRE: Sandra Gavilanes, Teresa Guaquipana

ANALISIS E INTERPRETACION

Las adolescentes en edad gestacional que acuden al servicio de Ginecología manifiestan en un alto índice que desconocen los derechos sexuales y reproductivos de la constitución política del Ecuador, lo cual conlleva que las autoridades de salud y educación deberían implementar un espacio orientado a educación sexual, los derechos sexuales y reproductivos y métodos anticonceptivos, así para que ellos tengan un conocimiento sólido sobre lo que es la sexualidad y reproducción, de esta manera evitar los embarazos precoz.

CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados obtenidos mediante las encuestas aplicadas a las Adolescentes embarazadas de 13 a 19 años que ingresaron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital “José María Velasco Ibarra” en la presente investigación, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

La fecundidad de adolescentes conlleva riesgos e implicancias, no sólo desde la perspectiva de salud pública, sino también de tipo económico y social, para las madres adolescentes, sus hijos y la sociedad en general. La fecundidad de las adolescentes constituye así un aspecto de vital importancia y de preferente atención para los programas de salud reproductiva

Los jóvenes no tienen conciencia en lo que a embarazo precoz se refiere. El verdadero problema de esta situación es que los adolescentes adquieren primero la capacidad de procrear y luego alcanzan su madurez

- ❖ De las 193 encuestas aplicadas a las adolescentes embarazadas que ingresaron al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital “José María Velasco Ibarra” podemos indicar que las adolescentes no tienen suficientes conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y uso de métodos anticonceptivos las cuales fueron las causas de su embarazo, sin embargo, según los datos estadísticos del INEC del 2010, el número de adolescentes embarazadas va en aumento cada año.
- ❖ Según la encuesta aplicada la mayor parte de adolescentes no utilizan ningún método anticonceptivo de barrera y desconocen las enfermedades de transmisión sexual que pueden sufrir por un momento de placer.
- ❖ En su gran mayoría las madres adolescentes son amas de casa, abandonaron sus estudios para dedicarse a cuidar a su familia son dependientes de su pareja de esta forma se termina el deseo de los padres de familia de quererlos ver a sus hijas profesionales.

- ❖ Según los resultados de la encuesta en su mayoría las parejas jóvenes conviven en estado de unión libre y en algunos casos debido al embarazo de la adolescente son obligados al matrimonio, para evitar problemas legales o familiares sin que realmente de por medio exista el amor.

- ❖ Las adolescentes según los datos obtenidos por la encuesta inician su actividad sexual a temprana edad se deben a diversos factores que influyen en las adolescentes, entre ellos podemos destacar: los órdenes físicos y emocionales, sumados a la falta de comunicación en familia, inmadurez emocional, curiosidad, necesidad de cariño y afecto y la falta de orientación en la información sexual.

- ❖ Nuestra investigación concluye con la elaboración y ejecución de un programa de educación dirigido a los adolescentes de la Unidad Educativa “Ciudad de Tena” del Cantón Tena sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y derechos sexuales y reproductivos con el objetivo de instruir a los jóvenes acerca de las responsabilidades que llevan al ser madres a temprana edad.

RECOMENDACIONES

- ❖ Coordinar acciones conjuntas interinstitucionales, principalmente entre el Ministerio de Educación y MSP que permitan la difusión y conocimientos de los programas sobre salud sexual y reproductiva, en todos los Colegios y a todos los niveles de esta manera favorecerán a los adolescentes.
- ❖ Que el personal de salud difunda educación continua a las adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos, haciendo énfasis en los métodos de barrera como es la utilización del preservativo para evitar embarazos no planificados y sobre todo la transmisión de enfermedades sexuales, con esto conocerían los métodos que ofertan el MSP y los servicios que brindan las Unidades de salud. Se beneficiaran todos los adolescentes del Cantón.
- ❖ El personal que difunda la información sobre sexualidad debe tener una buena preparación académica, flexibilidad, posición crítica, actitud humanista y un sentido de ética para ir mejorando la aptitud de la sociedad.
- ❖ Dar seguimiento al programa educativo sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y derechos sexuales y reproductivos en forma periódica para el mejoramiento de actitudes y prácticas de las adolescentes en la salud sexual y reproductiva.

CAPITULO IV

PROPUESTA

CAPITULO IV

PROPUESTA

TITULO DE LA PROPUESTA.

Programa de educación dirigido a los estudiantes de la Unidad Educativa “Ciudad de Tena” de la Ciudad del Tena.

DATOS DE IDENTIFICACION.

Provincia: Napo

Cantón: Tena

Parroquia: Tena

Responsables: IRE. Sandra Gavilanes
IRE. Teresa Guaquipana
Obst. Cleotilde Calero

Beneficiarios Directos: Estudiantes de la Unidad Educativa “Ciudad de Tena” de la Ciudad del Tena.

Beneficiarios Indirectos: Padres de Familia, Maestros y Población de la Ciudad del Tena

INTRODUCCIÓN

El presente Programa Educativo va dirigido a los estudiantes de la Unidad Educativa “Ciudad de Tena” de la Ciudad del Tena. Durante nuestra pasantía a nivel Hospitalario y por medio del registro parte diario hemos observado un alto índice de adolescentes embarazadas, debido a la falta de información sobre los embarazos precoces y los factores de riesgo hace necesario estructurar un programa educativo, propuesta dirigida a las Adolescentes, con el propósito de dar a conocer el programa de educación sobre la importancia de mantener una buena comunicación e información de padres a hijas referente a educación sexual, prevención de embarazos a temprana edad y sus consecuencias, determinar el conocimiento e información acerca de los métodos anticonceptivos y el uso de los mismos para prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Debido a que las adolescentes tienen un déficit de conocimiento sobre los temas descritos anteriormente, hemos visto la necesidad de brindar educación con el objetivo de informar los mismos ya que las adolescentes no están preparadas para ser madres.

La educación es un instrumento importante para lograr la conservación el restablecimiento de la salud individual y de las comunidades, ejerciendo su influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes de los individuos. Es un proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman de manera formal e informal, conocimientos, actitudes y valores respecto a la sexualidad en este sentido debemos definir también que la educación sexual es un aspecto formativo, ya que se puede trabajar con los adolescentes y la familia en sus experiencias, conocimientos, actitudes y creencias.

JUSTIFICACION.

La educación para la salud constituye una herramienta clave para actuar sobre los determinantes, se ha demostrado efectivo como método para mejorar la salud general de la población mediante la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de las jóvenes, el conocer que existe un alto índice de desconocimiento sobre temas relaciones a la salud sexual y reproductiva en las adolescentes que acuden al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital “José María Velasco Ibarra” del Cantón Tena, hace que nosotras como Internas Rotativas de Enfermería realicemos un programa educativo, para llegar a las ellas con la información clara, precisa y concisa sobre salud sexual y métodos anticonceptivos lo que ayudara a la prevención de embarazos.

De acuerdo al Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, publicado en el 2008 por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, más del 20% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están embarazadas.

De acuerdo a los datos estadísticos dados por la coordinación de salud de Napo, en el año 2013 la Población total de la Provincia es de 26.229 adolescentes, a nivel Cantonal es de 10.139 adolescentes y en la Ciudad del Tena la Población es de 7.390 de los cuales 3.627 son de sexo femenino y 3.763 son de sexo masculino, por lo tanto las adolescentes embarazadas atendidas en la provincia de Napo durante el año 2011 es de 1.315 adolescentes y en el 2012 fueron 1.440 adolescentes datos definitivos dados por la coordinación zonal 15D01 de la Provincia de Napo, por tanto en el servicio de Gineco obstetricia del Hospital “José María Velasco Ibarra” fueron 1.000 adolescentes durante el periodo de Enero 2012 a Marzo del 2013, mientras que de Abril a Septiembre del 2013 ingresaron al servicio de Gineco Obstetricia 1.239 mujeres, de las cuales 375 fueron adolescentes en periodo de gestación, de este total tan solo 280 que corresponde al 74,66% adolescentes obtuvieron su producto por parto normal o cesárea, el grupo restante que es de 95 Adolescentes correspondiente al 25,33% recibieron atención por patologías obstétricas y aborto en curso, de las cuales por parto normal fueron 211 adolescentes que equivale al 75.3 % y por intervención quirúrgica “Cesárea” fueron en un total de 69 que corresponde al 24.6 %, datos obtenidos del departamento de estadista del mencionado Hospital.

La adolescencia es la etapa precisa para asumir actitudes positivas ante la vida y comprende entre los 10 y 19 años de edad según la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta es la etapa de preparación para ser adultos, durante la adolescencia ocurre cambios biológicos, psicológicos y sociales en las jóvenes.

Por lo antes expuesto el presente Programa Educativo tiene como finalidad fortalecer los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y Derechos sexuales y reproductivos, con el fin de prevenir el embarazo precoz, que será de gran beneficio para los estudiantes de la Unidad Educativa “Ciudad de Tena”, Padres de Familia, Maestros y población del Cantón Tena.

OBJETIVOS

Objetivo general

- ❖ Elaborar y ejecutar un programa educativo dirigido a los adolescentes beneficiarios para fortalecer los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y derechos sexuales y reproductivos con el fin de prevenir el embarazo precoz.

Objetivos específicos

- ✓ Informar a las adolescentes sobre el programa educativo y el uso de los dispensadores de los métodos anticonceptivos que está a disposición en las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública como una estrategia para prevenir el embarazo precoz.
- ✓ Elaborar materiales educativos para difundir información y conocimientos sobre temas de salud sexual y reproductiva para la prevención de embarazos precoz.
- ✓ Entregar el programa educativo ya mencionado en la Institución Educativa para que continúen con la intervención.

CRONOGRAMA DE CAPACITACION SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, METODOS ANTICONCEPTIVOS Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS A LOS ESTUDANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA “CIUDAD DE TENA”

TEMATICA	FECHA	HORA	LUGAR	CURSO	TEMATICA DE ENSEÑANZA	AUXILIARES DE ENSEÑANAZA	RESPONSABLES
Acto de inauguración del programa educativo	02/05/2014	08:15 09:00	Salón auditorio de la Institución.	Directivas de cada curso.			Lic. Baltazar Duran Psicóloga Karina García Obst. Cleotilde Calero I.R.E. Sandra Gavilanes I.E.R. Teresa Guaquipana
Salud Sexual y Reproductiva.	02/05/2014 05/05/2014 06/05/2014 07/05/2014 08/05/2014 09/05/2014	09:00 09:30	Salón auditorio de la Institución.	Dos cursos por día desde primero a sexto.	Expositiva.	Diapositivas, Carteles.	I.R.E. Sandra Gavilanes I.E.R. Teresa Guaquipana

Métodos anticonceptivos. Demostración de la colocación de los preservativos.	02/05/2014 05/05/2014 06/05/2014 07/05/2014 08/05/2014 09/05/2014	09:30 10:00	Salón auditorio de la Institución.	Dos cursos por día desde primero a sexto.	Expositiva y demostrativa.	Diapositivas, Carteles.	I.R.E. Sandra Gavilanes I.E.R. Teresa Guaquipana
Prevención del embarazo en adolescentes.	02/05/2014 05/05/2014 06/05/2014 07/05/2014 08/05/2014 09/05/2014	10:00 10:30	Salón auditorio de la Institución.	Dos cursos por día desde primero a sexto.	Expositiva.	Diapositivas, Carteles.	Dra. Cleotilde Calero I.R.E. Sandra Gavilanes I.E.R. Teresa Guaquipana
Derechos Sexuales y Reproductivos y entrega de trípticos.	02/05/2014 05/05/2014 06/05/2014 07/05/2014 08/05/2014 09/05/2014	10:30 11:00	Salón auditorio de la Institución.	Dos cursos por día desde primero a sexto.	Expositiva.	Diapositivas, Carteles.	I.R.E. Sandra Gavilanes I.E.R. Teresa Guaquipana Dra. Cleotilde Calero
Presentación de un video educativo	02/05/2014 05/05/2014 06/05/2014	11:00 11:30		Dos cursos por día desde			I.R.E. Sandra Gavilanes I.E.R. Teresa

referente al Tema y entrega de afiches.	07/05/2014 08/05/2014 09/05/2014			primero a sexto.			Guaquipana
Refrigerio.	02/05/2014 05/05/2014 06/05/2014 07/05/2014 08/05/2014 09/05/2014	11:30 12:00	Salón auditorio de la Institución.	Dos cursos por día desde primero a sexto.	Expositiva.	Diapositivas, Carteles.	I.R.E. Sandra Gavilanes I.E.R. Teresa Guaquipana

METODOLOGIA

La metodología a utilizarse: expositiva y explicativa a cargo de las responsables del programa (Internas Rotativas de Enfermería y Obstetra del Área correspondiente).

Teóricas: Charlas con el apoyo de carteles, diapositivas, gráficos, videos y trípticos.

ESTRATEGIA

Organización.- Aportar al fortalecimiento de los adolescentes para la capacitación.

RECURSOS Y PRESUPUESTO

Recursos Humanos:

- Adolescentes de la Unidad Educativa “Ciudad de Tena” de la Ciudad del Tena.
- Docentes de la Unidad Educativa.
- Internas Rotativas de Enfermería: Sandra Gavilanes Teresa Guaquipana.
- Personal responsable del Programa ENIPLA del MSP.

Recursos técnicos

- ✓ Computadora
- ✓ Impresora
- ✓ Internet
- ✓ Enfocuse

Recursos materiales

- ❖ Salón Auditorio de la Unidad Educativa
- ❖ Sillas
- ❖ Mesa

Recursos económicos

Materiales.	Cantidad.	Valor unitario.	Valor total.
Papelotes	5	0.25	\$ 1.25
Marcadores	4	0.50	\$ 2.00
Transporte	4	7	\$28.00
Horas de internet	4	0.85	\$3.40
Trípticos	500	0.5	\$ 250.00
Impresiones	40	0.25	\$ 10.00
Refrigerio	¿?	354.00	\$354.00
Imprevisto	5	27.00	\$27.00
TOTAL			\$ 575.65

SOSTENIBILIDAD

Se implementó el programa educativo para contribuir con el conocimiento e información sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, para llegar con un mensaje claro, preciso y conciso en beneficio de las adolescentes, la misma que se cuenta con el apoyo del personal de salud responsable del plan ENIPLA del Cantón Tena.

FACTIBILIDAD.

Se elaboró y ejecuto el programa educativo dirigido a las adolescentes con el objetivo de fortalecer los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y derechos sexuales y reproductivos.

RESULTADOS.

- ✓ Se capacitó a los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos y Derechos sexuales y reproductivos en la Unidad Educativa “Ciudad de Tena”.

BIBLIOGRAFIA

- Abarca, D. R. (2008). Hablemos de educación sexual. 1, 63 hasta 65; 38 hasta 42. Riobamba, Chimborazo, Ecuador.
- Aires, U. d. (2008). *Salud y bienestar de adolescentes y jóvenes*. Recuperado el 17 de Junio de 2013, de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroVirtualAdolescentes/ejesTematicos/AbordajeIntegralConsulta/cap13B.html>
- Altamirano, L. M., Córdova, E., Mendisaval, S., Noboa, S., Ríos, L., Santamaría, R., y otros. (2008). Enfermería Materno Infantil. *Atención de enfermería en el embarazo, MMXII*, desde 539 hasta 544. Madrid, España.
- AUSONIA, S. E. (2012). *Observación de Salud íntima de la mujer*. Recuperado el 10 de Mayo de 2013, de http://www.ausonia.es/informate/la-regla/que_nos_ocurre_a_lo_largo_de_cada_ciclo_menstrual/rg_3
- Borja, P. C., Delgado, M., Tobar, E., & Paez, M. (Junio de 2008). *Monografias.com*. (Jeannette de los Angeles Gonzalez) Recuperado el 13 de Agosto de 2013, de <http://www.monografias.com/trabajos60/desarrollo-psicosocial-adolescencia/desarrollo-psicosocial-adolescencia.shtml>
- Botero, D. J., Jubiz, D. A., & Henao, D. G. (s.f.). *Obstetricia y Ginecología* (7ma ed.).
- Caridad, D. R. (Miércoles de Agosto de 2013). Las niñas, pre y adolescentes pobres se embarazan más. 1. (D. P. Domingo, Ed.) República Dominicana.
- DiarioHoy. (27 de Febrero de 2012). *Embarazo de niñas sube al 74% y ubica al Ecuador primero en la región andina*, pág. 1.
- Guayasamin, D. F. (10 de Septiembre de 2010). *Pais Canela*. Recuperado el 18 de Agosto de 2013, de <http://paiscanelalegal.blogspot.com/2010/09/derechos-sexuales-y-reproductivos-en.html>

- Loza, L. C. (2011). *Monografias.com*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2013, de <http://www.monografias.com/trabajos55/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>
- Macias, D. C., & Murillo, D. E. (28 de Julio de 2011). "Embarazo en adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de Gineco Obstetricia del Centro Materno Infantil de Andres de Vera de Enero a Septiembre del 2010 ". 10 hasta12. Portoviejo, Manabí, Ecuador.
- Mendoza, D. A. (Febrero de 2011). *Crisis de la Adolescencia*, Articulo. Recuperado el 29 de Julio de 2013, de <http://dramendozaburgos.com/blog/crisis-de-la-adolescencia/>
- Merino, D. E., & Inostroza, D. E. (Enero de 2011). Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atencion materna de la Unidad de Salud Altavista, Enero a Junio de 2010. 41, 42, 19, 30, 28, 31, 32. El Salvador, San Salvador.
- Mosso, L. M. (17 de Septiembre de 2012). *Salud Reproductiva*. 2, 12 hasta 13. Guaranda, Bolívar, Ecuador.
- MSP. (2008). *Norma y Protocolo Materno* (Dra. Lilian Calderón L. ed., Vol. 1). (D. W. V, D. E. G, & D. M. C., Edits.) Quito, Pichincha, Ecuador.
- MSP. (2010). *Ecuador ama la vida*, Articulo. Recuperado el 22 de Agosto de 2013, de <http://www.salud.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-de-planificacion-familiar-y-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes/>
- Narváez, M., & Almeida, P. (2001). *Adolescentes hoy padres mañana*. 1, 30 hasta 31. Quito, Pichincha, Ecuador.
- OMS, & OPS. (Marzo de 2012). *Wikipedia*. Recuperado el 14 de Diciembre de 2013, de http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_sexual
- Pichardo, D. M. (2011). *Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia*. Recuperado el 25 de Junio de 2013, de <http://www.maternidadaltagracia.org/en/component/content/article/9->

orientaciones-medicas/orientacion-/5-signos-presuntivos-del-embarazo.html

Pilco, I. N., & Borja, A. B. (2012). "Factores de riesgo que influyen en el embarazo precoz en adolescentes de 14 a 19 años de edad que acuden a los subcentros de Salud de las Parroquias de San Pablo de Atenas y Balsapamba del cantón San Miguel Provincia Bolívar Octubre del 2011 a Marzo ". 30 hasta 31; 36 hasta 37. Guaranda, Bolívar, Ecuador.

Pineda, D. S., & Aliño, D. M. (s.f.). *PDF*. Recuperado el 7 de Julio de 2013, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf

Profamilia. (2013). *Profamilia*. Recuperado el 10 de Octubre de 2013, de http://www.profamilia.org.co/index.php?view=category&cid=10:metodos-anticonceptivos-y-planificacion-familiar&option=com_quickfaq

Rivera, L. M. (15 de Diciembre de 2010). *Enfermería en salud*. (Milidas, Editor) Recuperado el 12 de Agosto de 2013, de <http://milenfermeria.blogspot.com/2010/12/metodos-anticonceptivos-plan-de-charla.html>

Rovati, L. (Ed.). (2 de Marzo de 2011). *Bebés y más. Embarazo, infancia, mamás y papás*. Recuperado el 2 de Diciembre de 2013, de <http://www.bebesymas.com/embarazo/que-es-el-embarazo>

Torres, L. O. (Julio de 2009). *Cuidados en Salud Materno Perinatal*. 8. Chiclayo, Perú.

Universo. (23 de Febrero de 2012). Ecuador, segundo País en América Latina en embarazo en adolescentes. *Vida y Estilo*, pág. 1.

Velasquez, L. J. (9 de Octubre de 2012). *Muni Salud*. Recuperado el 13 de Agosto de 2013, de http://munisalud.muniguate.com/2012/09oct/estilos_saludables03.php

ANEXOS

ANEXOS

GLOSARIO

Aborto: Interrupción del embarazo antes de que el feto se haya desarrollado lo suficiente como para ser viable.

Abstinencia: Privación voluntaria de una acción que resulta apetecible para un individuo.

Adolescencia: Periodo del desarrollo cuya principal característica es el rápido crecimiento físico y psicológico.

Adolescente: Son todas las personas que tiene entre 10 y 19 años, y que están en una etapa de su vida en la cual se presentan cambios importantes en su aspecto físico, así como en su personalidad.

Afecto: Término genérico con que se designan los sentimientos de placer y displacer y cualquier variedad de experiencia emotiva asociada con reacciones orgánicas.

Alto riesgo: Aumento de la posibilidad de sufrir daños, lesiones, pérdida o muerte.

Amenaza de aborto: Conjunto de síntomas en una mujer embarazada que anuncian la posibilidad de un aborto próximo.

Amenorrea: Ausencia de menstruación.

Angustia: Culpa y sentimiento de injusticia, falta de realización, incapacidad de encontrar significado a la vida, aislamiento de los demás.

Anidación: Implantación del ovulo fertilizado en el endometrio o revestimiento del útero.

Anorexia: Falta de apetito, inapetencia, lo que produce pérdida de peso por una disminución de la ingesta de alimentos.

Ansiedad: Emoción en respuesta al miedo.

Anticoncepción: Proceso o técnica utilizado para evitar el embarazo por métodos farmacológicos, instrumentales o que alteran uno o más de los procesos reproductivos.

Areola: Área circular de piel pigmentada que rodea el pezón de la mama.

Autoestima: Parte afectiva del yo, incluyendo sentimientos y valores.

Biopsicosocial: o enfoque participativo de Salud y Enfermedad que postula que el factor Biológico, Psicológico y los factores sociales, desempeñen un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una Enfermedad o discapacidad

Cesárea: Intervención quirúrgica que consiste en extraer al feto a través del abdomen mediante una incisión en su pared y del útero.

Cloasma: Manchas de color castaño y bordes nítidos que aparecen de forma simétrica en las mejillas y en la frente. Frecuentes en el embarazo, menopausia y mujeres que toman anticonceptivos orales.

Coito: Realización del acto sexual.

Concepción: Acción y efecto de concebir.

Disnea: Respiración forzada o realizada con dificultad. Sensación de la falta de aire.

Distocia: Parto anormal debido a una o varias de las siguientes causas: estrechamiento u obstrucción del canal de parto, falta de potencia expulsiva del musculo uterino o alteraciones en el tamaño, en la posición o la forma del feto.

Eclampsia: Enfermedad que tiene lugar con más frecuencia en la segunda mitad del primer embarazo. Se caracteriza por hipertensión arterial, perdidas de proteínas en la orina y retención de líquidos.

Ecografía: Prueba de diagnóstico por la imagen basada en el empleo de ultrasonidos.

Edema: Tumefacción no dolorosa por acumulación de líquidos en el tejido, por ejemplo en la disfunción cardiaca o renal.

Embrión: Ovulo fecundado implantado en el útero que ir formándose en feto y luego en un nuevo ser.

Emésis: Vómito.

Enfermedades de Transmisión Sexual: Enfermedades producidas como resultado de la actividad sexual con un individuo infectado.

Eréctil: Tejido esponjoso del pene o el clítoris, órganos que, al llenarse de sangre se ponen turgentes y erguidos.

Espermatozoides: Células reproductoras masculinas.

Espermicida: Agente químico que tiene la capacidad de destruir los espermatozoides y que se usan con fin anticonceptivo.

Estrías del embarazo: Surcos finos que aparecen en la piel del abdomen a consecuencia de los desgarros de la dermis cuando no puede adaptarse a los aumentos de volumen del cuerpo, por ejemplo en el embarazo.

Fértil: Capaz de reproducirse o tener descendencia.

Genitales: Órganos de la reproducción.

Gestante: Mujer embarazada.

Glande: Es la porción final del pene , que habitualmente está cubierta por el prepucio.

Grávida: Dícese especialmente de la mujer embarazada.

Infértil: Incapaz de reproducirse.

Insomnio: Incapacidad para conciliar el sueño.

Maduración cognoscitiva: Una nueva capacidad para pensar de manera lógica, conceptual y futurista.

Maduración física: Expresada a través del crecimiento corporal y la capacidad reproductiva.

Menarquia: Aparición de la primera menstruación en la mujer.

Menopausia: Cese definitivo de la menstruación como resultado de la pérdida de la función de los ovarios.

Morbilidad: Frecuencia con la que se produce una enfermedad o anomalías.

Mortalidad: Número de muertes por unidad de población en cualquier región.

Múltipara: Mujer que ha tenido más de un parto.

Neonato: Nuevo ser. Hasta los 28 días de nacimiento.

Orgasmo: Clímax sexual.

Ovulo: Gameto o célula femenina que se forma en el ovario, del cual se desprende al momento de la ovulación.

Pirosis: Sensación como la quemadura, que sube desde el estómago hasta la faringe, acompañada de flatos y excreción de saliva clara.

Polaquiuria: Micciones frecuentes, no abundantes.

Pre eclampsia: Se trata de una situación muy grave, que requiere el ingreso de la madre en un hospital y la provocación del parto si está a término.

Prenatal: Que existe o se produce antes del nacimiento.

Preservativo: También llamado condón masculino. Consiste una funda de látex que adapta al pene erecto.

Primípara: Mujer que se queda embarazada por primera vez.

Progesterona: Hormona producida por el ovario.

Pubertad: Se refiere exclusivamente a los cambios físicos del adolescente.

Riesgo: Estado de vulnerabilidad de un individuo o una población frente a una enfermedad o lesión.

Semen: También llamado esperma, es el producto de la eyaculación del varón.

Sexualidad: Conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo.

Sialorrea: Flujo exagerado de saliva

Tromboembolia: Se produce el bloqueo de un vaso sanguíneo por un embolo arrastrado por la corriente sanguínea.

Útero: También llamado matriz, es el órgano femenino encargado de albergar el desarrollo del feto durante nueve meses.

Varices: Alargamiento y dilatación de las venas generalmente del sistema superficial de los miembros inferiores.

Vasectomía: Método de esterilización permanente, de alta eficacia e irreversible, que consiste en la sección o extirpación parcial de los conductos deferentes.

Violencia: Agresión física o psicológica.

SIGLAS

AO: Anticonceptivos Orales.

AOE: Anticonceptivo Oral de Emergencia.

DIU: Dispositivo Intrauterino

ENIPLA: Estrategia Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo en adolescentes.

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual.

HCU: Historia Clínica Única.

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos..

INFA: Instituto Nacional de la Familia y Adolescencia.

MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social

OMS: Organización Mundial de Salud.

OPS: Organización Panamericana de Salud.

PNBV: Plan Nacional del Buen Vivir.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Y DEL SER HUMANO ESCUELA DE ENFERMERIA**

ENCUESTA.

Este cuestionario lo realizamos con el fin de obtener información sobre los factores que inciden en el embarazo en adolescentes, y que será de gran ayuda para nuestro trabajo de investigación.

DIRIGIDO A: Madres adolescentes que son atendidas en el servicio de Gineco – Obstetricia del hospital José María Velasco Ibarra del Cantón Tena.

1.- ¿Cuál cree usted que fue la causa de su embarazo?

- Mal uso de métodos anticonceptivos.
- Falta de información.
- Carencia afectiva.
- Nivel económico bajo.
- Disfunción familiar.
- Inmadurez emocional.
- Curiosidad.

2.- ¿Recibió información sobre educación sexual?

- SI
- NO

Donde.....

3.- ¿Conoce Ud. Las enfermedades de transmisión sexual?

- SI
- NO

4.- ¿Para evitar un embarazo indeseable es importante?

- Utilizar métodos anticonceptivos.
- Abstinencia sexual
- Ir al centro de salud para obtener información.

5.- ¿Al momento de la relación sexual Ud. O su pareja utiliza algún método anticonceptivo?

SI

NO

CUAL.....

6.- ¿Cree usted que en la primera relación sexual puede haber un embarazo?

SI

NO

No sabe

7.-Económicamente de quien depende Ud.?

Usted misma

Pareja

Padres

Abuelos

Hermanos

8.- ¿Cuál es su Ocupación?

Estudia

Trabaja

Ama de casa

9.- Edad en la que se encuentra?

13 a 15: ()

16 a 17: ()

18 a 19: ()

10.- En donde vive usted?

Urbana

Rural

Urbano Marginal

11.- Cuál es su Nivel de instrucción?

Analfabeta

Primaria incompleta

Primaria completa

Secundaria incompleta

Secundaria completa

12.- Cuáles su estado civil?

Soltera

Casada

Viuda

Unión Libre

13.- Edad de su primera relación sexual?

13 a 15: ()

16 a 17: ()

18 a 19: ()

14.- ¿Conoce Ud. los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes?

SI

NO

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Las respuestas dadas en las mismas será de absoluta confidencialidad por ningún motivo serán reveladas.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION
INTERNAS ROTATIVAS DE ENFERMERIA DEL PERIODO 2013 – 2014**

ACTIVIDADES	2013										2014						RESPONSABLES
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	
Análisis del tema de tesis.																	Sandra Gavilanes Teresa Guaquipana
Denuncia del Tema de Investigación y aprobación CIE.																	Sandra Gavilanes Teresa Guaquipana
Designación de Director (a) de tesis.																	CIE Dirección Escuela de Enfermería
Desarrollo del proyecto: Tema, objetivos, justificación, problema, hipótesis, variables, Operacionalización de las variables, diseño metodológico y aplicación de los instrumentos de recolección de la información.																	Sandra Gavilanes Teresa Guaquipana Lic. Patricia Guerra
Desarrollo de la propuesta.																	Sandra Gavilanes Teresa Guaquipana
Presentación de borrador del proyecto.																	Sandra Gavilanes Teresa Guaquipana Lic. Patricia Guerra
Designación de Pares Académicos y presentación de borradores de tesis.																	Sandra Gavilanes Teresa Guaquipana
Defensa del trabajo de Investigación.																	Sandra Gavilanes Teresa Guaquipana

PRESUPUESTO DE LA TESIS.

RECURSOS Y MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Internet	63 Horas	0.85	\$51.00
Resmas de papel	4	3.50	\$14.00
Borradores de tesis	7	65.00	\$455.00
Anillados	7	1.00	\$7.00
Escaneada	19	0.50	\$9.50
CD	6	0.50	\$3.00
Esferos	4	0.25	\$1.00
Copias de encuestas	579	0.02	\$11.58
Copias de firmas	300	0.02	\$6.00
Total =			\$ 558.08

**DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS EN EL
ECUADOR.**

- ◆ A La Vida.
- ◆ A La Libertad Y Seguridad .
- ◆ A la Igualdad Y A Estar Libre De Toda Forma De Discriminación.
- ◆ A La Libertad De Pensamiento.
- ◆ A La Libertad De Pensamiento.
- ◆ A La Privacidad.
- ◆ A La Información Y Educación.
- ◆ A Optar Por Contraer Matrimonio O No Y A Formar Y Planear Una Familia.



TRIPTICO

- ◆ A No Ser Sometido A Torturas Y Maltratos.
- ◆ A Decidir Si Se Tienen Hijos O No Y Cuando Tenerlos.
- ◆ A La Atención Y Protección De La Salud.
- ◆ A Los Beneficios Del Progreso Científico.
- ◆ A La Libertad De Reunión Y Participación Política.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE
BOLIVAR ESCUELA DE
ENFERMERIA



**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE
PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN
ADOLESCENTES.**



Internas Rotativas de Enfermería.

Su organización
El lema de su o



EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

La OMS define como adolescencia al periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

CAUSAS PREDISPONENTES

- Curiosidad.
- Inicio temprano de la relación sexual.
- Separación familiar.
- Bajo nivel educativo.
- Falta de información, etc.

Consecuencias.

Los bebés de madres adolescentes tienen una alta tasa de enfermedades como:

- ◆ **Mal formaciones congénitas.**
- ◆ **Retraso mental.**
- ◆ **Ceguera.**
- ◆ **Epilepsia.**
- ◆ **Parálisis cerebral, etc.**

Estos niños experimentan muchos problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido. Hay problemas maritales y mayores probabilidades de divorcio en parejas jóvenes que se unieron producto de un embarazo.



Un embarazo no planeado, trae al mundo a sufrir a un inocente.

METODOS ANTICONCEPTIVOS.

Son aquellos que impiden o reducen significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales. La generalización de la planificación familiar y la educación sexual favorece la utilización óptima de los métodos anticonceptivos.



- ◇ Preservativo Masculino y Femenino.
- ◇ Pastillas anticonceptivas.
- ◇ Pastilla de Emergencia.
- ◇ Implantes de 3 y 5 años.

APLICACIÓN DE ENCUESTAS EN EL SERVICIO DE GIENECO.







FIRMA Y ENTREGA DE LA CERTIFICACION DE LA LIDER DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA A LAS I.R.E COMO CONSTANCIA DE HABER REALIZADO EL TRABAJO DE INVESTIGACION.



AUTORIZACION PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION EN EL DISTRITO DE SALUD 15D01 DE LA PROVINCIA DEL NAPO, POR PARTE DEL LIC. ROGELIO MAMALLACTA RESPONSABLE DE ESTADISTICA.



ENTREGA DE LA SOLICITUD Y AUTORIZACION DEL DISTRITO DE EDUCACION AL RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA.



CHARLAS EDUCATIVAS POR LAS I.R.E. A LOS ESTUDIANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA CIUDAD DE TENA DESDE EL 02 AL 09 DE MAYO.







PARTICIPACION DE LOS ESTUDIANTES Y ENTREGA DE MATERIAL INFORMATIVO.







DEMOSTRACION DE LA UTILIZACION DEL DISPENSADOR DE PRESERVATIVOS E INTERVENCION DE LA OBSTETRA CLEOTILDE C.







ENTREGA DE REFRIGERIOS A LOS ESTUDIANTES.





FIRMA Y ENTREGA DE LA CERTIFICACION A LAS I.R.E POR PARTE DEL RECTOR LIC. BALTAZAR DURAN.





**UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA**



Tena, 20 de Mayo del 2013

Tena: 12/12/2013

Dr.
Jaime Sandoval
DIRECTOR DEL HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA DEL CANTON
TENA

Presente.

De mis consideraciones:

Primeramente le extendemos un atento y cordial saludo a la vez deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias.

Por medio del presente documento solicitamos a usted de la manera más comedida nos conceda el permiso para realizar nuestro tema de investigación para la obtención del título de Licenciadas en Enfermería titulada: **FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA" DEL CANTÓN TENA EN EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.**

Con la seguridad de que nuestro pedido sea favorablemente aceptado, reiteramos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Sandra Gavilanes
Sandra Gavilanes
CI: 02019573621
I.R.E.

Teresa Guáquina
Teresa Guáquina
CI: 0202081543
I.R.E.

Daniel Sandoval
MEDICO
MSP L. 24 F. 4 N° 10

HOSPITAL "JOSE MARIA VELASCO
IBARRA" TENA
RECEPCION DE DOCUMENTOS
Secretaría - Dirección Médica
Fecha: 2013-05-16 Hora: 16:31
Firma: *[Signature]*

Autorizada
[Signature]
20-05-013



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Tena, 20 de Mayo del 2013

Licda.

Jeanneeth González

**JEFE ENCARGADA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL
HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA DEL CANTON TENA.**

Presente.

De mis consideraciones:

Primeramente le extendemos un atento y cordial saludo y a la vez deseándole toda clase de éxitos en sus funciones diarias.

Por medio del presente documento solicitamos a usted de la manera más comedida nos conceda el permiso para realizar nuestro tema de investigación para la obtención del título de Licenciadas en Enfermería titulado: **FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA" DEL CANTÓN TENA EN EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.**

Con la seguridad de que nuestro pedido sea favorablemente aceptado, reiteramos nuestros más sinceros agradecimientos.



Sandra Gavilanes
Sandra Gavilanes
CI: 02019573621
I.R.E.

Atentamente,

Teresa Gnaquipana
CI: 0202081543
I.R.E.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Tena, 20 de Mayo del 2013

Licenciada
Gina Aldáz
LÍDER DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JOSE
MARIA VELASCO IBARRA DEL CANTON TENA

Presente.

De mis consideraciones:

Primeramente le extendemos un atento y cordial saludo a la vez deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias.

Por medio del presente documento solicitamos a usted de la manera más comedida nos conceda el permiso para realizar nuestro tema de investigación para la obtención del título de Licenciadas en Enfermería titulada: **FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA" DEL CANTÓN TENA EN EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.**

Con la seguridad de que nuestro pedido sea favorablemente aceptado, reiteramos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Sandra Gavilano
Sandra Gavilanes
CI: 02019573621
I.R.E.


Teresa Guaquipana
CI: 0202081543
I.R.E.

Recibido
20-05-2013
Gina Aldáz




UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Tena, 15 de Julio del 2013

Ing.
Edwin Tello
GERENTE DEL HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA DEL CANTON
TENA

Presente.

De mis consideraciones:

Primeramente le extendemos un atento y cordial saludo a la vez deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias.

Por medio del presente documento solicitamos a usted de la manera más comedida nos conceda el permiso para la obtención de la información referente a la producción mensual del servicio de GINECO-OBSTETRICIA del Hospital José María Velasco Ibarra, la misma que será utilizada como datos estadísticos en nuestro tema de investigación como requisito para la obtención del título de Licenciadas en Enfermería.

Con la seguridad de que nuestro pedido sea favorablemente aceptado, reiteramos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Autorizado Estadística 2013-07-15
[Signature]
Sandra Gavilanes
Sandra Gavilanes
CI: 02019573621
I.R.E.

[Signature]
Teresa Gudaquipana
CI: 0202081543
I.R.E.

HOSPITAL JOSE MARIA
VELASCO IBARRA DE TENA
RECEPCION DE DOCUMENTOS
Secretaría - Gerencia
Fecha: 2013-07-15 Hora: 10:35
Firma: *[Signature]*



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA



Tena, 20 de Noviembre del 2013

Licenciado

Rogelio Mamallacta
Estadístico del Distrito 15D01 de la Provincia de Napo

Presente.

De nuestras consideraciones:

Primeramente le extendemos un atento y cordial saludo y a la vez deseándole toda clase de éxitos en sus labores diarias.

Por medio del presente documento solicitamos a usted de la manera más comedida nos facilite los datos estadísticos sobre embarazos en adolescentes de año 2010, 2011, 2012 y 2013 de la provincia del Napo, motivo por el cual estamos realizando nuestro tema de investigación titulado: **FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL "JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA" DEL CANTÓN TENA EN EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE DEL 2013.**

Con la seguridad de que nuestro pedido sea favorablemente aceptado, reiteramos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Sandra Gavilanes
Sandra Gavilanes
CI: 02019573621
I.R.E.

Teresa Guatipana
Teresa Guatipana
CI: 0202081543
I.R.E.



Recibido
2013-11-20
Porcelly



HOSPITAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA
PROVINCIA DE NAPO – CANTON TENA



TENA 02/03/2014

Licenciada **CARMEN CECILIA CORREA CIFUENTES** con número de cedula:
1714341516 líder del servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital José María Velasco
Ibarra del Cantón Tena.

CERTIFICA:

Que las Srtas. **Sandra Marilin Gavilanes Martínez** con N^o de cedula: **0201957362** y
Neida Teresa Guaquipana Cárdenas con N^o de cedula: **0202081543**, Internas
Rotativas de la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser
Humano de la Universidad Estatal de Bolívar, realizan el Trabajo de Investigación
Titulado: **FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO EN
ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL “JOSE MARIA VELASCO
IBARRA” DEL CANTON TENA EN EL PERIODO ABRIL A SEPTIEMBRE
DEL 2013.**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, y las interesadas pueden hacer uso
del presente documento como estimen conveniente.

Atentamente.

Lic. Carmen Correa Cifuentes



Líder del servicio de Gineco Obstetricia.



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA.

Guaranda 28 de Abril del 2014

Licenciado: Baltazar Durán

RECTOR

De la Unidad Educativa "CIUDAD DE TENA"

Presente

De mi consideración:

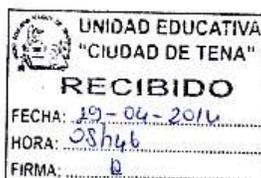
Con un cordial saludo y deseándole éxitos en sus funciones laborales que día a día desempeña, le solicito de la manera más comedida su valiosa colaboración y autorización para que las estudiantes del Octavo Semestre de la Escuela de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar puedan tener acceso a su prestigiosa institución para dictar charlas educativas a los señores estudiantes sobre: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, de acuerdo al cronograma adjunto.

Por la atención a la presente, le expreso mi gratitud.

Atentamente,

LIC. PATRICIA GUERRA.

DIRECTORA DE TESIS.



Oficio Nro. MINEDUC-CZ2-15D01-DDNTAAT-2014-0073-O

Tena, 30 de abril de 2014

Asunto: AUTORIZACION

Bachiller Ciencias Químico Biológicas
Neida Teresa Gnaquipana Cardenas
Estudiante
UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
En su Despacho

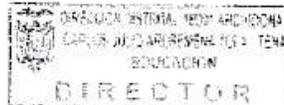
De mi consideración:

En respuesta al Oficio S/N, de fecha 29 de abril de 2014, suscrito por las Señoras Sandra Gavilanes y Teresa Gnaquipana, Internas Rotativas de Enfermería, comunico que la Dirección Distrital 15D01 AUTORIZA a las estudiantes de Octavo Semestre de la Escuela de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, dicten Charlas sobre Salud Sexual y Reproductiva, Métodos Anticonceptivos y Derechos Sexuales en la Unidad Educativa Ciudad de Tena.

Se recomienda, establecer un diálogo con la autoridad de la institución a fin de coordinar el cronograma, así como también la pertinencia para la ejecución de la actividad solicitada por ustedes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



Mgs. Ruben Alejandro Calapucha Tapuy
DIRECTOR DISTRITAL DE EDUCACIÓN 15D01

Referencias:

- MINEDUC-CZ2-15D01-UDAC-2014-4831-E

Anexos:

- 642.pdf

vh





MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIDAD EDUCATIVA "CIUDAD DE TENA"



ACTA DE COMPROMISO

Lugar: Unidad Educativa "Ciudad De Tena"

Fecha: 30/04/2014

HORA: 10:30

Tema: Factores que inciden en el embarazo en adolescentes de 13 a 19 años de edad que acuden al servicio de Gineco Obstetricia del Hospital "José María Velasco Ibarra".

Actividades: Programa educativo dirigido a los adolescentes y entrega de material educativo y trípticos.

Responsables: Lic. Baltazar Durán, Obstetra Cleotilda Calero, Dra. Karina García, IRE Sandra Gavilanes, IRE Teresa Guaquimpana.

Siendo las 10.30 de la mañana nos reunimos en la Institución Educativa con la finalidad de dar a conocer, y hacer la entrega del programa educativo y dar cumplimiento al mismo sobre Salud sexual y reproductiva, Derechos Sexuales y Planificación Familiar.

Compromisos: Charlas educativas a los adolescentes.

[Handwritten signature of Baltazar Durán]

Lic. Baltazar Durán

Rector de la Unidad Educativa

Atentamente,



Dra. Karina Garcia

Coordinación Zonal 15D01

[Handwritten signature of Cleotilda Calero]

Obstetra. Cleotilda Calero

SCS Paushiyacu



Teresa Guaquimpana

I.R.E.

[Handwritten signature of Sandra Gavilanes]

Sandra Gavilanes

I.R.E.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA



CAPACITACION

**Temas: Educación sexual y reproductiva, Métodos Anticonceptivos y
Derechos Sexuales y Reproductivos.**

Unidad Educativa "Ciudad De Tena"

Fecha de la intervención: 02-05-2014

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Daniela Guzman		
Nadia Lumb		
Cecilia Ibañez		
Bella Dea		
Jomaira Aguirre		
Mabel Guevara		
Marlen Piquinche		
Heinerth Posca		
Michael Huatacaca		
Nayeli Villacis		

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA

CAPACITACION

Temas: Educación sexual y reproductiva, Métodos Anticonceptivos y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Unidad Educativa "Ciudad De Tena"



Fecha de la intervención: 02-05-2014.....

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Andrés Simón Grande		
Miguel Flores		
Jumbo Simón Kley		
Edwin Dagilema		
Julissa Yaguache		
Hónica Ulloa		
Delsy Greja		
Mauricio Tobón		
Maria Burgos		Maria Burgos
Angel Jimenez		
Adrian Machoa		

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA



CAPACITACION

Temas: Educación sexual y reproductiva, Métodos Anticonceptivos y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Unidad Educativa "Ciudad De Tena"

Fecha de la intervención: 05-03-2014

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Ronny Tapoa	150104782-1	
wendy cedillo	_____	
Kevin Calapucha	_____	
Patricia Anabisa		
Tatiana Aleman		
Jofre Tite		
Maria Guavaia		
SARA Tixe		
Recho Culqui		
Anahi Delgado		
Josefa Andy		

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA



CAPACITACION

**Temas: Educación sexual y reproductiva, Métodos Anticonceptivos y
Derechos Sexuales y Reproductivos.**

Unidad Educativa "Ciudad De Tena"

Fecha de la intervención:.....05-05-2022.....

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Jhon Giefa		
Soel Oña		
Veronica Granda		
Genesis Shiguanga		
Betzy Noteno		
Kely Katherine Cerda		
Heidy Cerda		
Emerson Giefa		
Kathya Yumbo		
Isabel Taco		

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA



CAPACITACION

Temas: Educación sexual y reproductiva, Métodos Anticonceptivos y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Unidad Educativa "Ciudad De Tena"

Fecha de la intervención:.....06-05-2014.....

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Mayrobi Andy		
Ruth Alcarado		
Daniel Bastidas		
Andi Naïron	150101923-4	
Carolina Calarza		
Wilfrida Shiguano		
Liccy Manóro		
Sandy Ceida		
David Morales		
Ariel Arcos		

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA



CAPACITACION

Temas: Educación sexual y reproductiva, Métodos Anticonceptivos y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Unidad Educativa "Ciudad De Tena"

Fecha de la intervención:... 06-05-2014 **.....**

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Sandy Grefa	150102548-8	<i>Sandy Grefa</i>
Pauchi Mónico		<i>Pauchi Mónico</i>
Elsa Aguirre	150098532-8	<i>Elsa Aguirre</i>
Lisbeth Shiguanga		<i>Lisbeth Shiguanga</i>
Glenda Licoy		<i>Glenda Licoy</i>
Gissela Alvarez		<i>Gissela Alvarez</i>
Evelyn Estrella		<i>Evelyn Estrella</i>
Michael Corchi		<i>Michael Corchi</i>
Ariel Cordero		<i>Ariel Cordero</i>
Guillermo Heredia Vinueza	100178650-7	<i>Guillermo Heredia Vinueza</i>

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA



CAPACITACION

Temas: Educación sexual y reproductiva, Métodos Anticonceptivos y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Unidad Educativa "Ciudad De Tena"

Fecha de la intervención: 07-05-2014.....

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Luis León	150108275-2	
Alvarado Henrrs		
Wendy Cerda		
Anthony Guayama		
Maritza Baraja	150102171-9	
Miriam Cerda	1501264681	Miriam Cerda
Helena Sanchez		
Raúl Segura		
Jimmy Viscaino	1700945957	Jimmy
Inés Shigwango	150101797-4	

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA



CAPACITACION

Temas: Educación sexual y reproductiva, Métodos Anticonceptivos y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Unidad Educativa "Ciudad De Tena"

Fecha de la intervención: 07-05-2014

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
DANIELA CHONCO		<i>[Handwritten signature: Daniela Chonco]</i>
Berigno Navarajo		<i>[Handwritten signature: Berigno Navarajo]</i>
Natalia Shigango		<i>[Handwritten signature: Natalia Shigango]</i>
Patricio Cando		<i>[Handwritten signature: Patricio Cando]</i>
Consuelo Reyes		<i>[Handwritten signature: Consuelo Reyes]</i>
Bertha Hinojosa		<i>[Handwritten signature: Bertha Hinojosa]</i>
Yadira Tipón		<i>[Handwritten signature: Yadira Tipón]</i>
Angel Chimbo		<i>[Handwritten signature: Angel Chimbo]</i>
Liseth Paz		<i>[Handwritten signature: Liseth Paz]</i>
Angelica Flores		<i>[Handwritten signature: Angelica Flores]</i>

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA



CAPACITACION

Temas: Educación sexual y reproductiva, Métodos Anticonceptivos y
 Derechos Sexuales y Reproductivos.

Unidad Educativa "Ciudad De Tena"

Fecha de la intervención: 08-05-14.....

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Luis Carrelos	1550012270	
NIXON MEDINA JAPON	1900770247	
Rosario TAPIA	1500720410	
Andrés Corrallo	210030156-2	
Palmira Aguinda	150114309-1	
Sofía Tanguila	150066686-0	
Eduardo Barco	150087163-5	
Tarsicio Colupucha	1500674237	
Kaunier Coiza		
Freddy Coiza		

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERIA



CAPACITACION

Temas: Educación sexual y reproductiva, Métodos Anticonceptivos y
 Derechos Sexuales y Reproductivos.

Unidad Educativa "Ciudad De Tena"

Fecha de la intervención: 08-05-14

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Lady Lisbeth Mastián		
Keyla Geomar Flores	150122092-3	
Carlos Shiguango	150142045-3	
Danna Ceida	150116523-5	
Luis Andi		
Ronny Licuy	155008010-3	
Reymundo Vargas	150140273-3	
Vargas Jairo	1722703988	
Marylena Xavier		
Laura Grefa		

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERIA



CAPACITACION

Temas: Educación sexual y reproductiva, Métodos Anticonceptivos y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Unidad Educativa "Ciudad De Tena"

Fecha de la intervención: 03.05.2011

NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
Cerda Florica	155006705-1	
Tpfo Cerda	15002277-1	
Diego Cerda	150122473-8	
Eraza Miguel	150116769-3	
Elizabeth Huasca	150109897-2	
Jennifer Mastián		
Jefferson Moreno		
Guadalupe Shiguango	150057578-4	
Sandra Shiguango	150092123-2	
Verónica Pozo		