



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO

**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
USUARIAS DEL HOSPITAL GENERAL MACAS. AÑO 2015.**

*Tesis de Grado previa a la
obtención del Título de
Licenciada en Enfermería*

AUTORA:

Lérida Alexandra Torres Torres

DIRECTORA:

Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz

PUYO – ECUADOR

2016

CERTIFICACIÓN

Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz
DOCENTE DE LA MODALIDAD DE ESTUDIOS PRESENCIAL DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA DEL PLAN DE CONTINGENCIA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA SEDE PUYO.

CERTIFICO:

Que la presente tesis titulada **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES USUARIAS DEL HOSPITAL GENERAL MACAS. AÑO 2015** desarrollada por la señora **LERIDA ALEXANDRA TORRES TORRES**, ha sido elaborada bajo mi dirección y cumple con los requisitos de fondo y de forma que exigen los respectivos reglamentos e instructivos.

Por ello autorizo su presentación y sustentación.

Puyo, 11 de marzo de 2016

Atentamente,


Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, **LERIDA ALEXANDRA TORRES TORRES** declaro ser el autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca virtual.

AUTORA: Lerida Alexandra Torres Torres

FIRMA:  _____

CÉDULA: 1400775472

FECHA: Loja, marzo de 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LA TESIS, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, **LERIDA ALEXANDRA TORRES TORRES**, declaro ser la autora de la tesis titulada **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES USUARIAS DEL HOSPITAL GENERAL MACAS. AÑO 2015** como requisito para optar por el grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital Institucional, en las redes de información del país y el exterior, con los cuales tengan convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 16 días del mes de marzo del dos mil 2016, firma la autora.

FIRMA: 

AUTORA: Lerida Alexandra Torres Torres

CÉDULA. 1400775472

DIRECCIÓN: Provincia Morona Santiago, cantón Morona, parroquia Macas

CORREO ELECTRÓNICO: leridatorres@outlook.es

TELÉFONO: 0997207492

DATOS COMPLEMENTARIOS

DIRECTORA DE TESIS: Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz

TRIBUNAL DE GRADO:

Lic. Elva Leonor Jiménez Jiménez

Lic. Diana Vanessa Villamagua Conza

Lic. Irsa Mariana Flores Rivera

PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

VOCAL

VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a mis padres.

A DIOS porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, a mi madre Angélica Torres y hermanos, Diego, Claudio, Wilson y Patricio quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi pilar fundamental en todo momento. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

También dedico con todo mi corazón a mi hija Jhulieth Ojeda que llegó a mi vida para darme fortaleza y alegría. Gracias por ser mi inspiración una sonrisa tuya ilumina mi vida y me das fuerzas para luchar y seguir adelante en mi vida.

A las personas que han facilitado y permitido la ejecución del trabajo de investigación por su solidaridad, carisma, para poder culminar de la mejor manera la misma.

Lérida Torres

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a mi madre Angélica Torres y hermanos Diego, Claudio, Wilson y Patricio quienes siempre confiaron en mí para alcanzar mis objetivos.

Con gratitud y respeto mis sinceros agradecimientos a mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

De manera especial a mi Directora de tesis, Lic. Zoila Beatriz Bastidas Ortiz quien supo orientarme e instruirme, en forma oportuna y eficiente para culminar con éxito el presente trabajo investigativo.

A mis amigos y compañeros a quienes llevare en el corazón con mucho cariño gracias por su apoyo incondicional.

Mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, al Área de Salud Humana, de manera especial a las/los docentes de la Carrera de Enfermería, quienes de forma desinteresada nos impartieron y brindaron sus sabios conocimientos para nuestra formación profesional.

Lérida Torres

1. TÍTULO

**COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES USUARIAS DEL
HOSPITAL GENERAL MACAS. AÑO 2015.**

2. RESUMEN

Este estudio tuvo el propósito de investigar las complicaciones del embarazo en adolescentes usuarias del Hospital General Macas, se aplicó las técnicas de la encuesta y observación a 40 adolescentes embarazadas, el diseño de la investigación fue transversal, descriptiva, bibliográfica y de campo. Como resultado se encontró que adolescentes con complicaciones del embarazo están en la edad de 16 a 19 años con el 60,00%, de etnia indígena en el 62,50%, de procedencia rural 72,50%, de ocupación estudiantes en el 50,00%, el 30,00% realizan quehaceres domésticos. El 42,50% son madres solteras y el 30,00% viven en unión libre, el 27,50% son casadas. Se encontró que el 80,00% de embarazadas presentan complicaciones. De ellas 37,50% con infección de vías urinarias, el 22,50% se realizaron cesáreas de emergencia; el 12,50%, presentó ruptura de membranas; El 12,50%, amenaza de parto prematuro, anemia el 7,50%. Como complicaciones se encontró ictericia neonatal 32,50%, bajo peso al nacimiento 20,00%, asfixia el 15,00%, recién nacido prematuro 12,50%, riesgo de Sepsis 12,50%. Factores de riesgo principal el desconocimiento en el 42,50%, seguido de problemas de migración en el 40,00%, con un 47,50% falta de diálogo entre padres e hijos, no contaron apoyo familiar con el 45,00%, se embarazaron por abuso sexual 8,00%. Factor principal que influyó para las complicaciones está el desconocimiento de riesgos en el 47,50%. Se concluye que las adolescente de 16 a 19 años de etnia indígena son las que más presentan complicaciones, la causa principal es el desconocimiento. La autora realizó actividades educativas en escuelas y talleres.

Palabras claves: Embarazo, Adolescencia y Usuarios.

2.1 SUMMARY

This study has the purpose to investigate the complications of pregnancy in adolescent users General Hospital Macas, technical survey and observation 40 pregnant adolescents, the research design was descriptive cross, literature and applied field. As a result it was found that adolescents with complications of pregnancy are at the age of 16-19 years with the 60,00% of indigenous ethnic group in 62,50%, 72,50% of rural origin, students occupying 50,00%, 30,00% perform household chores. The 42,50% are single mothers and 30,00% cohabiting, 27,50% are married. It was found that 80,00% of pregnant women have complications. 37,50% of them with urinary tract infection, 22,50% emergency cesarean sections were performed; 12,50% he presented rupture of membranes; 12,50%, preterm labor, anemia 7,50%. As neonatal jaundice complications was found 32,50%, low birth weight 20,00% and 15,00% suffocation, premature infant 12,50%, 12,50% risk of sepsis. The main risk factors of ignorance in 42,50%, followed by migration problems in the 40,00%, with 47,50% lack of dialogue between parents and children, did not have family support with 45,00% They became pregnant by sexual abuse 8,00%. Main factor influencing for complications is the lack of risks at 47,50%. It is concluded that the teen 16-19 years of indigenous ethnicity are most present complications, the leading cause is ignorance. The authoress realized educational activities in schools, workshops.

Keywords: Pregnancy, Youth and users.

3. INTRODUCCIÓN

Adolescencia es el inicio desde los 10 a 19 años empieza con la pubertad y que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta, en que se ha completado el desarrollo del organismo.

La adolescencia comienza aproximadamente en las mujeres a la edad de 10 años y en los hombres a los 12 años, con la aparición de los signos puberales, el final no está claramente delimitado y varía en función de los criterios físicos, afectivos, sociales, culturales y psicológicos, por lo tanto resulta problemático delimitar el momento en que se produce el final de este importante período de la vida, pero según la OMS esta etapa cursa de 10 a 19 años. (López, 2013).

Dentro del desarrollo de la adolescencia se encuentra, la pre pubertad que es de los 10 a los 12 años, en esta se nota el cambio identificable entre niño y niña. Pubertad de los 13 a los 14 años en esta etapa comienzan los cambios fisiológicos como cambio de voz, olor corporal y desarrollo de órganos sexuales.

Adolescencia que va de los 15 a los 19 años mayor homogeneidad entre compañeros durante esta etapa llegan a su altura y peso adecuado.

La adolescencia es más que una larga etapa entre la niñez y la edad adulta, no es solamente el lapso de tiempo invertido por el cuerpo en alcanzar su estatura, su desarrollo físico y sexual definitivos, es también la fase crítica en la que el adolescente intenta aceptar la realidad de sí mismo y de su propia identidad.

Hay cambios físicos y psíquicos, interrogantes sobre el mismo, que provocan en los adolescentes comportamientos contradictorios, críticos y despectivos unas veces, emotivos y entusiastas otras, en lo que alterna el sentimiento y la esperanza,

la ternura y la violencia. (Issler, 2001, p. 11-23).

La incursión de este grupo poblacional en las políticas y programas de salud, ha sido una innovación no solo en América si no en el mundo entero.

Siguiendo la tendencia mundial según la Organización de las Naciones Unidas las embarazadas adolescentes, el estudio, la pobreza, la falta de acceso a la educación, el matrimonio infantil, la desigualdad de género, la falta de garantía de los derechos humanos, la ausencia de políticas públicas de salud sexual y reproductiva, la violencia y la coacción sexual, son consideradas como las causas subyacentes de la problemática. Las más afectadas por este drama y los problemas asociados en América Latina son las indígenas las afro descendientes las inmigrantes y las mujeres provenientes de comunidades pobres son las rurales y sin acceso a la educación y salud; así mismo constata que América Latina y el Caribe son las que más registran partos de niñas menores de 15 años y se prevee que sigan aumentando levemente hasta el 2030 además otros de los factores que trae consigo esta problemática según James Rosen, quien está a cargo de un estudio de investigación de departamento de reducción de riesgos de embarazo de la Organización Mundial de la Salud es que las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto de las mujeres de 20 a 30 años y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. Por tal motivo esta población requiere mayores cuidados por parte de los expertos para preservar la salud de la madre y del bebe. (Rosen, 2013).

En Ecuador, dos de cada 10 partos son de adolescentes, según los registros del Ministerio de Salud. Pero también, uno de cada cinco chicos es padre, la situación socioeconómica es uno de los determinantes para el embarazo adolescente

muestran que el inicio temprano de la vida sexual y la maternidad adolescente se presenta generalmente en los grupos socio-económicos bajos y en mujeres con menor nivel educativo. El 20% de las mujeres ecuatorianas fue madre o estuvo en embarazo durante su adolescencia. El 56% de las adolescentes con nivel socioeconómico bajo fue madre o estuvieron en embarazo durante la adolescencia. El 30% de los adolescentes de bajo nivel socioeconómico bajo tuvo su primera relación sexual a los 16 años no usaron preservativos, frente al 12% en las personas más ricas. (MSP, 2012).

A nivel nacional el embarazo en adolescentes es alto de ellas 122.301 son adolescentes, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Según el rango de edad el 3,4% de las madres tiene entre 12 y 19 años, es decir, 122.301 madres son adolescentes (mujeres entre 12 y 19 años), frente a 105.405 madres del 2001. El 5,2% de las madres afro ecuatorianas son adolescentes, seguidas de las indígenas con 4,3%. El 81,4% de las madres adolescentes tiene un hijo, seguidas del 16% que tiene dos hijos. En relación a su población femenina de 12 años y más, la provincia con mayor porcentaje de madres es Carchi con el 69,9%, seguida por Los Ríos con 68,9%. Según su estado conyugal, el 71% de las madres tiene pareja (casada o unida), mientras que el 29% no tiene pareja, de éstas, el 9% está soltera. El 29% de las mujeres son jefas de hogar, de ellas el 87,1% son madres. (INEC, 2013).

Se calcula que el 12% de los embarazos en adolescentes pertenece a la provincia de Morona Santiago existen casos extremos en los cantones de Sucúa, Taisha y Méndez, que sobrepasa el 14 % y que necesita ser controlada. En el Hospital General Macas en el 2014 se produjeron 13.173 nacimientos, de los cuales 32 correspondieron a menores de 15 años y 2.765 a embarazos en adolescentes

de 15 a 19 años que representa el 21 % del total de partos atendidos. (Macas, 2014).

El aumento de embarazos en adolescentes es un problema de salud muy preocupante, que hasta hace algún tiempo no fue objeto de atención por parte del estado, ni de la sociedad en general.

Deben considerarse otros hechos negativos del embarazado adolescente objeto de este estudio, como son los altos índices de ansiedad, confusión, depresión, falta de comunicación con los padres, disfunción familiar, migración, ocultamiento y mal control del embarazo, carencia de preparación y conocimientos para conducir adecuadamente la crianza del futuro hijo.

Esta problemática motivó a la autora a realizar esta investigación y a la vez tiene el propósito de disminuir el índice de embarazos en las adolescentes para concientizar a los padres ya que son los que asumen la tarea de orientarlos en la educación sexual mediante el diálogo ya cuando a un hijo o hija se le ha informado bien, se les facilita actuar de manera responsable, acorde a sus valores personales y creencias, se interactúa con los docentes para concientizar sobre la importancia de la sexualidad y los cambios físicos a darse, para ello se desarrolló un plan de capacitación con el fin de fomentar actividades recreativas para el entretenimiento, educación sobre el correcto uso de métodos anticonceptivos, a las embarazadas adolescentes que acudieron al Hospital General Macas se educa sobre la importancia del uso de ropa cómoda, educación sobre la lactancia materna exclusiva , pretendiendo mejorar la calidad de vida de la adolescente embarazada y del Recién Nacido.

El estudio fue de tipo transversal, descriptivo, bibliográfico y de campo. Se aplicó

la técnica de la encuesta a los adolescentes embarazadas usuarias del área de Ginecología del Hospital General Macas; además se aplicó la observación y los datos requeridos se obtuvieron de las Historias Clínicas.

El estudio se realizó en un lapso de un año. La población de estudio fue de 50 adolescentes embarazadas, para lo cual se tomó 40 embarazadas que tuvieron complicaciones en el embarazo en el Hospital General Macas del cantón Morona. Como resultados se encontró adolescentes con complicaciones del embarazo en la edad de 16 a 19 años con el 60,00%, de etnia indígena en el 62,50%, de procedencia rural 72,50%, de ocupación estudiantes en el 50,00%, el 30,00% realizan quehaceres domésticos. El 42,50% son madres solteras y el 30,00% viven en unión libre, el 27,50% son casadas. Se encontró que el 80,00% de embarazadas presentan complicaciones. De ellas 37,50% con infección de vías urinarias, el 22,50% se realizaron cesáreas de emergencia; el 12,50%, presentó ruptura de membranas; El 12,50%, amenaza de parto prematuro, anemia el 7,50%. Como complicaciones se encontró ictericia neonatal 32,50%, bajo peso al nacimiento 20,00%, asfixia e 15,00%, recién nacido prematuro 12,50%, riesgo de Sepsis 12,50%. Factores de riesgo principal el desconocimiento en el 42,50%, seguido de problemas de migración en el 40,00%, con un 47,50% falta de diálogo entre padres e hijos, no contaron apoyo familiar con el 45,00%, se embarazaron por abuso sexual 8,00%. Factor principal que influyó para las complicaciones está el desconocimiento de riesgos en el 47,50%. Se concluye que las adolescente de 16 a 19 años de etnia indígena son las que más presentan complicaciones, la causa principal es el desconocimiento. La autora realizó actividades educativas en escuelas y talleres.

En la investigación se trazó los siguientes objetivos:

Objetivo General

Determinar las complicaciones del embarazo en adolescentes usuarias del Hospital General Macas. Año 2015.

Objetivo Específico

Establecer las principales características, socioeconómicas y demográficas de la población de estudio.

Determinar la prevalencia de complicaciones del embarazo en adolescentes y Recién Nacidos usuarios del Hospital General Macas.

Identificar factores predisponentes del embarazo en adolescentes y sus complicaciones.

Aplicar un plan de enfermería dirigido a la disminución de embarazos y complicaciones en adolescentes de 10 a 19 años.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 Embarazo

4.1.1 Definición.

El embarazo altera de manera significativa el proceso biológico que prepara el cuerpo para conformar a una mujer con la perfección que espera y anhela dentro de su propuesta, interrumpe de forma brusca la preparación destinada a transformar ese cuerpo en el mejor lugar para el advenimiento de un niño. “Pese a que sea capaz de concebir el cuerpo de la adolescente no es aun apto para el embarazo ni para el parto, que con frecuencia, suele tomarse conflictivo”. (Instituto Nacional del Niño y la Familia, INNFA 1997. p. 66).

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios además de físicos son morfológicos y metabólicos. (INNFA, 1997. p. 67).

4.1.2 Etapas del Embarazo.

Las etapas del embarazo son bien marcadas. La gestación comienza en el momento en que se produce la fecundación del óvulo. Se considera como semana 1 del embarazo el momento de la última menstruación de la mujer. El embarazo dura unas 37 semanas a 41 semanas, ósea 280 días. El embarazo se divide en tres etapas, de unas 12 a 13 semanas cada una. Normalmente estas etapas son llamadas trimestre cada una de ellas abarca 3 meses.

El primer trimestre se contabilizada desde el principio de la semana 1 (inicio del ciclo menstrual) y termina al finalizar la semana 12 de gestación.

El segundo trimestre inicia en la semana 13 y abarca hasta el fin de la semana 26 de gestación.

El tercer y último trimestre del embarazo se inicia en la semana 27 y se extiende hasta el momento del parto.

Toda mujer embarazada de bajo riesgo debe completar mínimo 5 controles prenatales 1 de diagnóstico y 4 controles de seguimiento.

Uno en las 20 primeras semanas; uno entre las 22 y 27 semanas; uno entre las 28 y 33 semanas; uno entre las 34 y 37 semanas y uno entre las 38 y 40 semanas. (MSP, 2008, p. 12).

4.1.3 Epidemiología.

En los últimos años ha ocurrido un incremento y una mayor precocidad del inicio de la actividad sexual juvenil, de embarazos en adolescente considerado actualmente un serio problema médico social los factores de riesgo más importantes son los individuales asociados a procesos ginecológicos obstétricos y psicosociales adversos, dentro de los primeros se encuentra retraso del crecimiento intrauterino, anemia, infecciones del tracto urinario parto prematuro y complicaciones del parto, las principales consecuencias psicosociales encontradas fueron la deserción escolar, familias disfuncionales, y problemas económicos la situación actual descrita anteriormente ha obligado a crear en el último tiempo diferentes tipos de programas de educación sexual a los adolescentes.

4.1.4 Factores que Influyen Negativamente en el Embarazo.

Familia Disfuncional.

Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres e hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (Hidalgo M. S, 1998. p. 72).

Inicio Precoz de Relaciones Sexuales. Cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención, que deben enfrentar los adolescentes es todo lo relacionado con la práctica de su sexualidad y el riesgo que esto conlleva para su salud reproductiva.

Bajo Nivel Educativo. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. (Hidalgo M. S., 1998. p. 73).

Menarquía Temprana. Otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo, marca el inicio de la adolescencia en la mujer, es la culminación de una serie de cambios anatómicos, psicológica y social durante la pubertad.

Migraciones Recientes. Es la pérdida del vínculo familiar, ocurre con la migración de los padres con el traslado de las jóvenes o a las ciudades en busca de trabajo y con motivo de estudios superiores.

Consumo de Alcohol o Drogas. Es una enfermedad porque presenta síntomas claros y definidos, y cuatro grandes fases del proceso de la enfermedad en donde esta serie de síntomas se van presentando en cada una de las etapas y que terminan con la muerte del alcohólico o adicto si este no es atendido a tiempo.

Pensamientos Mágicos. Son propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean, muchas de las veces se dejan influenciar de otras adolescentes llegando así a pensar y razonar equivocadamente.

Fantasías de Esterilidad. Comienzan sus relaciones sexuales sin medios de protección, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles llevándolas a vivir una vida de torpeza e irresponsabilidad. (Hidalgo M. S., 1998. p. 74).

Falta o Distorsión de la Información. Es común que entre adolescentes circulen mitos como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa.

Controversias entre su Sistema de Valores y el de sus Padres. Cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

Factores Socioculturales. La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos y culturales.

Menor Temor a Enfermedades Venéreas. “Hoy en día las adolescentes no dan la importancia necesaria a los riesgos que corren por tener relaciones sexuales sin protección por falta de conocimiento sobre ellas y sus consecuencias.” (Hidalgo M. S., 1998. p. 74).

Consumo de Sal. El excesivo consumo de yodo constituye un problema de salud pública, esta constituye una importante causa de problemas de desarrollo mental en los niños y complicaciones en la madre.

Inasistencia de Controles Prenatales. Muchas de las veces por falta de conocimiento, problemas económicos, vergüenza y despreocupación no acuden a los centros médicos, en algunas de las comunidades nativas creen que es una falta de respeto en que toque su cuerpo.

Promiscuidad. Es la práctica de relaciones sexuales con varias parejas o grupos sexuales, en contraposición con la monogamia, tanto en el reino animal como entre los seres humanos.

Abuso Sexual. El abuso sexual es un sentimiento angustiante con el que viven muchos niños y adolescentes, es definido como cualquier actividad sexual entre dos o más personas sin consentimiento de una persona. (Hidalgo M. S., 1998. p. 75).

4.1.5 Cuadro Clínico del Embarazo.

Se llega a la sospecha del embarazo cuando la mujer presenta signos y síntomas como las siguientes:

Falta del Período Menstrual.

Es el primer signo de sospecha en el embarazo; y uno de los primeros datos que la profesional pregunta a la mujer cuando realiza su diagnóstico. Constituye también otro de los signos primeros que aparecen en el embarazo; siente aumento del tamaño de los senos; endurecimiento, dolor y cambio de color de claro a oscuro, otra zona que se observa su color es en el área perineal. Es otro signo que indica embarazo cuando la cadera se ensancha por el aflojamiento de las articulaciones para preparar el crecimiento del feto en la cavidad uterina y luego facilitar la labor de parto. (Pinheiro, 2015. p. 47).

Náuseas, Agotamiento, Vómitos y Desmayos. Estos síntomas se presentan del primer trimestre al tercer trimestre del embarazo con más frecuencia en todas las embarazadas.

Distensión Abdominal. La distensión abdominal o hinchazón es una molestia del embarazo que puede ocurrir a partir de los 3 meses, cuando el tamaño del útero modifica la cavidad abdominal, ya que comprime los intestinos hacia el diafragma, provocando una digestión más lenta. La presión del útero sobre el estómago puede hacer que la mujer se sienta más hinchada de lo habitual después de la comida. (Pinheiro P. D., MD. Saúde, 2015, p. 47).

Micción Frecuente. El útero materno crece a medida que pasan los meses debido al crecimiento progresivo del bebé. Esto hace que la vejiga se vea cada vez más presionada por el útero, razón por la que las mujeres experimentan un aumento en la cantidad de veces que van al baño, sobre todo durante el último trimestre de embarazo debido que el bebé ha alcanzado casi todo su tamaño, se mueve mucho más y ocasiona presión en la vejiga.” (Pinheiro P. D., MD. Saúde, 2015, p. 48).

4.1.6 Métodos de Diagnósticos.

Los principales métodos de diagnósticos para detectar un embarazo son los siguientes:

Examen Físico y Anamnesis. Es obtener información del paciente ambulatorio u hospitalizado para determinar el estado de salud o enfermedad, mediante la entrevista como un diálogo entre paciente y profesional. (Guadarrama, Martínez, Santana, Coto, & García, 1998, p. 48).

Examen de Orina. Es la evaluación física, química y microscópica de la orina, consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de esta, siendo las tiras reactivas en la actualidad el medio más rápido y simple para llevar a cabo el análisis de la orina y detectar posibles complicaciones. (Guadarrama, Martínez, Santana, Coto, & García, 1998, p. 51).

Exámenes de Sangre. Es un análisis de laboratorio realizado en una muestra que puede ser de sangre completa, plasma o suero. Usualmente es extraída de una vena del brazo al (Guadarrama, Martínez, Santana, Coto, & García, 1998, p. 51).

Ecografías. Es una técnica de diagnóstico de imagen que permite ver órganos y estructuras blandas del cuerpo, por medio de ondas sonoras que son emitidas a través de un transductor el cual capta el eco de diferentes amplitudes que generan al rebotar en los diversos órganos y estas señales procesadas por un computador dan como resultado imágenes de los tejidos examinados. (Aller & Páges, 2015. p. 69).

4.1.7 Tratamiento Dietético.

Cuadro 1

Nutrientes indispensables en el embarazo

Nutrientes	Por qué lo necesitan usted y su bebe	Fuente
Carbohidratos	Necesario para el crecimiento del feto, la placenta y los tejidos maternos Necesario para la energía durante embarazo, parto y lactancia	Harinas, arroz, papas, pan, galletas, granos, cereales.
Proteínas	Necesario para el crecimiento los tejidos fetales y maternos. Esencial para incrementar el volumen de sangre de sangre circulante	Carne, pescado, leche, queso, nueces, carne de aves.
Calcio	Desarrollo saludable del feto Esencial para la formación de huesos y dientes	Yogur, queso ,leche, verduras de hojas verdes

Hierro	Previene de una posible anemia en la madre y ayuda a formar el suministro sanguíneo del feto	Legumbre, carne, hígado.
Vitamina liposolubles Vitamina A Vitamina D Vitamina E	Esencial para el desarrollo celular, crecimiento óseo y formación de los dientes Estimula la absorción de calcio, hierro fosforo Es un antioxidante	Zanahorias; melón papaya, verduras de hojas verde oscuro; batata, nueces, pescado, queso, hígado, mariscos
Vitamina hidrosolubles Vitamina C	Necesario para oponer resistencia a infecciones. El consumo bajo materno de esta vitamina se relaciona con la rotura prematura de membranas.	Frutas cítricas, naranja, brócoli, tomates
Ácido fólico	Previene deformaciones del tubo neural reduce el riesgo de malformaciones congénitas previene la anemia	Mora, melón, tomate, pimiento,
Grasa	Proporciona energía de larga duración para el crecimiento. Debe constituir el 30%, o menos, de su dieta diaria	Productos lácteos, frutos secos, mantequilla, maní, aceites vegetales.
Agua: El agua en el embarazo es fundamental para aumentar el volumen plasmático y mantener la cantidad de líquido amniótico y un correcto desarrollo fetal. Debe tomar entre 2.5 a 3 litros de agua al día.		

Fuente: (Altamirano, 2014. p. 539)

Recomendaciones sobre la Dieta

- Suprimir platos pesados, alimentos difíciles de digerir como fritos, salsas, grasas y embutidos.

- Comer lentamente a horas regulares, sin hacer ayunos.
- Fraccionar las ingesta, tres principales una o dos secundarias.
- Las bebidas con gas, el alcohol, los medicamentos no prescritos, el tabaco, el té y café tampoco son recomendables.
- Elegir un modo de cocción simple evitando salsas y materias grasas.
- Consumir solo carnes bien cocidas para evitar toxoplasmosis.
- Consumo de sal en cantidad normal, controlar el aumento de peso.

4.1.8 Tratamiento Farmacológico.

En la embarazada se maneja con mucha precaución la administración de medicamentos porque pueden afectar a tener reacciones desfavorables en el feto o a la madre; nunca se debe auto medicar; solo se puede administrar bajo prescripción médica, los fármacos recetados más comunes son:

Administración de Ácido Fólico. Se administra para la protección contra defectos del tubo neural en neonatos como es la espina bífida. (Stoppard, Ácido Fólico, 2002, p. 114).

Administración de Calcio. Ayuda al desarrollo de los huesos y los dientes del bebé y además, es fundamental para que el sistema circulatorio, muscular y nervioso del bebé se desarrolle a lo largo de la gestación y funcione correctamente. (Stoppard, Calcio, 2002, p. 113).

Administración de Hierro. “El hierro es necesario para ayudar a que los glóbulos rojos transporten oxígeno por todo el cuerpo que se necesitan para la el cuerpo que se necesitan para la mujer, el feto y la placenta”. (Stoppard, Hierro, 2002, p. 113).

Vacuna Difteria Tétano. Se utiliza para la prevención de tétanos y difteria en adultos y se administra a la madre embarazada en la prevención de (tétanos neonatales) o las Mujeres en Edad Fértil para la eliminación de tétanos neonatales. (MSP, 2005).

Vacuna Anti Influenza. Porque las mujeres embarazadas que se enferman con cualquier tipo de influenza o gripe corren más riesgo de sufrir complicaciones. (MSP, 2005).

4.1.9 Tratamiento de Enfermería.

4.1.9.1 Prevención.

La enfermera tiene una alta responsabilidad en el trabajo con adolescentes en lo que se refiere en la prevención del embarazo, entre las actividades puede realizar:

Hacer inventario de los diferentes actores sociales que puedan participar en programas y actividades de atención de la adolescente embarazada, su pareja y su familia.

Establecer campañas educativas enfocadas a la prevención del embarazo en adolescentes.

Identificar grupos de riesgo según el Análisis de Situación de Salud y conformar un equipo intersectorial, para su atención.

Anteponer proyectos de vida y sueños profesionales a emocionales.

Implementar un programa de educación para la salud, para la madre y su grupo familiar y prevenir complicaciones en el embarazo.

Detección temprana de la adolescente embarazada y brindar consejería en salud sexual y reproductiva y detección de complicaciones patológicas.

Información sobre las actividades de la pre-consulta, sobre la dieta adecuada y suplementos vitamínicos para llevar una correcta dieta balanceada.

Es fundamental desarrollar valores personales, como el respeto a nuestro cuerpo, a la vida y las decisiones de los demás.

El embarazo adolescente se previene, no se cura. A partir desde esa premisa los padres pueden ayudar a sus hijos a transitar por una sexualidad responsable, las conversaciones respecto a la importancia del correcto uso de métodos de protección. (UNICEF, 2009-2010).

Capacitación temprana de la adolescente embarazada, consejería en salud sexual y reproductiva.

Evita el consumo de alcohol y drogas, para no perder el control cuando se esté con la pareja y puedan tomar decisiones adecuadas y responsables sobre el ejercicio de la sexualidad.

En el caso que el embarazo adolescente llegue a concretarse es importante que, los futuros padres, cuenten con el apoyo de su familia. Cuando las cosas están hechas no se puede pedir que no hayan sucedido, el rol del adulto pasa por enseñar a asumir con responsabilidad las dificultades que en la vida se presentan. (Prensa, 2013. p. 129).

4.1.9.2 Cuidados Directo.

Elementos nutricionales más importantes del embarazo:

Durante el embarazo las necesidades nutricionales serán ligeramente mayores, los requerimientos de energía, proteínas vitaminas y minerales se modifican notablemente pero esto no significa que la madre tenga que comer por dos.

Normalmente la madre debe subir 2 libras de peso cada mes. El aumento escaso de peso durante el embarazo, puede desencadenar en niños de bajo peso al nacer, o en partos prematuros. Pero si la madre sube más de lo indicado; puede ocasionar complicaciones. Por el contrario, el aumento excesivo de peso de la madre aumenta el riesgo de diabetes gestacional, hipertensión y complicaciones del parto. (E. Atalah, 2003. p. 215).

La dieta materna tiene que aportar nutrientes energéticos y no energéticos (Vitaminas y minerales) en cantidades suficientes para que se forme el cuerpo del niño y para mantener su metabolismo durante los 9 meses de embarazo.

El aumento promedio durante el embarazo va de los 8 a los 13 kg, cuando se trata de una mujer que comenzó su embarazo en un peso normal de acuerdo a su estatura. (E. Atalah, 2003.p. 216).

Control de signos vitales Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardíaca, Temperatura, Presión Arterial.

Vigilar tanto a la mujer embarazada como al feto a lo largo de todo el embarazo.

Buscar cambios que puedan llevar a embarazos de alto riesgo, Ponerse ropa adecuada para una mayor comodidad.

En el caso de presentar edema en las extremidades inferiores es necesario elevar las piernas para que haya una mejor circulación venosa.

Para evitar las náuseas es recomendable comer galletas saladas o masticar hielo y consumir cítricos.

Explicar los requerimientos nutricionales durante y después del embarazo.

Informar a la usuaria que durante el embarazo la micción es frecuente, estreñimiento y acidez y cómo manejarlos.

Evitar consumir medicación no prescrita por el médico y brindar apoyo a la mujer embarazada y a su familia.

4.1.10 Complicaciones del Embarazo.

Son los problemas de la salud que se produce durante el embarazo, pueden afectar la salud de la madre, del feto o de ambos algunas mujeres tienen problemas de salud antes del embarazo que podría dar lugar a complicaciones y otros problemas que surgen durante el proceso de gestación. (Womenshealth, 2009).

4.1.10.1 Placenta Previa.

La placenta previa significa la implantación variable de la placenta sobre el orificio cervical interno. El diagnóstico de la placenta previa se lo realiza después de la semana 28 de gestación, antes de estas semanas se debe esperar el fenómeno de migración placentario que se produce con el crecimiento uterino. (MSP, 2008. p. 235).

Placenta Previa Total: El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta (31%). Es decir que la placenta ha descendido a la base del útero la que impide el examen de posición del feto.

Placenta Parcial: El orificio cervical interno está parcialmente cubierto por la placenta (33%) el cuello uterino y el canal del parto.

Placenta Marginal: La placenta está a menos de 3 cm del orificio cervical interno, sin llegar a cubrirlo, pero prácticamente está en contacto con él.

Placenta Inserción Baja: La placenta se sitúa a más de 3cm del orificio cervical interno o se logra palparla durante el tacto vaginal.

(MSP, 2008, p. 234).

4.1.10.2 Epidemiología.

La incidencia de placenta previa es de 1 en 200 a 1 en 390 embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas. La frecuencia de aparición con la paridad aumenta. Nulípara, la incidencia es de 0.2%, mientras que en multíparas, puede ser mayor a 5% y la tasa de recidiva es de 4% a 8%.

El factor de riesgo más importante para placenta previa es tener una cesárea previa. La placenta previa ocurre en el 1% de las embarazadas después de una cesárea. La incidencia después de 4 o más cesáreas se incrementa a 10%.

4.1.10.3 Fisiopatología.

El segmento inferior es una región inadecuada para la inserción placentaria, por presentar:

Endometrio: de menor grosor que determina una decidua más delgada y con menor vasculatura, por lo que la placenta tiende a ser más extendida, aplanada e irregular, con escaso desarrollo de tabiques entre cotiledones. Musculatura: menos fibras musculares y con mayor cantidad de fibras colágenas, lo que lo hace distensible, pero con menos potencia para colapsar vasos sanguíneos, dificultando la hemostasia. Membranas: en el borde placentario son más gruesas y menos elásticas, existe mayor frecuencia de Ruptura Prematura de Membranas. Cordón: por la atrofia de cotiledones, secundario al desarrollo insuficiente de decidua, es frecuente la inserción velamentosa del cordón. (Vergara, 2009 .p. 358).

4.1.10.4 Factores de Riesgo.

Los principales factores de riesgo que desencadena para la placenta previa son:

El consumo de Cocaína, Tabaquismo, Legrados, Cesáreas, Cicatriz previa por miomectomía o cirugía uterina, Edad materna avanzada, Endometritis Crónica, Anemia, Gestaciones múltiples, Enfermedad Hipertensiva del embarazo, traumatismo abdominal grave, uso inapropiado de uterotónicos para inducción y conducción del parto.

4.1.10.5 Cuadro Clínico.

Los signos y síntomas más comunes tenemos sangrados abundantes durante el segundo y tercer trimestre con una característica de sangrado vaginal rojo brillante que es indoloro este sangrado es de origen interno.

4.1.10.6 Medios de Diagnóstico.

El método más común es la ecografía abdominal o transvaginal, Biometría Hemática, Tiempo de Protrombina, Tiempo de Tromboplastina Parcial, plaquetas, fibrinógeno y productos de degradación de la fibrina, tipificación – pruebas cruzadas, Virus de Inmunodeficiencia Humana. (MSP , 2008, p. 234).

4.1.10.7 Tratamiento Farmacológico.

Los medicamentos a utilizar para el tratamiento de la placenta previa son: Tocolisis, con Nifedipina si hay trabajo de parto pre término 10mg Vía Oral cada 15 minutos por cuatro dosis, luego 20mg cada 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal 72 horas.

Maduración pulmonar si el embarazo es > 24 y < 34 semanas con: Betametasona 12mg Intramuscular y a las 24 horas total 2 dosis. Dexametazona: 6 mg Intramuscular cada 12 horas total 4 dosis. Si la hemorragia es abundante será necesario transfusiones hasta que el feto se encuentre listo para nacer, para evitar riesgos hacia la madre por hemorragia masiva. (MSP, 2008.p. 240).

4.1.10.8 Cuidados de Enfermería.

4.1.10.8.1 Cuidado Directo.

- Vigilar y pedir a la paciente que se mantenga en reposo absoluto decúbito superior izquierdo, no relaciones sexuales, controles médicos periódicos.

- Mantener control de signos vitales continuos.
- Evitar la hipovolemia materna la aparición de shock.
- Evitar pérdidas de líquidos y canalizar vena.
- Control de su actividad fetal.
- Administrar medicamento según prescripción médica.
- El apoyo emocional a los familiares y a la gestante.
- Calmar la ansiedad a la mujer y familiares.
- En caso de placenta previa pedir a la familia que vigile a la paciente a que tenga reposo absoluto.
- Orientarla e indicarle que debe de tener una dieta balanceada y rica en proteína y minerales.

4.1.11 Preeclampsia.

Es una complicación del embarazo asociada a hipertensión y proteinuria. En su forma más grave evoluciona a eclampsia. Tensión Arterial > 140 mm Hg o Tensión Arterial > 90 mm Hg en embarazo > 20 semanas en mujer previamente normotensa, Proteinuria en 24 horas > a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++. (MSP, 2008. p. 165).

4.1.11.1 Epidemiología.

Según la UNICEF, la tasa de mortalidad materna en América Latina y el Caribe es de 190 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. El país de mayor mortalidad es Haití (1000 x 100.000), el de menor es Chile (23 x 100.000), Colombia presenta una mortalidad intermedia (110 muertes por 100.000 nacidos). Según el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos en el año 2007 murieron 176 mujeres por causas del embarazo, parto y puerperio lo que nos da una tasa promedio de 90,20 x 100.000 nacidos vivos; sin embargo, dadas las inequidades socioeconómicas y principalmente de recursos en salud, las tasas de muerte materna son muy diferentes entre las provincias del país. (INEC, 2007).

Así, las provincias que no registraron muertes maternas son: Galápagos, Pastaza y Carchi; las provincias con tasas inferiores a 100: Pichincha (85), Tungurahua (83,6), Azuay (79.2), Manabí (75.9), Los Ríos (81.8), Guayas (34.3), El Oro (14.1), Orellana (13.3), Bolívar (32,6) y las provincias con tasas superiores a 100: Imbabura (118,8), Cotopaxi (179.9), Loja (139.4), Esmeraldas (172.9), Napo (163.9), Morona Santiago (176.7), Zamora Chinchipe (321.3), Chimborazo (175.8), Cañar (132.8) y Sucumbíos (150.2). En el Ecuador esta patología es la segunda causa de muerte materna con un 13.9% (INEC, 2008).

Según el sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna del Ministerio Salud Pública, la hemorragia es la primera causa de muerte materna con 38% de los casos, seguida de la hipertensión y eclampsia con un 26% y en tercer lugar la sepsis con el 21% de los casos.

4.1.11.2 Fisiopatología.

Mecanismo desconocido, también puede haber factores genéticos, factores ambientales, endocrinos y posiblemente inmunológicos existe menos producción de sustancias vasodilatadoras y una mayor producción de factores hipertensinógenos el factor esencial es una placenta isquémica con menor penetración trofoblástica.

4.1.11.3 Factores de Riesgo.

Los principales factores son: Nuliparidad en un 37% son primigestas, historia familiar, mayor frecuencia en madres hermanas hijas, embarazadas múltiples, diabetes mellitus, mola hidatiforme, edad > 40 años.

(MSP, 2008, p. 167).

4.1.11.4 Cuadro Clínico.

Los signos y síntomas más comunes que pueden ayudar a dar un diagnóstico exacto son: Cefalea, tinnitus, acúfenos, dolor en epigastrio, dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómito, ictericia, convulsiones tónico clónicas.

4.1.11.5 Medios de Diagnóstico.

Se debe realizar la toma de la presión arterial con 15 minutos de descanso luego se tomara en intervalos de 30 minutos y de allí se determina el tratamiento de acuerdo a los valores obtenidos. Exámenes de laboratorio, hemoglobina, hematocrito, uremia, creatinina, ácido úrico, Elemental y Microscópico de Orina, uro cultivo, proteinuria en tirilla reactiva y proteinuria en 24 horas. (MSP, 2008, p. 167).

4.1.11.6 Tratamiento Farmacológico.

Para tratar la preeclampsia, el tratamiento a utilizar es el siguiente: Hidralazina 5 -10 mg Intravenoso en bolo, repetir en 20 minutos si no se da la crisis, dosis máxima 40mg diluir en dextrosa al 5% si no baja Presión Arterial en 30 minutos. Nifedipina 10mg Vía Oral cada 20 minutos por tres dosis, luego 10 mg cada seis horas dosis máxima 60 mg. (MSP, 2008, p. 173).

4.1.11.7 Cuidados de Enfermería.

4.1.11.7.1 Cuidado directo.

- Reposo en cama y cuarto oscuro
- Control de signos vitales; tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura.
- Control de proteinuria en 24 horas.
- Frecuencia cardiaca fetal

- Reflejos osteotendinosos y actividad uterina
- Dieta baja en sodio

4.1.12 Parto Pretérmino.

Se denomina recién nacido pretérmino “aquel neonato nacido antes de la semana 37 de gestación, estos niños presentan sus sistemas y órganos inmaduros, pues la edad gestacional determina la madurez del feto.” Por lo general los recién nacidos menos de 37 semanas necesitan termo cuna para vigilar su desarrollo. (MSP, 2008. p. 119).

4.1.12.1 Epidemiología.

La sobrevida neonatal es críticamente dependiente de la madurez del neonato y aumenta, la prematurez es la causa principal de morbilidad y mortalidad perinatal en recién nacidos sin malformaciones congénitas.

4.1.12.2 Fisiopatología.

Estos procesos convergen en una vía biológica final común caracterizada por la degradación de la membrana de la matriz extracelular cervical y fetal; la activación miometrial, originando contracciones uterinas que aumentarán en intensidad y frecuencia ocasionando cambios.

4.1.12.3 Factores de Riesgo.

Como factores de riesgo se presenta “traumatismo uterino, rotura prematura de membranas, gestación múltiple, placenta previa, pobreza económica, baja talla, mala nutrición, edad materna inferior a 16 años o superior a 35, falta de control prenatal”. (MSP, 2008. p. 119).

4.1.12.4 Cuadro Clínico.

Presencia de contracciones uterinas, frecuentes y coordinadas 3 en 30 minutos por lo menos durante una hora con o sin cambios en el cuello, dolor débil parte baja de la espalda acompañada a un similar dolor menstrual, Cambios en el flujo vaginal o sangrado vaginal, presión pélvica.

4.1.12.5 Medios de Diagnóstico.

Los métodos más factibles para el diagnóstico: Es la ecografía abdominal, Elemental Microscópico de Orina, Biometría, Hemática, Monitoreo fetal.

4.1.12.6 Tratamiento Farmacológico.

El uso de los siguientes medicamentos se utiliza en el parto pretérmino: Tocolítico, Nifedipina 10mg Vía Oral cada 20 minutos por 3 dosis luego 20mg cada 4 - 8 horas hasta completar maduración pulmonar fetal 72 horas.

Maduración pulmonar si el embarazo es > 24 y < 34 semanas con: Betametasona 12mg Intramuscular y a las 24 horas total 2 dosis. Dexametazona: 6 mg Intramuscular cada 12 horas total 4 dosis.

Antibioticoterapia, Ampicilina 2 mg Intravenoso cada 6 horas, Gentamicina 2 mg/kg dosis inicial Intravenoso luego 1.5 mg/kg Intravenoso cada 8 horas o gentamicina 5 mg/kg Intravenoso cada día, Clindamicina 900 mg Intravenoso cada 8 horas Incluir si se indica cesárea. (MSP, 2008, p. 121-122).

4.1.12.7 Cuidados de Enfermería.

4.1.12.7.1 Cuidado Directo.

- Detección precoz de contracciones uterinas y dolores pélvicos.

- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo para que el útero no comprima la vena cava y así favorecer la perfusión útero-placentaria.
- Valorar frecuencia, duración, intensidad y tono de las contracciones.
- Colocar apósitos estériles en la vulva para detectar genitorragia, hidrorrea y características.
- Informar sobre el riesgo que genera la deambulación en su situación.
- Brindar cuidados de higiene y confort en cama.
- Valorar presencia de movimiento fetal, latido fetal y monitoreo.
- Administrar medicación prescrita según indicación médica.

(Castro & Urbina, 2007).

4.1.13 Anemia Grave.

La anemia ferropénica durante el embarazo es la deficiencia de hierro que lleva a la disminución de los niveles de hemoglobina por debajo de 11g/dl en el primer y tercer trimestre y de 10.5 g/dl en el segundo trimestre corresponde a 50% de todas las anemias. Anemia leve Hemoglobina: 10,1 – 10,9 g/dl Anemia moderada: 7,1 – 10,0 g/dl Anemia severa: < 7,0 g/dl. (MSP, 2008, p. 135).

4.1.13.1 Epidemiología.

La anemia es una causa muy frecuente de consulta médica. La causa más común es la falta de hierro o anemia ferropriva y es mucho más frecuente en países con menor desarrollo socioeconómico, en niños por falta de ingesta de alimentos de origen animal y en la mujer por pérdida de origen ginecológico, asociado a una ingesta deficiente.

4.1.13.2 Fisiopatología.

La dieta balanceada aporta aproximadamente 20 mg de sales de hierro absorbiéndose un 10%, que se equilibra con las pérdidas basales. El hierro

Medicamentos o se administra en forma de sales ferrosas como gluconato (10% absorción), sulfato (20% de absorción) y fumarato (30% de absorción). La fisiología del hierro, destacando tres compartimentos: el de transporte del hierro, el de su depósito y el eritrocitario.

4.1.13.3 Factores de Riesgo.

La ingesta baja de hierro en la dieta, deficiencia de ácido fólico, pérdida de sangre por hemorragia por hemorroides o gastrointestinal, altera los procesos digestivos. Aumenta la cantidad de sangre circulante en el organismo (de unos cinco litros en el adulto normal a siete en la embarazada, con lo que los glóbulos rojos se diluyen en ella). El feto consume parte del ácido fólico y el hierro de la madre. Alimentación deficiente, carente de vitaminas y minerales, tabaco, que reduce la absorción de nutrientes importantes, exceso de consumo de alcohol que lleva a la desnutrición, tomar medicación anticonvulsiva. (MSP, 2008, p, 136).

4.1.13.4 Cuadro Clínico.

Los signos y síntomas más frecuentes que se presenta en la anemia son, “palidez muco cutáneo, taquicardia, palpitaciones, glositis, visceromegalias. Restricción del crecimiento fetal, parto prematuro o ruptura de membranas”. (MSP, 2008, p. 136).

4.1.13.5 Medios de Diagnóstico.

Los medios de diagnóstico para detectar si una mujer presenta anemia durante el embarazo es la toma de una muestra de sangre: Hemoglobina, Hematocrito (antes y después de la semana 20), Biometría Hemática.

4.1.13.6 Tratamiento Farmacológico.

Para el tratamiento de la anemia se debe tomar en cuenta los niveles de hemoglobina > 11.0 g/dl primer y tercer trimestre > 10.5 g/dl en el segundo trimestre.

Dosis profiláctica: 30 mg/día por 2 meses mínimo; 300mg de gluconato ferroso

(10% absorción); 150 mg de sulfato ferroso (20% absorción); 100 mg de fumarato ferroso (30% absorción). Hemoglobina < 11.0 g/dl primer y tercer trimestre < 10.5 g/dl en el segundo trimestre.

Dosis terapéutica oral: 60 a 120 mg/día de hierro elemental para lograr suturar las reservas de ferritina por 6 meses; 600 mg de gluconato ferroso (10% absorción); 300 mg de sulfato ferroso (20% absorción); 200 mg de fumarato ferroso (30% absorción).

Tratamiento terapéutico parenteral: Hierro sacarosa, calcule el porcentaje de hierro parenteral sobre la base de que 200 a 250 mg de hierro son necesarios para incrementar la hemoglobina 1g/dl.

Administración Práctica: 100mg (1 ampolla) de hierro sacarosa en 100ml de SS0.9% Intravenoso pasar en 1 hora, 200mg (2 ampolla) de hierro sacarosa en 200ml de SS 0.9% Intravenoso pasar en 2 hora, 300mg (3 ampolla) de hierro sacarosa en 300ml de SS 0.9% Intravenoso pasar en 3 hora.

Dosis máxima recomendada a pasar en un día: 300 mg (3 ampollas); Dosis máxima recomendada a infundir en una semana: 500 mg (5 ampollas). (MSP, 2008.p. 138).

4.1.13.7 Cuidados de Enfermería.

4.1.13.7.1 Cuidado Directo.

- Educar al paciente acerca de su patología.
- Administración de medicamentos: Ácido fólico, Sulfato ferroso, Vitamina v 12.
- Suministrar oxígeno ya que el nivel de hemoglobina ha bajado y esto quiere decir que no hay suficiente oxigenación en los tejidos.

- Explicar los efectos adversos de estos como en el caso específico de le sulfato ferroso, que ocasiona que haya un cambio en el aspecto de las heces ya que se cambian su color normal por un negro.
- Vigilar la ingesta de líquidos administrados y eliminados.
- Cuidados con la transfusión de sangre si es necesaria.
- Por lo tanto es importante conocer acerca de la anemia y debido a esto en los siguientes artículos se expone acerca de esta patología y de los tipos más comunes.
- Vigilar el peso corporal diario.
- Cuidados con la piel.

4.1.14 Infección de Vías Urinarias.

Es la infección más común en el embarazo “se caracteriza por la presencia marcada de bacterias en cualquier lugar a lo largo del tracto urinario: uretra, vejiga, uréteres y riñones.” Debido a que la gestante es más propensa a contraer infección urinaria ya que puede afectar al feto. (MSP, 2008, p. 155).

4.1.14.1 Epidemiología.

El número de casos nuevos en un año (incidencia) se acerca al 5 % en el sexo femenino en los grupos de menor edad. A mayor edad se eleva alrededor del 20 %. Aunque son infrecuentes las infecciones del tracto urinario en los hombres jóvenes, su riesgo se vuelve similar a la de las mujeres con el paso de los años.

4.1.14.2 Fisiopatología.

La uretra corta y las estructuras anatómicas de continencia de la orina más débiles que las de los hombres. El reflujo urinario vesicouretral durante la micción. La progresiva obstrucción de los uréteres que comienza a las 20 semanas y alcanza

su máximo al término. La constipación El aumento de flujo sanguíneo renal, Aumento del pH urinario.

4.1.14.3 Factores de Riesgo.

Ausencia de control preconcepcional y prenatal, anemia, diabetes mellitus, historia de Infección de Transmisión Sexual, historia de Infección del Tracto Urinario o litiasis renal, paridad elevada, malas condiciones socio económicas. (MSP, 2008, p. 156).

4.1.14.4 Cuadro Clínico.

Para detectar la presencia de infección de vías urinarias se debe tomar en cuenta los siguientes síntomas: Decaimiento, álgica, nauseas, vomito, deshidratación, malestar hipogástrico, hipertermia, disuria, oliguria, color de orina más oscura de lo normal, nicturia. (MSP, 2008.p. 156).

4.1.14.5 Medios de Diagnóstico.

Como diagnóstico diferencial la anamnesis, el examen físico y la paraclínica sirven para diferenciar cistitis, de uretritis aguda y vaginitis, frecuentes en la mujer con vida genital activa, donde los gérmenes causales y su tratamiento son diferentes. Para detectar la infección de vías urinarias el diagnóstico más eficaz es: Uro cultivo, Elemental Microscópico de Orina, Biometría Hemática.

4.1.14.6 Tratamiento Farmacológico.

Por 72 horas, inicio previa toma de muestra de uro cultivo, valore eficacia, seguridad, conveniencia y costo. Con el resultado del uro cultivo o antibiograma valore la continuidad o cambio del antibiótico para culminar su tratamiento de 7 días; Cefazolina 1 – 2 gramos Intravenoso cada 6 – 8 horas, Gentamicina 2 mg/kg dosis inicial Intravenoso luego 1.5mg/kg Intravenoso cada 8 horas o gentamicina

5mg/kg Intravenoso cada día, ceftriaxone 1 – 2 gramos Intravenoso o Intramuscular cada día. (MSP, 2008.p. 159).

4.1.14.7 Cuidados de Enfermería.

4.1.14.7.1 Cuidado Directo.

- Reposo relativo según estado general.
- Dieta blanda más líquido.
- Líquidos intravenosos SS 0,9%.
- Control de ingesta y excreta.
- Bajar temperatura por medios físicos.
- Curva térmica.
- Control de signos vitales maternos y fetales.

4.1.15 Ruptura Prematura de Membranas.

Se presenta con “ruptura espontanea de las membranas fetales antes del inicio de la labor de parto independiente en la edad gestacional.” (MSP, 2008, p.127).

4.1.15.1 Epidemiología.

La rotura prematura de las membranas se define como la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares después de las 20 semanas de gestación y al menos una hora antes del inicio del trabajo de parto. Su incidencia varía entre el 1,6 y el 21 % de todos los nacimientos y constituye una de las entidades obstétricas más relacionadas con la morbilidad y mortalidad materno-perinatal. La infección puede llevar a la inducción de metaloproteinasas que actúan sobre las proteínas de la matriz extracelular de las membranas debilitándolas y provocando así la rotura.

4.1.15.2 Fisiopatología.

El colágeno es un componente importante, de la matriz extracelular de las membranas fetales, que contribuye a la elasticidad y fuerza tensil del amnios. La colagenasa es una enzima lítica que se encuentra en altas concentraciones en la placenta humana a término; su actividad aumenta a medida que avanza el trabajo de parto a término. El mecanismo propuesto es una falta de equilibrio entre factores de degradación y síntesis de la matriz extracelular.

4.1.15.3 Factores de Riesgo.

Los factores más comunes son: Edad gestacional, Tiempo de la ruptura, Presencia de contracciones uterinas, Presencia de corioamnionitis, Oligohidramnios, El grado de maduración pulmonar.

4.1.15.4 Cuadro Clínico.

En el cuadro clínico podemos observar la pérdida o flujo abundante de líquido de la vagina, humedad constante en la ropa interior.

4.1.15.5 Medios de Diagnóstico.

Para un correcto diagnóstico se utiliza los siguientes exámenes: Biometría Hemática, Elemental Microscópico de Orina, Uro cultivo, Proteína C Reactiva, Velocidad de Sedimentación Globular, Cristalografía, Ecografía.

4.1.15.6 Tratamiento Farmacológico.

Embarazo > 34 semanas horas.

Antibioticoterapia: Eritromicina 250 mg Vía Oral cada 6 horas por 7 días hasta el parto, Ampicilina 2 g Intravenosa 1 g luego cada 6 horas por 7 días, Clindamicina 900 mg Intravenosa cada 8 horas por 7 días o hasta el parto en alergias a la penicilina. (MSP, 2008. p. 130).

4.1.15.7 Cuidados de Enfermería.

4.1.15.7.1 Cuidado Directo.

- Ecografía obstétrica más perfil biofísico semanal.
- Reposo relativo.
- Evitar tactos vaginales.
- Cultivo cervical genital.
- Apósito genital estéril.
- Recuento leucocitario cada 48 horas.

4.1.16 Muerte Fetal Intrauterina.

Ocurre en un embarazo “sobre las 20 semanas de gestación, la etiología es diversa: genética, infecciosa, malformaciones congénitas, insuficiencia placentaria, restricción del crecimiento fetal, patología materna, diabetes.” (MSP, 2008. p. 281).

4.1.16.1 Factores de Riesgo.

Los factores que desencadenan en la muerte fetal intrauterina es el no control prenatal, edad materna > 35 años; retardo crecimiento intrauterino, paridad > 4, abortos previos, antecedente de muerte fetal, período intergenésico < a 6 meses, hemorragia del tercer trimestre, preeclampsia, eclampsia y malformaciones fetales.

4.1.16.2 Cuadro Clínico.

La percepción materna de disminución de movimientos fetales, ausencia de frecuencia cardíaca fetal, ausencia de movimientos al examen físico, contracciones uterinas espontáneas, son los signos que nos indican la muerte intrauterina.

4.1.16.3 Medios de Diagnóstico.

La ecografía nos ayuda a confirmar la frecuencia cardíaca fetal negativa,

Rayos X de abdomen materno, Biometría Hemática, Tiempo de Protrombina, Tiempo Tromboplastina Parcial.

4.1.16.4 Tratamiento Farmacológico.

El tratamiento a utilizar es el siguiente: Régimen de misoprostol con feto muerto; 13 – 17 semanas 200 ug cada 4 horas máximo 4 dosis, 18 – 26 semanas 100 ug cada 4 horas máximo 4 dosis, 27– 43 semanas 25 – 50 ug cada 4 horas máximo 6 dosis. (MSP, 2008, p. 284).

4.1.16.5 Cuidados de Enfermería.

4.1.16.5.1 Cuidado Directo.

- Control de signos vitales; presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.
- Analgesia y antibioticoterapia.
- Control de sangrado genital.
- Apoyo emocional a la madre y a los familiares.

4.1.17 Bajo Peso al Nacer.

Ocurre cuando un bebé “pesa menos de 5 libras y 8 onzas (2.500 gramos) en el momento de nacer. Un peso de nacimiento menos de 3 libras y 4 onzas (1.500 gramos) se considera peso muy bajo (< 1.000 gramos) peso extremadamente bajo.” Algunos bebés necesitan atención especial. (MSP,2008.p. 15).

4.1.17.1 Factores de Riesgo.

Estado económico y social de la madre, desnutrición, deficiencia placentaria, abortos espontáneos, drogadicción, enfermedad crónica de la madre, trastornos

hipertensivos de la gestación, embarazo múltiple, cromosomopatías, radiaciones, (STORCH, sífilis, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple y Virus de Inmunodeficiencia Humana). (MSP, 2008, p. 68).

4.1.17.2 Cuadro Clínico.

El bebé puede tener problemas para respirar y mantener una temperatura corporal constante, desnutrición y mala succión.

4.1.17.3 Medios de Diagnóstico.

El método común a utilizar es la ecografía para verificar si presenta retraso en el crecimiento y alteraciones en la nutrición.

4.1.17.4 Tratamiento Farmacológico.

Alimentación especial, algunas veces con un tubo en el estómago si el bebé no puede succionar, o mediante una línea intravenosa. La tolerancia de su bebé a determinados medicamentos, procedimientos o terapias. Camas con temperatura controlada. (MSP, 2008, p. 69-70-71).

4.1.17.5 Cuidados de Enfermería.

4.1.17.5.1 Cuidado directo.

- Abrigar temperatura 36.5 a 37 grados centígrados.
- Cardíomonitorizar al recién nacido si es necesaria.
- Administrar oxígeno según las necesidades del Recién Nacido para evitar complicaciones de hipoxia.
- Mantener ambiente térmico neutro.
- Evitar estímulos fuertes (ruidos, luz, manipulación).
- Mantener al Recién Nacido vestido y con gorro, para evitar las pérdidas de calor.

- Evitar las corrientes de aire, la incubadora debe estar herméticamente cerrada, para impedir enfriamiento del Recién Nacido.
- Manipular al Recién Nacido lo menos posible de ser necesario debe ser suave y sin movimientos bruscos. (Castro, Frank; Urbina, Omayda, 2007).

4.1.18 Cesárea.

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 o el producto,” que exceden a los de esta intervención. (MSP, 2008. p.92).

4.1.18.1 Factores de Riesgo.

Prolapso de cordón umbilical, compromiso de bienestar fetal, preeclampsia grave, macrosomía fetal > de 400 gr, malformaciones fetales o gemelos, tumores benignos o malignos del canal del parto, distocias de presentación, placenta previa benignos o malignos del canal del parto, distocias de presentación, placenta previa oclusión total o parcial, desproporción cefalopelvica.

4.1.18.2 Medios de Diagnóstico.

Biometría Hemática, Tiempo Protrombina, Tiempo Tromboplastina Parcial, Plaquetas, Glicemia, Urea, Creatinina, grupo sanguíneo y factor Rh, Virus de Inmunodeficiencia Humana con consentimiento informado. (MSP, 2008, p. 95).

4.1.18.3 Tratamiento Farmacológico.

Se administra como: Profilaxis antibiótica; 1 dosis de Cefazolina 1 g Intravenoso, Ampicilina 1 g Intravenoso.

4.1.18.4 Cuidados de Enfermería.

4.1.18.4.1 Cuidado Directo.

- No administrar nada por vía oral mínimo 8 horas.
- Control de signos vitales, talla y peso.
- Observar presencia de movimientos fetales.
- Canalización de vía periférica.
- Retiro de prótesis y joyas.
- Colocación de profilaxis antibiótica.
- Recorte de vello exclusivamente en el área operatoria.

4.2 Adolescencia

Es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, la adolescencia media se extiende hasta los 19 años, la adolescencia le sigue la juventud plena desde los 20 hasta los 24 años. (López, 2013. p. 413).

4.2.1 Etapas de la Adolescencia.

4.2.1.1 La Pre-pubertad desde los 10 hasta los 12 Años.

El primer cambio identificable en la mayoría de las niñas es la aparición del botón mamario y el útero es también la principal hormona conductora del crecimiento puberal y de la maduración epifiseal.

La adolescencia en las mujeres comienza a los 10 o 12 años. Se caracteriza por un agrandamiento en el tejido glandular por debajo de la areola consecuencia de la acción de los estrógenos producidos por el ovario. La edad de aparición es después de los 8 años; puede ser unilateral y permanecer así por un tiempo, y casi siempre

es doloroso al simple roce más oscura y más grande puede haber crecimiento asimétrico de las mamas.

4.2.1.2 Pre-pubertad en el Varón.

En el comienzo de la pubertad en el varón se producen los siguientes cambios físicos y fisiológicos:

- Desarrollo de características sexuales secundarias.
- Desarrollo de la musculatura.
- Formación del cuerpo de adulto.
- Crecimiento de los testículos.

El crecimiento de los testículos es una de las primeras características por las cuales un joven se puede dar cuenta de que está entrando a la pubertad. (Cuyún, s.f.).

4.2.1.3 Pubertad desde los 13 hasta los 14 Años.

Llegada de la pubertad con velocidad distinta dependiendo de cada adolescente. Aumento de apetito en épocas de crecimiento. Necesitan dormir más. Desarrollo de los órganos sexuales, cambios en la voz, posible olor corporal. Se desarrollan los ovarios, las trompas de Falopio y el útero. Se forman folículos que desprenden los óvulos y permiten la menstruación.

4.2.1.4 Pubertad en Hombres y Mujeres.

4.2.1.4.1 Crecimiento de Vello Púbico.

El vello púbico es por lo general la cuarta manifestación de la pubertad, los vellos se pueden ver por primera vez alrededor de los labios mayores.

En alrededor del 15% de las niñas el vello púbico aparece aún antes de que los senos empiecen a desarrollarse.

4.2.1.4.2 Cambios en la Vagina, el Útero y los Ovarios.

La membrana mucosa de la vagina también cambia en respuesta de los niveles ascendentes de estrógenos, engordando y adquiriendo un color rosáceo. También las características secreciones blancuzcas son un efecto normal de los estrógenos. (Cuyún, s.f.).

4.2.1.4.3 Inicio de la Menstruación y Fertilidad.

El primer sangrado menstrual, también conocido como menarquía aparece alrededor de los 12 a los 16 años en promedio. Los periodos menstruales al inicio casi nunca son regulares y mensuales durante los primeros años.

La ovulación es necesaria para la fertilidad y puede o no presentarse en los primeros ciclos.

4.2.1.4.4 Crecimiento de Vello Corporal.

Otras áreas de la piel desarrollan vello más denso aproximadamente en la secuencia siguiente: vello axilar, vello perianal, vello encima de los labios y vello peri areolar.

4.2.1.4.5 Olor Corporal, cambios en la Piel y Acné.

Niveles ascendentes de andrógenos pueden cambiar la composición de ácidos grasos de la transpiración, resultando en un olor corporal más adulto. Otro efecto inducido por los andrógenos es el aumento en la secreción de aceite sebo en la piel y cantidades variables de acné.

4.2.1.4.6 Inicio de Actividad Sexual.

Debido a todos los cambios sexuales que el púber ha estado viviendo, puede llegar a confundirse, asustarse o simplemente tener curiosidad, a consecuencia de esto puede llegar a explorarse y en este caso inicia su actividad sexual por medio de la masturbación.

4.2.1.4.7 Emisión Nocturna de Semen.

Durante su pubertad y adolescencia, el joven puede o no experimentar su primera emisión nocturna, también conocida como sueño húmedo o polución nocturna.

Normalmente es una expulsión de semen por el pene, realizada cuando el joven duerme y tiene sueños frecuentemente asociados con sexo o simplemente por el rozamiento del pene con la ropa debido a que el semen expulsado es en menor cantidad en poluciones nocturnas, que en eyaculaciones en forma consciente, masturbación, sexo.

4.2.1.4.8 Crecimiento del Pene.

Como se vio antes en el púber el primer cambio que ocurrió fue crecimiento de los testículos antes que el pene así que el joven no debe pensar que tiene un pene pequeño, pero a medida que pasa el tiempo también crece su pene llegando al tamaño que tendrá en la etapa adulta. Aunque 14-15 cm es posiblemente una talla media de adultos, varía mucho en la población normal.

4.2.1.4.9 Engrosamiento de la Voz.

Cuando un púber está en etapa del desarrollo físico, se da el crecimiento de la laringe, sus cuerdas vocales se tornan más gruesas de manera que la voz de la

persona quede gruesa y masculina, puede ser que al principio le salgan los llamados gallos al hablar, luego se va tornando más grave la voz y se ve que en el cuello empieza a salir la manzana o nuez de Adán.

4.2.1.4.10 Crecimiento Repentino en la Estatura y Peso.

El joven que ha alcanzado la pubertad entra en un nuevo proceso de crecimiento en estatura de una duración mayor al de las niñas.

Este proceso de crecimiento usualmente dura hasta los 19 años de edad en varones 16 en mujeres. No obstante el crecimiento de talla puede observarse hasta los 20 años.

Aumento de libido, impulso que puede llevar al joven a estimular sus órganos genitales. Incremento de la actividad de las glándulas sudoríparas. Incremento de la actividad de las glándulas sebáceas.

4.2.1.4.11 Cambio en la forma Pélvica, Redistribución de la Grasa y Composición Corporal.

Durante este periodo, también en respuesta a los niveles ascendentes de estrógeno, la mitad inferior de la pelvis se ensancha proveyendo un canal de nacimiento más ancho.

Los tejidos adiposos aumentan a un mayor porcentaje de la composición corporal que en los varones, especialmente en la distribución típica en las mujeres de las mamas, caderas, brazos y muslos. Esto produce la forma corporal típica de la mujer.

4.2.1.5 Adolescencia: Desde los 15 hasta los 19 Años.

Mayor homogeneidad entre sus compañeros porque la mayoría ya ha pasado

por la pubertad y durante esta etapa llega a su altura y peso de adulto. (Cuyún, s.f.).

4.2.1.6 Adolescencia Tardía 20 – 24.

En países desarrollados ya se dice adulto joven o adolescencia tardía ya que dependen de los padres económicamente.

4.3 Usuaris

Son mujeres sanas o enfermas que acuden a las unidades de salud a buscar atención de salud ya sea curativa o preventiva.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Materiales

Para el desarrollo de la investigación fue necesaria la utilización de los siguientes equipos y materiales:

Equipos	Material de Escritorio
Infocus	Esferos
Computadora	Resma de papel
Impresora	Marcadores
Flash memory	Cartulina
Cámara	Trípticos
Parlantes	Artículos de cocina

5.2 Métodos

5.2.1 Localización del Área de Estudio.

La presente investigación se realizó en la ciudad de Macas perteneciente a la provincia de Morona Santiago, su principal actividad económica es el turismo y la gastronomía la provincia de Morona Santiago su capital Macas su idioma oficial es español, y shuar fue fundada el 5 de noviembre de 1953 una superficie 25.690km² tiene una población de 115.421habitantes una densidad 4,49 habitantes / km su gentilicio moronense su territorio limita al norte con Pastaza, al sur con Zamora Chinchipe, al este con Perú y al oeste con Tungurahua y Azuay , Chimborazo y Cañar. (Moncayo, Abad, Cueva, Padilla, & Navarrete, 2014).

5.2.1.1 Aspectos Climáticos y Biofísicos de la Localidad

En Morona Santiago como en el resto de la amazonia presenta un clima cálido

húmedo con abundante vegetación, abundantes vectores, zona endémica de malaria, dengue, fiebre amarilla, otras enfermedades tropicales.

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital General Macas, la cual se encuentra localizada en el centro sur de la Región Amazónica, perteneciente a la provincia de Morona Santiago Macas es el principal centro turístico y gastronómico, y la primera ciudad más poblada que sobrepasa los 4.000 habitantes.

Croquis de ubicación

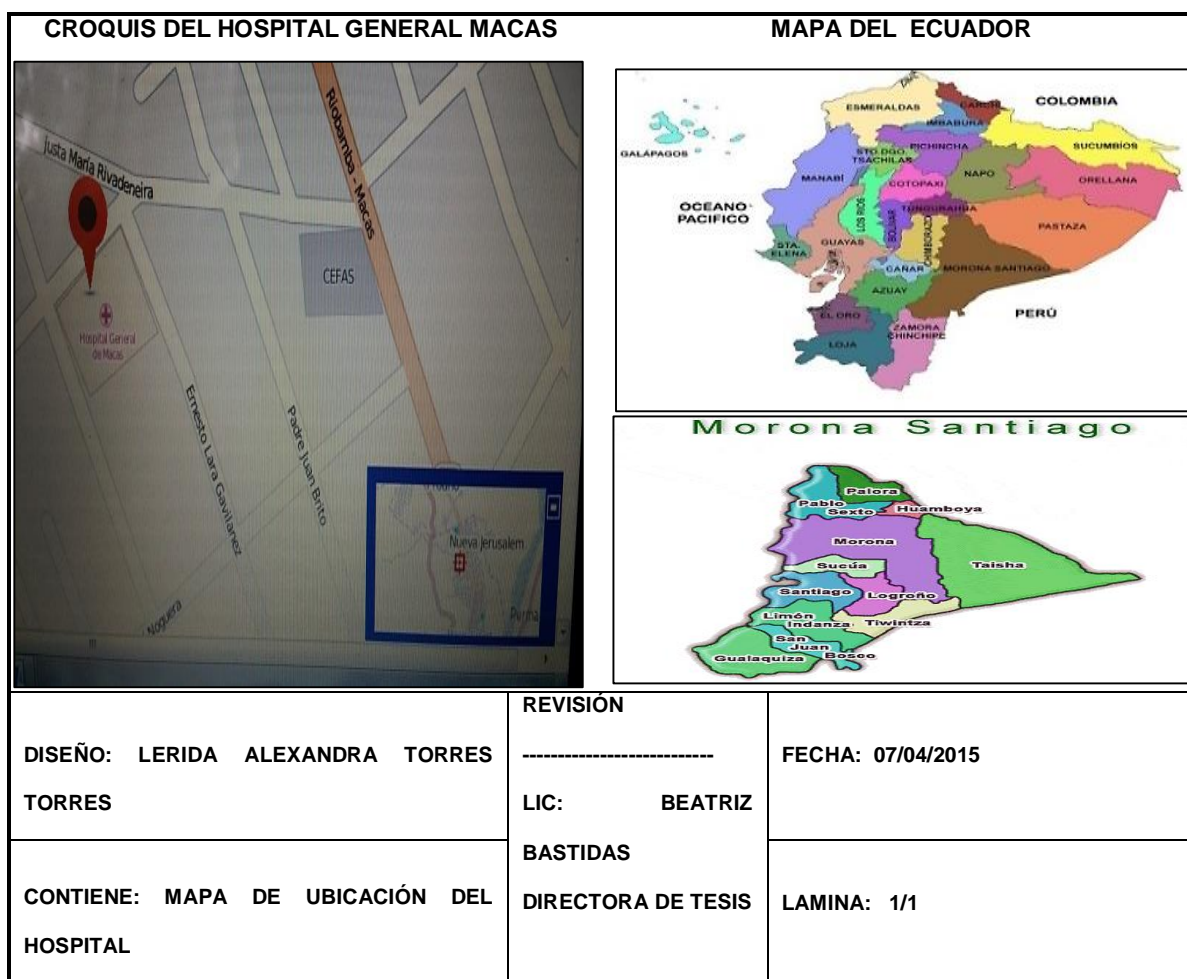


Gráfico 1 Mapa de ubicación del Hospital General Macas

La institución desde su creación es una de las casa de salud más completas de la región Amazónica con una capacidad de 70 camas, con una infraestructura

moderna y equipamiento tecnológico de punta con las cuatro especialidades básicas de: Pediatría, Cirugía, Ginecología y medicina interna. Además cuenta con el servicio de Imagenología y anestesiología y sub especialidades en neonatología, traumatología, emergencia y dermatología comprende con consulta externa, estadística, farmacia, servicio de preparación, odontología, laboratorio clínico, quirófano, Unidad de Cuidados Intensivos, sala de comedor, cocina y lavandería.

5.2.2 Tipos de Investigación.

Para la presente investigación se utilizó el siguiente diseño:

Transversal. Porque se lo realizó en un tiempo determinado que fue de un año que fue el tiempo establecido por el Reglamento de la Universidad Nacional de Loja.

Descriptiva. Porque fue detallando pasó a paso los avances de la investigación y permitió determinar las complicaciones del embarazo en las adolescentes usuarias del Hospital General Macas. Año 2015.

Bibliográfica. Porque las bases científicas de la investigación se obtuvieron de los libros, revistas, páginas web, periódicos. También se recurrió a los documentos estadísticos en general.

De campo: Porque se trabajó con las madres gestantes que asistieron a consulta y labor de parto al Hospital General Macas.

5.2.3 Metodología para el Primer Objetivo.

Para alcanzar el cumplimiento del objetivo 1 que es establecer las principales características, socioeconómicas y demográficas de la población en estudio el momento de su ingreso al hospital, se recurrió a la técnica de la encuesta para lo cual se elaboró un cuestionario (Anexo 3), en el que constaron preguntas dirigidas a caracterizar a la población, el cuestionario aplicado a las adolescentes embarazadas que realizó su parto en el hospital.

5.2.4 Metodología para el Segundo Objetivo.

Para alcanzar el cumplimiento del objetivo 2 que es determinar la prevalencia de complicaciones del embarazo en adolescentes y recién nacidos, mediante información verbal de madres adolescentes, se aplicó la técnica de la observación para lo cual se elaboró una guía de observación (Anexo 2) y se obtuvo la información de las Historias Clínicas y tarjetas de citas de las embarazadas usuarias del Hospital General Macas.

5.2.5 Metodología para el Tercer Objetivo.

Para alcanzar el cumplimiento del objetivo 3 que es identificar los factores predisponentes del embarazo en adolescentes y sus complicaciones en el Hospital General Macas se aplicó la misma técnica en el mismo cuestionario (Anexo 3), se incluyó las preguntas que conduzcan a este objetivo. Se aplicó a las embarazadas que concurrieron a los controles pero que demostraron que no lo hacen regularmente; también se captó a las madres referidas cuando no sea posible en la unidad de salud.

Los instrumentos elaborados, para el cumplimiento de los objetivos 1,2 y 3 se pusieron en consideración de la directora de tesis y luego de su aprobación se los aplicó la técnica de la observación para obtener los resultados de Historias Clínicas y el cuestionario, se aplicó a cuarenta adolescentes ingresadas en el área de Ginecología. Los resultados obtenidos se los ordenó clasificó y se tabuló hasta presentarlos en cuadros lo que facilitó realizar la interpretación, análisis y discusión; a la vez permitió llegar a conclusiones y recomendaciones; sirvió también de base para diseñar la propuesta. Se recurrió a la tecnología computarizada durante la investigación Microsoft Word para bases informáticas, Excel para la

presentación de cuadros y gráficos y Power Point para presentación de datos.

5.2.6 Metodología para el Cuarto Objetivo.

Para alcanzar el cumplimiento del objetivo 4 que es aplicar un plan de enfermería dirigido a la disminución de embarazos y sus complicaciones en las adolescentes se realizó en relación a las principales causas identificadas en la investigación. Las actividades educativas fueron explícitas a través de conferencias en la sala de ginecología, se realizó conferencias en planteles educativos y se complementó con un video educativo de prevención del embarazo, se elaboró y entrego un manual de prevención de embarazos (Anexo 4) y se entregó a los directores de las unidades educativas, se elaboró y entrego trípticos a los asistentes (Anexo 6). Para el desarrollo de la investigación se recurrió a la tecnología computarizada como: Word para el desarrollo del texto, Excel para expresar cuadros y gráficos y Power Point para las exposiciones educativas.

5.3 Población y Muestra

5.3.1 Población.

En el Hospital General Macas se evidencio a 50 adolescentes embarazadas que fueron atendidas su parto de las cuales 40 de ellas presentaron complicaciones durante su gestación.

$$N = 50$$

5.3.2 Muestra.

Del total de la población se evidencio a 40 adolescentes que presentaron complicaciones durante el embarazo.

$$n = 40$$

6. RESULTADOS

6.1 Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas del Hospital General Macas de la ciudad de Macas.

Tabla 1

Edad

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
14 – 15	16	40,00
16 – 19	24	60,00
Total	40	100,00

Interpretación

De las pacientes estudiadas en el Hospital General Macas se encontró 24 adolescentes entre 16 – 19 años el 60,00% y de 14 -15 se registran 16 que significa el 40,00%.

Análisis

La encuesta indica que si bien es cierto que la mayoría de las adolescentes embarazadas están entre las edades de 16 a 19 años con el 60,00% lo más preocupante es entre la edad de 14 a 15 años con el 40,00% ya que el desarrollo cognitivo no es el suficientemente maduro para afrontar un embarazo su desarrollo fisiológico está en proceso razón por la cual el embarazo es más riesgoso ellas aún están en la etapa de la adolescencia y casi todos no han terminado el colegio lo que impide a culminar sus estudios y vivir a plenitud la etapa de la adolescencia creándose así un futuro incierto.

Tabla 2*Etnia*

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	25	62,50
Mestizo	15	37,50
Total	40	100,00

Interpretación

De las encuestas aplicadas a las adolescentes embarazadas que asisten al Hospital General Macas se pudo evidenciar en el grafico que 25 madres adolescentes que comprende el 62,50% son de etnia indígena, 15 que equivale al 37,50% son mestizas.

Análisis

En este estudio se evidenció que la etnia que predominó es la indígena con un 62.50%, las adolescentes embarazadas que acuden en su mayoría al Hospital Genera Macas, provienen de comunidades distantes del cantón Morona parroquia Macas, ubicado en la Provincia de Morona Santiago, sin tomar en cuenta que muchas de ellas no se acercan a los centros de salud ya que prefieren ser atendidas por parteras. Con un 37,50% predomina la etnia mestiza la mayoría pertenecientes a la zona urbana ya que tienen mayor facilidad de acceso a las unidades de salud a realizarse sus debidos controles prenatales.

Tabla 3*Procedencia*

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Rural	29	72,50
Urbana	11	27,50
Total	40	100,00

Interpretación

De las cuarenta adolescentes estudiadas 29 son de procedencia rural que corresponde 72,50%, 11 adolescentes son de procedencia urbana que corresponde a 27,50% estos datos fueron recopilados de estudios realizados a las adolescentes embarazadas.

Análisis

Se puede evidenciar que el 72,50% son adolescentes de procedencia rural se hizo referencia de la etnia shuar y las complicaciones se dan por creencias y costumbres ya que las usuarias acuden al hospital cuando se presenta las complicaciones. Las etnias indígenas están dispersas en el sector rural; los embarazos se los controlan con las comadronas de sus comunidades razón que se encuentra con mayor razón de complicaciones.

Mientras que las adolescentes del sector urbano son 11 con un 27,50%, acuden a los centros médicos ya que tienen mayor facilidad de movilización para acudir a los controles prenatales, tomando en cuenta que los de la etnia mestiza tienen apoyo de sus padres, y sienten temor de lo que pueda suceder con el embarazo de sus hijas.

Tabla 4*Ocupación*

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	20	50,00
Quehacer domestico	12	30,00
Empleada domestica	4	10,00
Comercio informal	2	5,00
Obrera	2	5,00
Total	40	100,00

Interpretación

En la presente tabla se puede apreciar que de las adolescentes encuestadas 20 respondieron son estudiantes que corresponde a 50,00% 12 que equivale al 30,00% realizan actividades de quehaceres domésticos, 4 adolescentes comprenden el 10,00% son empleadas domésticas con el 5,00% que equivale a 2 adolescentes realizan actividades de comercio informal, 5,00% son obreras correspondiendo a 2 adolescentes embarazadas.

Análisis

En el estudio se evidenció que las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital General Macas son estudiantes con un porcentaje del 50,00%, esto indica que la mayoría de ellas se les truncara su futuro por falta de apoyo, mientras que las adolescentes que reciben apoyo de sus padres se ven en la necesidad de trabajar para solventar los gastos en el hogar y continuar con sus estudios, ya que un hijo ocasiona gastos, mientras que un 30,00% de la población son adolescentes que no trabajan ni estudian, realizan diferentes actividades sus padres salen a

trabajar y ellas se hacen cargo del hogar; por lo cual no pueden culminar sus estudios en estos casos ocasionan un alto grado de pobreza.

Tabla 5

Estado civil

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Madre soltera	17	42,50
Unión libre	12	30,00
Casada	11	27,50
Total	40	100,00

Interpretación

Del total de pacientes atendidas en el hospital General Macas se observó que el 42,50% de gestantes son madres solteras que comprende 17 usuarias; el 30,00% viven en unión libre que corresponde a 12 gestantes, y el 27,50% son madres adolescentes solteras que corresponde a 11 usuarias.

Análisis

En este estudio se resaltó que las adolescentes gestantes son madres solteras en un 42,50% son estudiantes que por falta de orientación sexual en sus casas a falta de sus padres y unidades educativas, tuvieron embarazos no deseados, con el 30,00% de adolescentes viven en unión libre, muchas de las veces se reúnen por presión de los padres, mientras que el 27,50% de gestantes adolescentes se casaron por estar embarazadas, siendo este un problema en la sociedad actual y más en la etnia indígena.

6.2 Prevalencia de complicaciones de embarazadas adolescentes.

Tasa de prevalencia:
$$\frac{\text{número de casos de evento}}{\text{Población total}} \times 100$$

$$\frac{40}{50} \times 100$$

T. P. = 80%

Tabla 6

Prevalencia

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	80,00
No	10	20,00
Total	50	100,00

Interpretación

De acuerdo al cuadro estadístico se pudo observar que de las adolescentes embarazadas, el 80,00% presento alguna forma de complicación, solo 10 adolescentes que es el 20,00% no presentaron.

Análisis

En el Hospital General Macas se pudo evidenciar que la población en estudio tuvo una alta prevalencia de complicaciones en el embarazo en adolescentes el 80,00%, estas cifras indican que el nivel de embarazos es muy elevado, a esta edad la adolescente se encuentra en una etapa de crecimiento y desarrollo fisiológico ya que no están aptas para procrear debido a que se encuentran más

vulnerables a presentar complicaciones tales como Infección de Vías Urinarias, Ruptura de Membranas, Parto prematuro, Anemia, lo cual es necesario que el personal de salud coordine con las autoridades de educación para la difusión de temas de salud sexual y reproductiva y con ello disminuir la prevalencia de embarazos.

Tabla 7

Complicaciones en la madre

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Infección de vías urinarias	15	37,50
Cesárea emergente	9	22,50
Ruptura de membranas	5	12,50
Amenaza de parto	5	12,50
Anemia	3	7,50
Síndrome hipertensión	2	5,00
Desproporción céfalo caudal	1	2,50
Total	40	100,00

Interpretación

De las encuestas realizadas se pudo observar 15 que comprende el 37,50% tienen infección de vías urinarias, 9 adolescentes que equivale al 22,50% entran a cesáreas de emergencia, 5 embarazadas corresponde al 12,50% ingresan a labor de parto con ruptura de membranas 5 adolescentes comprenden el 12,50% tienen problemas de amenaza de parto prematuro, 3 igual 7,50% de embarazos sufren de anemia, 2 adolescentes comprenden el 5,00% tienen problemas de síndrome hipertensión y 1 madre adolescente comprende 2,50% tienen problemas de desproporción céfalo pélvica.

Análisis

Es notable el nivel de complicaciones del embarazo en adolescentes que se presenta en el Hospital General Macas ya que un 37,50% tienen infección de vías urinarias, esto se da por que las usuarias no tiene un control del embarazo y desarrollo del feto, la edad de las usuarias más la falta de capacitación sumada a la irresponsabilidad, influye en la presencia de 7,50% de adolescentes embarazadas presentan problemas de anemia debido que la alimentación es insuficiente en nutrientes para la edad de las adolescentes para su desarrollo en la adolescencia para la formación y desarrollo del feto.

Tabla 8

Complicaciones del Recién Nacido

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Ictericia neonatal	13	32,50
Peso bajo al nacer	8	20,00
Asfixia	6	15,00
Riesgo de sepsis	5	12,50
Recién nacido prematuro	5	12,50
Hipoglicemia	3	7,50
Total	40	100,00

Interpretación

De las encuestas realizadas se pudo observar que en las complicaciones de los recién nacidos el de mayor porcentaje fue la ictericia neonatal con un 32,50% seguido de un bajo peso al nacer con un 20,00% mientras que el 12,50% se ubica

el riesgo de Sepsis y los recién nacidos prematuros la complicación con menor porcentaje se encuentra la hipoglicemia con un 7,50% estas complicaciones de acuerdo a las semanas de gestación de los recién nacidos.

Análisis

Es notable que en 13 recién nacidos la complicación principal es la ictericia, siendo este el motivo por el cual los neonatos tienen que ser ingresados al servicio de neonatología recibieron fototerapia en un porcentaje 32,50% de neonatos, también se pudo analizar que el 7,50% de niños fueron ingresados a dicho servicio por hipoglicemia, esto se debe a la falta de conocimiento además de la inexperiencia de la madre adolescente sobre la importancia de la alimentación en el neonato.

6.3 Factores que influyen en el embarazo en las adolescentes

Tabla 9

Factores

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Desconocimiento	17	42,50
Problemas de migración	16	40,00
Problemas familiares	7	17,50
Total	40	100,00

Interpretación

Para determinar las principales consecuencias de adolescentes embarazadas se aplicó una encuesta a las adolescentes que acuden al Hospital General Macas en la cual se obtuvo con un 42,50% tiene desconocimiento de información 40,00%

en la cual se obtuvo con un 42,50% tiene desconocimiento de información 40,00% por migración y con un 17,50% fueron por problemas familiares.

Análisis

En relación a los factores de las adolescentes embarazadas se observó que un 42,50% de adolescentes que tuvieron desconocimiento, siendo los problemas más frecuentes en las adolescentes en la actualidad se debería realizar campañas informando sobre los métodos anticonceptivos en distintas instituciones educativas tanto públicas como privadas así obtendrán un conocimiento desde su infancia lo que ayudaría a disminuir los embarazos no deseados, seguidos por problemas de migración con el 40,00% debido a la falta de fuentes de trabajo en su lugar de origen son obligados a buscar nuevas oportunidades en las ciudades, estas adolescentes no encuentran empleo por lo tanto son obligadas a buscar parejas adultas para que cubran sus gastos económicos, los mismos que abusan en muchas oportunidades y obligan a prostituirse.

Tabla 10

Falta de orientación sexual

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Falta de diálogo entre padres e hijos	19	47,50
Falta de educación sexual en la unidad educativa	13	32,50
Falta de acceso a la educación sexual	8	20,00
Total	40	100,00

Interpretación

Del total de gestantes estudiadas y atendidos en el hospital general Macas se observó que es decir que el 100% de gestantes el 47,50% no dialogan con los padres sobre sexualidad mientras que un 32,50% no disponen de una educación sexual en las unidades educativas mientras que un 20,00% de las gestantes no tienen ningún tipo de acceso a información de sexualidad responsable razón por la cual existen embarazos no deseados.

Análisis

Según la recopilación de información las madres adolescentes tienen falta de dialogo entre padre e hijos en un 47,00% no disponen de educación sexual sea esta por parte de los padres o por programas educativos, el problema que afecta a los adolescentes es la falta de concientización de traer un hijo al mundo, mientras que un 20,00% de adolescentes no tienen ningún tipo de acceso a información ya sea por creencias o costumbres de su etnia que la mujer se hizo para parir.

Tabla 11

Apoyo familiar

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Aceptación	22	55,00
Rechazo	12	30,00
Abandono	6	15,00
Total	40	100,00

Interpretación

Del total de adolescentes a quienes se les aplicó la encuesta el 55,00% tuvieron aceptación por la familia y la sociedad mientras que el 30,00% fueron rechazados por sus parejas y el 15,00% de embarazadas adolescentes fueron abandonadas por sus parejas y familia.

Análisis

Se analizó los datos obtenidos de las adolescentes que se investigó el 55,00% cuentan con el apoyo y aceptación por la familia y la sociedad ya que es un papel fundamental en la vida de la adolescente ya que el futuro depende del apoyo de los padres para que estudien y cumplan sus metas, mientras que un 45,00% no tuvieron el apoyo de su pareja y familia fueron rechazados y abandonadas por el hecho de estar embarazadas a su corta edad.

Tabla 12

Abuso Sexual

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	8,00
No	37	92,00
Total	40	100,00

Interpretación

De la población total en estudio se les pregunto si su embarazo no era producto de una violación el 92,00% dijo que no mientras que un 8,00% respondió que si era producto de violación tomando en cuenta que a mayor parte de población shuar.

Análisis

Se analizó la encuesta realizada a las madres gestantes que acuden al Hospital general Macas y se encontró que el 92,00% tuvieron embarazos porque ellas lo consintieron ya sean por falta de protección, conocimiento o embarazos accidentales, sin darse cuenta que es una gran responsabilidad el criar un hijo, mientras que un 8,00% de adolescentes gestantes respondieron que fueron violadas ya que pertenecen a la etnia indígena están sujetas a tradiciones y costumbres de su sociedad a ritos ancestrales que deben acotar órdenes de sus padres contra su voluntad muchas veces por cambios de terrenos o por comida les dan a sus hijas a familiares o síndicos de la comunidad.

Tabla 13

Factores que influyen en las complicaciones

Ítems	Frecuencia	Porcentaje
Desconocimiento de riesgos	19	47,50
Rechazo del hijo	10	25,00
Oculto el embarazo	6	15,00
Alimentación insuficiente	5	12,50
Total	40	100,00

Interpretación

Para determinar las principales complicaciones en las adolescentes embarazadas se realizó en el Hospital General Macas una encuesta en el mismo que se determinó que 19 adolescentes con el 47,50% desconocían de los riesgos que presentan en un embarazo a temprana edad, y 10 adolescentes rechazan al feto con un 25,00%, mientras que el 15,00% ocultan el embarazo, y el 12,50% tienen una alimentación insuficiente.

Análisis

En relación de los factores de complicaciones en las adolescentes embarazadas se observó que 19 adolescentes con el 47,50% desconocen de los riesgos que presenta un embarazo a temprana edad ya sea por falta de información y muchas de las veces por desinterés, el 25,00% de adolescentes rechazan al feto debido a que no se sienten en la capacidad de criar, por falta de recursos, no podrá cumplir las metas trazadas para un mejor futuro, pocas veces por el abandono de la pareja, mientras que el 15,00% ocultan el embarazo por miedo a la sociedad y a sus padres por vergüenza sin pensar que esto puede ocasionar un daño irreversible a la madre y al feto, el 12,50% tienen una alimentación insuficiente debido a los escasos recursos económicos, estragos, miedo a engordar sin darse cuenta que el feto no se desarrollara normalmente debido a la falta de nutrientes necesarios.

6.4 Propuesta de Enfermería Tendiente a Disminuir los embarazos en adolescentes.

Para cumplir con este objetivo se realizaron las siguientes actividades:

- Actividades educativas en el Hospital General Macas a través de post-consulta.

- Actividades educativas en el 7mo nivel de educación básica en las escuelas, Huacho, Sonia Samaniego Dumas, Sevilla don Bosco, Escuela Carlomagno Andrade, Proaño, Escuela facundo Bayas, duración máxima 1 hora.
- Elaboración y entrega de trípticos
- Elaboración y entrega de manual
- Reproducción del video educativo

Plan de Actividad educativo

Tema: Prevención de embarazos en adolescentes.

Participantes: Adolescentes Embarazadas ingresadas en el Hospital General Macas y estudiantes de 7mo nivel de educación básica, escuelas especificadas en el cronograma.

Fechas: De acuerdo al cronograma de anexos (08/09/2015,11/09/2015,11/09/2015).

Responsable: Lériida Alexandra Torres Torres

Objetivo: Contribuir a la disminución de la incidencia de embarazos en adolescentes a través de la intervención de enfermería.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Escuela de Educación Básica Carlomagno Andrade 08 de Septiembre de 2015.

Escuela Sonia Samaniego Dumas 11 de Septiembre de 2015.

Escuela Facundo Bayas 11 de Septiembre de 2015.

FECHA	HORA	ACTIVIDADES	TÉCNICA	MATERIAL
08/09/2015	8:10 - 8:40	TEMA Pubertad y adolescencia		Diapositiva Tríptico (anexo 6, 7)
11/09/2015		Prevención de complicaciones embarazo adolescentes.	Conferencia	Manual de complicaciones del embarazo en adolescentes (anexo 4, 5)
11/09/2015	8:50 - 9:00	Entrega de trípticos y manual		

Actividades educativas realizadas en el área de ginecología – obstetricia del Hospital General Macas.

FECHAS	ACTIVIDAD	TÉCNICAS	MATERIALES
02 de Abril del 2015	Prevención de complicaciones. Entrega de trípticos	Conferencia	Cámara fotográfica Tríptico
02 de Abril del 2015	Uso de vestimenta cómoda	Conferencia	Cámara fotográfica, computadora

02 de Abril del 2015	Higiene Personal Lavado de manos	Taller teórico práctico	Jabón Toalla
02 de Abril del 2015	Ejercicios respiratorios durante el proceso de labor de parto.	Taller práctico	Pelota, colchón
02 de Abril del 2015	Lactancia materna	Conferencia	Cámara fotográfica
02 de Abril del 2015	Planificación familiar.	Conferencia	Métodos de planificación

7. DISCUSIÓN

El propósito fundamental de este estudio fue determinar las complicaciones de los embarazos en adolescentes usuarias del Hospital General Macas, por este motivo se seleccionó a un grupo de 50 adolescentes que han sido atendidas en el Hospital General macas de las cuales 40 tuvieron diferente tipo de complicaciones observando lo siguiente en las diferentes variables estudiadas.

Los embarazos en las adolescentes se han convertido en un serio problema a nivel mundial por su alto índice de embarazos vinculados a las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Edad. En relación a la edad de las adolescentes embarazadas, se observó que el rango más frecuente de embarazos está entre las edades de 16 a 19 años con un porcentaje del 60,00%, seguidas de adolescentes de 14 a 15 años con el 40,00% lo que contribuye alta preocupación debido a que no se han desarrollado por totalidad, por la falta de orientación de los padres hacia los adolescentes. Según el estudio realizado por: Viviana Jacqueline Rodríguez Aquino sobre Incidencia del embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 a 18 años en la Maternidad Mariana de Jesús de septiembre 2012 a febrero del 2013 encontró el 56,00% de embarazos se ve que concuerdan los dos estudios en que la edad que comprende las adolescentes embarazadas de 15 a 18 años, que indica que las adolescentes se encuentran en una edad que se considera adolescencia media también es considerado grupo vulnerable por lo que requieren mayor atención; como grupo prioritario para la prevención sobre educación sexual en la salud de las adolescentes.

Etnia. Se obtuvo como resultado que la etnia que predomina es la indígena que

corresponde a la etnia shuar en un 62,50%. La misma que se encuentra ubicada en el sector periférico y rural de las ciudades. Sigue la cultura mestiza 57,50% que se concentra en las urbes de las ciudades. La mayor parte de la población urbana y rural, mestiza o indígena se atiende sus partos en el Hospital General Macas.

Procedencia. Se obtuvo como resultado que 29 adolescentes respondieron que viven en la zona rural, equivalente 72,50%, siendo la provincia de Morona Santiago una provincia multicultural cuenta con comunidades de interior de la selva y en si la población está constituida más por la zona rural la etnia shuar quien predomina. Según el estudio realizado por: Martha Rionaula, Karina Romero, Silvia Zari en la provincia de Morona Santiago en la ciudad de Limón Indanza sobre Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Básico Limón Indanza 2013 el 51,26% que comprende a 61 adolescentes de la población vive en zona rural estos datos afectan al desarrollo del adolescentes, razón por la que no acuden regularmente a las unidades de salud para realizar asistencia médica, controles del embarazo, esquema de vacunas, ya que el transporte es un impedimento y la lejanía de los centros de salud impiden que las adolescentes acudan oportunamente, tengan asistencia médica inmediata. El 27,50%, 11 adolescentes, radican en la zona urbana. Esta barrera de tipo geográfica debe de ser considerada en la planificación de actividades extra murales de las unidades de salud que tienen bajo su responsabilidad esta población. Los resultados de los dos estudios se aproximan en sus datos.

Ocupación. En los resultados obtenidos se pudo observar que 20 madres respondieron que son estudiantes que corresponde al 50,00% esto indica que la mayoría de ellas se les truncará su futuro por falta de apoyo, mientras que las adolescentes que reciben apoyo de sus padres se ven en la necesidad de trabajar

para solventar los gastos en el hogar y continuar con sus estudios, mientras que un 30,00% de la población son adolescentes que no trabajan ni estudian, realizan diferentes actividades sus padres salen a trabajar y ellas se hacen cargo del hogar estos casos ocasionan un alto grado de pobreza. Según el estudio realizado por. Laura Morocho, Rosa Patiño, Andrea Peralta en la ciudad de Cuenca sobre Condiciones sociales y culturales en el embarazo en adolescentes de Colegio Nacional Técnico Herlinda Toral Cuenca 2013. EL 87,00% de adolescentes que comprende a 13 adolescentes trabajan en negocios familiares (bazar, almacén de zapatos de propiedad de sus padres) para solventar sus gastos y los que genera su gestación dentro de los cuales se encuentra los controles mensuales del embarazo, medicamentos, vestimenta, accesorios necesarios para la hija.

Estado civil. Con los datos obtenidos se conoció como resultado, que 17 adolescentes correspondiente al 42,50% son solteras se atribuye que las mujeres jóvenes y solteras no se apropian de esta gran responsabilidad de cuidar y expresar cariño a sus hijos, debiendo tomar en cuenta así mismo que podrían ser embarazos no deseados, lo que le ocasiona problemas de índole familiar, social y personal, que impide la realización de posibles metas planteadas con anterioridad. Se debe establecer una buena relación entre el personal de salud y la madre de familia, sobre todo con las solteras, para concienciarlas de la importancia de su rol frente a su hijo y de su responsabilidad ante su futuro. Según el estudio realizado por: Martha Rionaula, Karina Romero, Silvia Zari en Morona Santiago en la ciudad de Limón Indanza sobre Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Básico Limón Indanza 2013, 62 adolescentes que comprende el 52,10% son adolescentes solteras. Las dos investigaciones se aproximan con sus datos.

Prevalencia. En este estudio la prevalencia de adolescentes embarazadas en conjunto alcanza el 80,00%, dato poco inferior con lo reportado para la población Ecuatoriana de similar edad según los resultados de la Encuesta Nacional de salud revelan que 1000 de cada adolescentes 15 a 19 años 92% han tenido un hijo cifras descritas por el Instituto Nacional de Estadística y Censo en el estudio realizado se encontró que de 16 a 19 años son adolescentes embarazadas con 60,00% de la población de esta edad son embarazadas adolescentes.

Según el Registro Civil instalado en el Hospital General. Se calcula que el 12,00% de los embarazos en adolescentes pertenecen a la Provincia de Morona Santiago. En el Hospital General Macas en el 2014 se produjeron 13.173 nacimientos de los cuales 32 correspondieron a menores de 15 años y 2.765 a embarazos en adolescentes de 15 a 19 años que representa el 21% del total de partos atendidos en el Hospital General Macas. Observado todos los factores se ha visto a necesidad de desarrollar un plan de intervenciones mejorando la calidad de vida de las adolescentes embarazadas que tienen complicaciones que acuden al Hospital General Macas. Los resultados de los dos estudios se aproximan en sus cifras.

Complicaciones. Para prevenir enfermedades en adolescentes es necesario tener un conocimiento suficiente en lo que se puede considerar alarmante, las usuarias que acuden al Hospital General Macas hay un porcentaje de 37, 50% que tienen como complicación a Infección de Vías Urinarias según el estudio realizado por: Rudy Anais Olaya guzmán en la ciudad de Guayaquil con el tema Factores de riesgos desencadenantes de trabajo de parto pre termino en adolescentes embarazadas primigestas en el hospital Gineco obstétrico Enrique C Soto Mayor en el periodo de septiembre de 2012 a febrero de 2013. El 61,00% de adolescentes

presentan complicaciones correspondiendo a 71 usuarias que han tenido como complicación Infección de Vías Urinarias, debido a que no tienen claro las complicaciones que puede presentarse durante el embarazo, si no se lleva un correcto control prenatal y una adecuada alimentación mientras muchas adolescentes no tienen los recursos necesarios lo que dificultan aún más llevar una calidad de vida saludable. Los resultados de los dos estudios se aproximan en sus cifras.

Complicaciones de Recién Nacido. De acuerdo a la investigación se encontró que 13 adolescentes, equivalente al 32,50%. Fueron ingresados al servicio de neonatología por presentar Ictericia Neonatal que comprende la pigmentación amarillenta de la piel por el aumento de la bilirrubina en el recién nacido y la hipoglicemia debido a una mala alimentación de lactancia materna. Según el estudio realizado por: Elizabeth Beltrán, María Cabrera en la ciudad de Cuenca sobre Mal formaciones congénitas y complicaciones neonatales en recién nacidos de madres adolescentes y recién nacidos de madres de otras edades atendidas en el Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el periodo enero 2011 a junio del 2011 con 22,00% de recién nacidos presenta Ictericia y fueron ingresados al servicio de neonatología. Los dos resultados tienen similitud.

Factores que predisponen en el Embarazo en Adolescentes. Según los datos estudiados demostraron que 17 igual a 42,50 % mujeres adolescentes tienen desconocimiento de salud del embarazo y sus complicaciones , según el estudio realizado por: Yomayra Coello, Maddelyn Cotto en la ciudad de Babahoyo con el tema de; Embarazo en adolescentes y su impacto en el entorno familiar y social en pacientes que acuden a Centro Materno Infantil de la ciudad de Babahoyo durante el primer semestre del año 2012 con un 13 que corresponde al 33,00%,lo que

demuestra que la población requiere de promoción y prevención de embarazo y sus complicaciones así como de la difusión de sus métodos para concientizar a la población la responsabilidad de ser padres para ofrecerles una mejor calidad de vida, la mayor población es de etnia shuar. En esta problemática tiene un rol importante el machismo, pues todavía existe en nuestra sociedad la influencia de la familia en la decisión de los matrimonios sin tener en consideración la opinión de las adolescentes sin considerar su futuro, pues en ocasiones son considerados un apoyo en el trabajo cotidiano. Los dos estudios tienen similitud en este aspecto.

Falta de Orientación Sexual. De acuerdo al presente estudio realizado a las adolescentes en el Hospital General Macas se evidencio que 19 adolescentes que equivale a 47,50% representaron como causa de falta de diálogo entre padres e hijos, según el estudio realizado por: Graciela Bastidas y Jorge Guanochanga en el Instituto Tecnológico Superior Aloasi con el tema: Estudio de los casos de embarazo y su incidencia en el rendimiento académico de las señoritas estudiantes del nivel básico de la ciudad de Machachi, cantón Mejía, de Latacunga el año lectivo 2010 - 2011, se encontró que 20 usuarias que equivale al 64.51%, no tuvieron orientación ni confianza con sus padres convirtiéndose así en una problemática en la sociedad actual ya que las adolescentes buscan información en otros lugares equivocándose en las decisiones futuras acarreando como consecuencias los embarazos no deseados por concejos de amigas o siguiendo concejos ancestrales para prevenir el embarazo. Los dos resultados se aproximan en sus datos.

Apoyo Familiar y Social durante el Embarazo. Según este estudio realizado en el Hospital General Macas sobre complicaciones en el embarazo el 55,00% de las adolescentes que corresponde a 22 usuarias tienen aceptación de la familia y cuentan con su apoyo, ya sea de familiares cercanos o padres de familia las

adolescentes tienen el apoyo económico y social tomando en cuenta que la provincia de Morona Santiago tiene un alto índice de migración de los padres de familia. Según el estudio realizado por: Vilma Gualpa, Tatiana Guamán, Marcia Livisaca en Cuenca sobre Impacto familiar, social y psicológico de embarazo en las adolescentes que asisten a consulta del centro de salud número 2 José María Astudillo Cuenca 2013. El 88,22% de adolescentes que tuvieron aceptación de embarazo por su familia e apoyo familiar es un papel fundamental en la vida del adolescente ya que el futuro depende del apoyo incondicional de los padres para que estudien y cumplan sus metas. Los dos resultados se aproximan en sus cifras.

Abuso Sexual. En este estudio realizado se reportó que 3 usuarias fueron abusadas sexualmente que corresponde al 8,00%, según el estudio realizado por: Martha Rionaula, Karina Romero, Silvia Zari en Morona Santiago en la ciudad de Limón Indanza sobre Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital básico Limón Indanza 2013, se evidenció que 1 adolescente fue abusada sexualmente que equivale al 0,82%, este es un dato importante porque representa un riesgo significativo de rechazo al nuevo ser, incluso se ha relacionado con una mayor probabilidad de abortos producidos en este grupo de pacientes evidenciando que en la provincia de Morona Santiago la población indígena vive arraigado de sus creencias y costumbres afectando así a las adolescentes, considerando que la adolescencia no tiene una edad normal para empezar la vida sexual activa. En el estudio realizado en Limón Indanza se reportó un caso de violencia en un año, mientras que en el de la autora se reportó tres casos en los siete meses de estudio pudo haber mayor número de casos que no lleguen al Hospital.

Factores que Influyen en las Complicaciones. Se obtuvo como resultado que las

adolescentes embarazadas con el 47,50% desconocen de los riesgos que presenta un embarazo a temprana edad ya sea por falta de información y muchas de las veces por desinterés, el 25,00% de adolescentes rechazan al feto, por falta de recursos, ya que no podrán cumplir las metas trazadas para un mejor futuro, pocas veces por el abandono de la pareja, mientras que el 15,00% ocultan el embarazo por miedo a la sociedad y a sus padres por vergüenza sin pensar que esto puede ocasionar un daño irreversible al feto, el 12,50% tienen una alimentación insuficiente debido a los escasos recursos económicos, estragos, ya que la mayoría de adolescentes embarazadas viven en sectores rurales sin acceso a la variedad de productos necesarios para el desarrollo del embarazo.

Plan educativo: Se desarrolló un plan educativo para difundir información que lleve a la disminución de la prevalencia de embarazos en las adolescentes, en base a los resultados obtenidos se observó que hay un alto grado de complicaciones en las gestantes, debido a que están expuestas a presentar complicaciones durante la etapa de gestación, se realizó conferencias educativas sobre métodos anticonceptivos, talleres teóricos prácticos, pretendiendo mejorar la calidad de vida de la adolescente.

8. CONCLUSIONES

Al concluir con la investigación se concluye con lo siguiente.

De acuerdo a las características de la población en estudio, la edad promedio de las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital General Macas es de 16 - 19 años de edad, con el 60,00% con el 62,50% pertenece al grupo indígena, su procedencia es de la zona rural en un 72,50%, la ocupación de las adolescentes en el 50,00% son estudiantes, son madres solteras el 42,50%.

La prevalencia de embarazo con complicaciones en adolescentes es de 80,00% de la población de adolescentes embarazadas. La complicación materna más frecuente es la Infección de Vías Urinarias con el 37,50%.

Las principales complicaciones identificadas en el Recién Nacido fueron: Ictericia Neonatal y Bajo Peso al Nacer; la edad gestacional en la adolescente investigada fue a término en 70,00%.

Los factores de riesgo predisponentes del embarazo es el desconocimiento en el 42,50%, la falta de dialogo entre padre e hijos con el 47,50%, obtuvieron aceptación por parte de la familia el 55,00%, el 8,00% fueron producto de abuso sexual.

Los factores que influyen en las complicaciones del embarazo es el desconocimiento de riesgos con el 47.50%, siendo un alto índice de adolescentes que desconocen las complicaciones que conllevan al quedar embarazada.

Fue necesaria la intervención de un plan de enfermería con la finalidad de contribuir en la prevención de embarazo en adolescentes con lo cual se mejoraría la vida de las adolescentes,

9. RECOMENDACIONES

Al finalizar con éxito el presente trabajo investigativo la autora se permitió realizar las siguientes recomendaciones.

Al personal de salud:

Continuar la capacitación a la adolescente embarazada y padres de familia, a través del manual y video educativo impartidos por la autora a las autoridades educativas como material de apoyo, con el fin de prevenir embarazos posteriores.

A los padres de familia asumir una actitud positiva frente a las adolescentes, lo que connota: escuchar, comprender, tener paciencia, inquirir con respeto, evita calificar actitudes, no emitir juicios valorativos, enseñar y educar más que informar.

Al profesional de enfermería, se recomendó a las unidades educativas considerar como material de apoyo el manual de prevención de embarazos en adolescentes realizado por la autora y el video para la capacitación continua de prevención de embarazo en adolescentes, concientizando así a las adolescentes y los riesgos que traen al tener relaciones sexuales a temprana edad.

A los directores de unidades de salud, capacitar al personal multidisciplinario orientado exclusivamente a manejar adolescentes para brindar una atención integral ya que en nuestro medio se les trata igual que a las madres adultas. Es imprescindible que el personal educativo brinde atención psicológica a la adolescente.

A los adolescentes, realizar actividades de recreación para mantener alejados de vicios, continuar sus estudios o carreras ayudándolas a descubrir sus habilidades y destrezas para que puedan integrarse a la fuerza laboral y así mejorar su nivel de vida y su estatus social.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Aller, & Páges. (2015). *Obstetricia moderna/Conducta con el embarazo*. Venezuela: Fertilab. Obtenido de http://www.fertilab.net/cientifico/libro_obstetricia_moderna/conducta_con_el_embarazo/capitulo_1-diagnostico_de_embarazo_1
- Altamirano, M. C. (2014). Manual de Enfermería Edición MMVIII.(pág. 539).
- Castro , F., & Urbina, O. (2007). *Manual de Enfermería en Neonatología*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Castro, F., & Urbina, O. (2007). Manual de Enfermería en Neonatología. La Habana: Ciencias Medicas.
- Cuyún, C. (s.f.). *Etapas de la Adolescencia*. Obtenido de Iniciativa T: <http://www.iniciativat.com/noticias/5-familia/128-etapas-de-la-adolescencia.html>
- E., Atalah. (2003). *Evaluación Nutricional de la Embarazada*. Chile .(pág. 215-216).
- G., Vergara. (DICIEMBRE de 2009). *Protocolo placenta previa*. MATERNIDAD RAFAEL CALVO.(pág. 358).
- Guadarrama, Martínez, Santana, Coto, & García. (1998). Diagnóstico precoz de embarazo en la atención primaria mediante determinación cualitativa de gonadotropina coriónica humana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000500005
- Hidalgo, M. (1998). Factores del embarazo. En M. Hidalgo, *Manual de Formación Sexual* (pág. 72, 73, 74, 75). Macas.
- INEC. (2007). Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- INEC. (2008). Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- INEC. (13 de Mayo de 2013). *Más de 122 mil madres en el país son adolescentes*.

- Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censos:
http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=495:mas-de-122-mil-madres-en-el-pais-son-adolescentes&catid=68:boletines&Itemid%20=51&lang=es
- INNFA. (1997). INNFA y la Educación Sexual Embarazo en la Adolescencia. (pág. 66, 67).
- Issler, J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via Medicina*, (pág.11-23).
- López, J. M. (2013). Amir Enfermería. En *Academia de Estudios Mir, S.L.* (pág. 413). Madrid España: Amir.
- Macas, D. d. (2014). *Datos de Registro Civil*. Macas.
- Moncayo, Abad, Cueva, Padilla, & Navarrete. (2014). *Monografía de la provincia de Morona Santiago*. Macas.
- MSP. (2005). Manual de normas técnico - administrativas, métodos y procedimientos de vacunación y vigilancia epidemiológica del programa ampliado de inmunizaciones (PAI). En E. N. Colaboradores. Quito.
- MSP. (2008). Componente Normativa Neonatal. En M. d. Pública (Págs.: 15, 66, 69, 70, 71.)
- MSP. (2008). Norma y protocolo materno. En M. d. Pública. Obtenido de www.msp.gov.ec: www.msp.gov.ec (págs.: 12, 68, 93, 95, 119, 121, 122, 127, 130, 135, 136, 138, 155, 156, 159, 165, 167, 173, 234, 235, 240, 281, 284.)
- MSP. (13 de Octubre de 2012). EL 20% de Embarazos de mujeres adolescentes. *Diario La Hora*.
- Pinheiro, D. P. (16 de DICIEMBRE de 2015). (pág. 47, 48. 51. 69) Obtenido de 20 PRIMEROS SINTOMAS DE EMBARAZO:
<http://www.mdsau.de.com/es/2015/10/sintomas-de-embarazo.html>

Prensa, L. (15 de AGOSTO de 2013). (pág. 129) Obtenido de <http://www.laprensa.hn/vivir/salud/378460-98/10-consejos-para-prevenir-el-embarazo-en-adolescentes>

Rosen, J. (5 de Noviembre de 2013). Embarazo en la adolescente: Problema Mundial. *El Mundo*.

Stoppard, M. (2002). Ácido Fólico. En D. M. Stoppard, *Nuevo Libro del Embarazo* (pág. 114). Grupo Editorial Norma. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=v3vxwPx_jO0C&pg=PA113&lpg=PA113&dq=suplemento+necesario+durante+el+embarazo+libros&source=bl&ots=QB_5dhAtum&sig=Ggkf5YcmO5VFHg9-oBFqEZFJwd8&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjz2ceZ95XKAhXKpx4KHWOOkDvEQ6AEIQzAG#v=onepage&q&f=fal

Stoppard, M. (2002). Calcio. En D. M. Stoppard, *Nuevo Libro del Embarazo* (pág. 113). Grupo Editorial Norma. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=v3vxwPx_jO0C&pg=PA113&lpg=PA113&dq=suplemento+necesario+durante+el+embarazo+libros&source=bl&ots=QB_5dhAtum&sig=Ggkf5YcmO5VFHg9-oBFqEZFJwd8&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjz2ceZ95XKAhXKpx4KHWOOkDvEQ6AEIQzAG#v=onepage&q&f=fal

Stoppard, M. (2002). Hierro. En D. M. Stoppard, *Nuevo Libro del Embarazo* (pág. 113). Grupo Editorial Norma. Obtenido de https://books.google.com.ec/books?id=v3vxwPx_jO0C&pg=PA113&lpg=PA113&dq=suplemento+necesario+durante+el+embarazo+libros&source=bl&ots=QB_5dhAtum&sig=Ggkf5YcmO5VFHg9-oBFqEZFJwd8&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjz2ceZ95XKAhXKpx4KHWOOkDvEQ6AEIQzAG#v=onepage&q&f=fal

UNICEF. (2009-2010). Fondo Internacional De Emergencia De Las Naciones Unidas Para La Infancia.

Womenshealth. (01 de Noviembre de 2009). *COMPLICACIONES DEL EMBARAZO*. Obtenido de <http://womenshealth.gov/espanol/embarazo/esta-embarazada/complicaciones-embarazo.html#top>

11. ANEXOS

Anexo 1. Oficio al Director del Hospital General Macas, solicitud permiso.

Macas, 27 de Marzo del 2015

Dr.

Marco Villegas

DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL MACAS DE LA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO.

De mis consideraciones.

Con un atento y efusivo saludo me dirijo a usted, aprovechando la oportunidad para desearle éxitos en sus funciones encomendadas, a la vez que me permito manifestar y solicitar lo siguiente:

En vista que me encuentro cursando el séptimo módulo de la carrera de Enfermería en la Universidad Nacional de Loja, y consiente de su alto espíritu de colaboración, me digno en solicitarle de la manera más comedida se me otorgue las facilidades para realizar el desarrollo de mi trabajo de tesis en esta distinguida institución el mismo que me llevara a la culminación de mi carrera aviendome planteado el siguiente Tema: **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES USUARIOS DEL HOSPITAL GENERAL MACAS. AÑO 2015.**

Segura de contar con su favorable acogida a la presente, reintegro mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente



Sra. Lérica Torres

Estudiante Universitario



Anexo 2. Guía de observación

Ficha de Historia Clínica de Ingresos y Egresos de Adolescentes Embarazadas Hospitalizadas.



Nº	HCL o Cédula	Complicaciones de la Madre							Complicaciones del Recién Nacido					TOTAL		
		Infección de vías urinarias	Cesarea	Ruptura prematura de membranas	Amenaza de parto prematuro	Anemia	Síndrome hipertensivo	Desproporción cefalo caudal	Edad gestacional	Ictericia neonatal	Bajo peso al nacer	Asfixia	Riesgo de sepsis		Recién nacido prematuro	Hipoglicemia
1	14279				X				28-36 SG				X			
2	1450120835	X							+42 SG		X					
3	1400775872															
4	1401073182			X					37-41 SG			X				
5	14288		X						37-41 SG		X					
6	1402051689															
7	1600838153		X						37-41 SG		X					
8	1401108814	X							37-41 SG	X						
9	1400635891															
10	1401299589					X			37-41 SG		X					
11	1450134513				X				28-36 SG				X			
12	1401119084	X							37-41 SG			X				
13	1401115728						X		37-41 SG					X		
14	1400702989						X		28-36 SG		X					
15	1401022356															
16	1450037054			X					+42 SG			X				
17	1400855860	X							37-41 SG		X					
18	1400720114				X				28-36 SG				X			
19	1405055698															
20	1400829402		X						+42 SG		X					
21	1400978951	X							37-41 SG	X						
22	1400819437		X						37-41 SG					X		
23	1400231314															
24	1600493124	X							37-41 SG		X					
25	1400982235		X			X			37-41 SG					X		
26	1401027378			X					+42 SG	X						
27	1400856793	X							37-41 SG	X						
28	1450185879	X							37-41 SG	X						
29	1600729618	X							37-41 SG	X						
30	1400716435								37-41 SG		X					
31	1650105305	X							37-41 SG		X					
32	1450235740		X						37-41 SG	X						
33	1401122532															
34	1450088529			X					37-41 SG			X				
35	1401075906				X				28-36 SG				X			
36	1400937114		X						37-41 SG		X					
37	1401171572	X							37-41 SG	X						
38	1600253711															
39	1400878896							X	+42 SG	X						
40	1400132564															
41	1401283237		X						37-41 SG	X						
42	1400893838					X			37-41 SG		X					
43	1400923072	X							37-41 SG		X					
44	1401231897				X				28-36 SG				X			
45	1450169097	X							37-41 SG	X						
46	1450163715		X						+42 SG		X					
47	1401316722	X							37-41 SG	X						
48	1400003621															
49	1600470045			X					37-41 SG	X						
50	1450178643	X							37-41 SG			X				
TOTAL	50	15	9	5	5	3	2	1	40	13	8	6	5	5	3	40

Anexo 3. Encuesta

Encuesta a madres adolescentes usuarias del Hospital General Macas

La presente encuesta tiene como finalidad conocer los principales problemas del embarazo en adolescentes usuarias del Hospital General Macas.

Marque con una (x) la respuesta que usted considere correcta:

1. Edad de la adolescente.

10 – 15 ()

16 – 19 ()

2. Tipo de etnia al que pertenece.

Blanco ()

Indígena ()

Mestizo ()

Afroamericano ()

3. Procedencia

Rural ()

Urbano ()

4. Ocupación de la adolescente.

Estudiante ()

Quehaceres domésticos ()

Empleada doméstica ()

Comerciante informal ()

Obrera ()

5. Estado civil

Madre soltera ()

Casada ()

Unión libre ()

6. Factores del embarazo en la adolescencia

Desconocimiento ()

Problemas de migración ()

Problemas familiares ()

7. Falta de orientación sexual

Falta de dialogo entre padres e hijos ()

Falta de educación sexual en la unidad educativa ()

Falta de acceso a la educación sexual ()

8. Apoyo familiar y social durante el embarazo.

Aceptación ()

Rechazo ()

Abandono ()

9. Embarazo producto de violación

Si ()

No ()

10. Factores que influyen en las complicaciones

Desconocimiento de riesgos ()

Rechazo al hijo ()

Ocultar el embarazo ()

Alimentación insuficiente ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 4. Manual

Manual de prevención de embarazo y sus complicaciones previo a adolescentes.

ÍNDICE	
Introducción	1
Objetivos	1
¿Qué es pubertad?	3
¿Qué es adolescencia?	3
Cambios corporales en la pubertad	3
Pubertad de la mujer	3
Pubertad del varón	6
Pubertad precoz	9
¿Qué es menarquia?	10
Cuando comienza el embarazo	11
Menstruación	12
Ovulación	12
Fertilización	12
Implantación	12
¿Cómo puedo prevenir el embarazo?	13
Importancia de abstinencia de tener relaciones sexuales	14
Actividades de Enfermería para la Prevención del embarazo en adolescentes	18
¿Qué es embarazo en la adolescencia?	20
Complicaciones del embarazo	20
Recomendaciones	22



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA SALUD HUMANA
CARRERA DE ENFERMERÍA

PREVENCIÓN DE EMBARAZO
EN LA ADOLESCENCIA



Macas 2015

Nombre: Lérica Torres

INTRODUCCIÓN

La etapa de la pubertad es una de las más delicadas e importantes en la vida de todo ser humano. Es toda una serie de cambios físicos y psicológicos que los traslada del mundo infantil, despreocupado y carente de obligaciones que se vive en la niñez y la conduce al mundo adulto, con toda las responsabilidades y compromisos que se adquieren en esta etapa de la vida humana. Todos estos cambios generan orgullos, temor, dan placer y producen sentimiento de culpa. Es una etapa que se da a diferentes edades, según sea cada caso, pero que nadie está exento de atravesarla. Algunos la superan con éxito, otros se confunden y se desvían del camino correcto, sobre todo si no cuenta con el apoyo y orientación adecuada. Somos los padres los llamados a ayudarles a discernir entre lo bueno y lo malo formando seres seguros de sí mismos, que se acepten como son y se preparen para una vida adulta y normal feliz.

OBJETIVOS

Esta guía tiene como fin incentivar a los profesores de la escuela sobre la importancia de la educación sexual a las adolescentes para prevenir los embarazos a temprana edad. Lograr que el pre – adolescente comprenda la importancia que tiene este período de la pubertad en su desarrollo humano.



JUSTIFICACIÓN

Este folleto pretende motivar la conciencia de las adolescentes y prevenir os embarazos no deseados.

El futuro de cada adolescente depende de la educación sexual que reciban.

Para disminuir estos riesgos en los adolescentes se debe tratar el tema en el hogar sobre educación sexual, este folleto pretende concientizar, educar sobre cómo tratar a los adolescentes frente a las situaciones que se presentan en sus casas sus procedimientos y actividades que se pueden hacer durante su vida cotidiana con cada adolescente, para mejorar el estilo de vida.

El control de salud es importante para detectar oportunamente problemas de crecimiento y de incremento de peso, es necesario llevarles al médico o al subcentro de salud más cercano para ver su desarrollo normal



estrógeno. Mientras el estradiol promueve el crecimiento de mamas y del útero, es también la principal hormona conductora del crecimiento puberal y de la maduración epifiseal y cierre.

Los cambios físicos en niñas son los siguientes:

Crecimiento de vello púbico: El vello púbico es por lo general la cuarta manifestación de la pubertad.

También se le refiere como pubarquia, y los vellos se pueden ver por primera vez alrededor de los labios mayores. En alrededor del 15% de las niñas el vello púbico aparece aún antes de que los senos empiecen a desarrollarse.

Cambios en la vagina, el útero y los ovarios: La membrana mucosa de la vagina también cambia en respuesta de los niveles ascendentes de estrógenos, engordando y adquiriendo un color rosáceo. También las características secreciones blancuzcas son un efecto normal de los estrógenos.

Inicio de la menstruación y fertilidad: El primer sangrado menstrual, también conocido como menarquia aparece alrededor de los 12 a los 16 años (en promedio). Los periodos menstruales al inicio casi nunca son regulares y mensuales durante los primeros años. La ovulación es necesaria para la fertilidad y puede o no presentarse en los primeros ciclos.

Durante este periodo, también en respuesta a los niveles

4

DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA

¿Qué es adolescencia?

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización a los 19 o 20. Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud entre los 10 y los 24 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años.

CAMBIOS CORPORALES EN LA PUBERTAD

CAMBIO EN LA FORMA PÉLVICA, REDISTRIBUCIÓN DE LA GRASA Y COMPOSICIÓN CORPORAL.

PUBERTAD EN LA MUJER: En la pubertad de las niñas la hormona dominante en su desarrollo es el estradiol, un

3

ascendentes de estrógeno, la mitad inferior de la pelvis se ensancha (proveyendo un canal de nacimiento más ancho).

Los tejidos adiposos aumentan a un mayor porcentaje de la composición corporal que en los varones, especialmente en la distribución típica en las mujeres de las mamas, caderas, brazos y muslos. Esto produce la forma corporal típica de la mujer.

Crecimiento de vello corporal: En los años y meses posteriores a la aparición del vello púbico. Otras áreas de la piel desarrollan vello más denso aproximadamente en la secuencia siguiente: vello axilar, vello perianal, vello encima de los labios y vello peri areolar. Vello estimulado en mayor parte por los estrógenos y completado por los andrógenos.

Aumento de estatura: El crecimiento es inducido por el estrógeno y comienza aproximadamente al mismo tiempo que los primeros cambios en los senos, o incluso unos cuantos meses antes, haciéndolo una de las primeras manifestaciones de la pubertad en las niñas. El crecimiento de las piernas y los pies se acelera primero. La tasa de crecimiento tiende a alcanzar su velocidad máxima (tanto como 7,5-10 cm anuales).

Olor corporal, cambios en la piel y acné: Niveles ascendentes de andrógenos pueden cambiar la composición de ácidos grasos de la transpiración, resultando en un olor

corporal más "adulto". Esto a menudo ocurre uno o más años antes que la telarquia y la pubarquia. Otro efecto inducido por los andrógenos es el aumento en la secreción de aceite (sebo) en la piel y cantidades variables de acné. Este cambio incrementa la susceptibilidad al acné, que es un rasgo característico de la pubertad, variando en severidad.

Inicio de actividad sexual: Debido a todos los cambios sexuales que el púber ha estado viviendo, puede llegar a confundirse, asustarse o simplemente tener curiosidad, a consecuencia de esto puede llegar a explorarse y en este caso inicia su actividad sexual por medio de la masturbación.

*"Como ves niña estas en etapa de formación,
no estas preparada aún para ser Madre."*

PUBERTAD EN EL VARÓN: En el comienzo de la pubertad en el varón se producen los siguientes cambios físicos y fisiológicos:

- Desarrollo de características sexuales secundarias.
- Desarrollo de la musculatura.
- Formación del cuerpo de adulto.
- Crecimiento de los testículos.

El crecimiento de los testículos es una de las primeras características por las cuales un joven se puede dar cuenta de

que está entrando a la pubertad ya que estos aumentan de tamaño, entre los 13-14 años hasta los 16.

Crecimiento del vello púbico: El vello púbico suele ser de entre las primeras cosas que ocurren cuando un joven ha alcanzado la pubertad.

Aparece primeramente alrededor de la base del pene brotando de una forma delgada con un color claro alrededor de los 11 años, hasta hacerse más gruesos y rizados también su color se hace más oscuro y van brotando más y más hasta que cubren los genitales.

Vello corporal: El eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal es el primer eje que se ve afectado en la pubertad. Se empiezan a generar hormonas tales como la androstenediona, DihidroTestosterona (DHT), estrógenos y progesterona alrededor de los 7/8 años. Esta actividad elevada del eje H-H-Adrenal conocida como "adrenarquía" da lugar a la aparición del vello púbico, vello axilar, vello facial (barba y bigote), vello en las piernas y brazos, una línea de vello que se extiende desde el pene hasta el ombligo, en el pecho entre otras cosas.

Emisión nocturna de semen: Durante su pubertad y adolescencia, el joven puede o no experimentar su primera emisión nocturna, también conocida como sueño húmedo o polución nocturna. Normalmente es una expulsión de semen por el pene, realizada cuando el joven duerme y tiene sueños

frecuentemente asociados con sexo o simplemente por el rozamiento del pene con la ropa. La cantidad total expulsada por el joven es aproximadamente la que cabría en una cuchara, debido a que el semen expulsado es en menor cantidad en poluciones nocturnas, que en eyaculaciones en forma consciente, (masturbación, sexo). Desde ese momento el joven puede fecundar un óvulo.

Crecimiento del pene: Como se vio antes en el púber el primer cambio que ocurrió fue crecimiento de los testículos antes que el pene así que el joven no debe pensar que tiene un pene pequeño, pero a medida que pasa el tiempo también crece su pene llegando al tamaño que tendrá en la etapa adulta. Aunque 14-15 cm es posiblemente una talla media de adultos, varía mucho en la población normal.

Engrosamiento de la voz: Cuando un púber está en etapa del desarrollo físico, se da el crecimiento de la laringe, sus cuerdas vocales se toman más gruesas de manera que la voz de la persona quede gruesa y masculina. Estos van por períodos, puede ser que al principio le salgan los llamados "gallos" al hablar, luego se va tornando más grave la voz y se ve que en el cuello empieza a salir la manzana o nuez de Adán.

Olor corporal: Alcanzada la pubertad, el joven comienza a expulsar olores característicos, especialmente tras el ejercicio físico. La expulsión de sudor por parte de las glándulas

sudoríparas aumenta en la pubertad, lo cual se convierte, aunque no decisivamente, en un factor importante que contribuye al humano corporal. Este olor suele calificarse como desagradable y su intensidad puede variar de persona a persona y de momento en momento.

Crecimiento repentino en la estatura y peso: El joven que ha alcanzado la pubertad entra en un nuevo proceso de crecimiento en estatura de una duración mayor al de las niñas. Este proceso de crecimiento usualmente dura hasta los 19 años de edad en varones, 16 en mujeres. No obstante el crecimiento de talla puede observarse hasta los 20 años.

- Aumento de la libido, y consecuentemente, un impulso que puede llevar al joven a estimular sus órganos genitales.
- Incremento de la actividad de las glándulas sudoríparas.
- Incremento de la actividad de las glándulas sebáceas.

"El hombre no tiene alas, pero el deseo del joven es volar, cuando apenas se ha parado, y aún no sabe caminar".

PUBERTAD PRECOZ: La pubertad precoz es la pubertad anormalmente temprana. Este trastorno está motivado por una activación prematura del sistema de hormonas sexuales, en concreto, de las gonadotropinas. Las causas por las que se

alteran estas hormonas son, en la mayoría de las ocasiones, desconocidas, sobre todo en las niñas, mientras que en los niños se suele asociar con frecuencia a procesos orgánicos.

En las chicas aparece la menstruación cuando aún no está informada sobre ella, porque nadie espera que a los 8 años surja la primera menstruación. Otras veces la aparición del vello púbico antes de tiempo y el crecimiento de los pechos y la aparición del acné hacen la niña sentirse distinta a las demás amigas de su edad. Los especialistas señalan además que esa pubertad precoz puede tener consecuencias posteriores notables, y citan, por ejemplo, la posibilidad de acumular grasas o padecer una apreciable resistencia a la acción de la insulina, exceso de peso o, en algunos casos, un exceso de vello.

"Si un niño está en pleno proceso de crecimiento y de formación de su personalidad, su bienestar depende no sólo de sí mismo, sino también del entorno familiar y académico".

¿QUÉ ES MENARQUIA?

La **menarquia** es el día en el cual se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.

Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de la pubertad femenina, como la señal de la posibilidad de la fecundación.

La oportunidad de la menarquia está influida por factores genéticos y ambientales, especialmente lo nutricional y lo psicológico. El promedio de edad de la menarquia ha bajado en el último siglo, y su magnitud y los factores responsables siguen en discusión.

Menarquia y menopausia pueden estar directamente relacionadas, ya que si una mujer tiene una menarquia temprana puede que también tenga una menopausia temprana; esto es debido principalmente a que el periodo reproductivo de la mujer se encuentra determinado, además de por otros factores, por el número de óvulos que madurarán durante su periodo reproductivo. Para mantener el periodo regular menstrual, el contenido de lípidos (grasas) del cuerpo femenino debe ser de 22% o mayor. En el caso de los hombres, similar proceso se denomina espermarquia y es el primer signo clínico externo de que se ha iniciado la función reproductiva.

¿CUÁNDO COMIENZA EL EMBARAZO?

Para que la mujer quede embarazada, el ovario debe liberar un óvulo, es decir, debe haber ovulación. Luego, el esperma y

el óvulo deben unirse y formar una sola célula, es decir, debe ocurrir la fertilización.

El embarazo comienza en el momento en que el óvulo fertilizado se adhiere al útero y comienza a crecer, y sólo si esto ocurre. Esto se denomina implantación.

Menstruación: Durante las dos primeras semanas del ciclo menstrual, la mujer tiene el periodo menstrual, que generalmente dura entre tres y siete días. Luego, las hormonas hacen madurar los óvulos en los ovarios y se engrosa el revestimiento del útero.

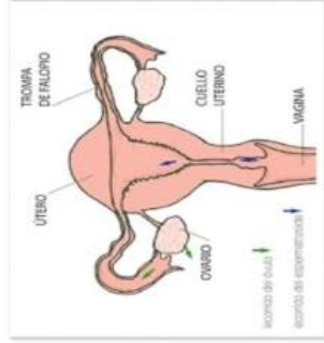
Ovulación: La ovulación ocurre aproximadamente dos semanas antes del momento en que la mujer debería tener el siguiente periodo menstrual. El óvulo entra en una de las trompas de Falopio y comienza a desplazarse hacia el útero.

Fertilización: Después de la relación sexual vaginal o de la inseminación alternativa, cientos de espermatozoides suben por el útero hacia las trompas de Falopio. En una de las trompas puede haber un óvulo, que puede ser fertilizado por un espermatozoide. Los demás millones de espermatozoides son filtrados fuera de la vagina o son absorbidos por el cuerpo de la mujer.

Implantación: El óvulo fertilizado baja por la trompa de Falopio y se divide cada vez en más células, hasta formar una

bola. Esta bola de células llega al útero entre tres y cuatro días después de la fertilización.

Luego, la bola flota en el útero durante otros dos o tres días. El embarazo comienza si la bola de células se adhiere al revestimiento del **Útero**. Esto se denomina implantación. Por lo general, comienza aproximadamente seis días después de la fertilización y demora entre tres y cuatro días en completarse. El embrión se desarrolla a partir de las células internas de la bola. La placenta se desarrolla a partir de las células externas de la bola.



¿CÓMO PUEDO PREVENIR EL EMBARAZO?



La mejor manera en que la mujer sexualmente activa puede

prevenir el embarazo es el uso adecuado y constante de un método anticonceptivo. Hay muchas opciones de métodos anticonceptivos seguros y eficaces.

Importancia de abstinencia de tener relaciones sexuales

La abstinencia sexual, consiste como es de esperarse en no mantener relaciones sexuales durante un tiempo determinado. En algunas ocasiones, se debe a una imposición religiosa; existen varias religiones, que promueven la abstinencia sexual hasta el matrimonio y condenan como pecado a toda relación sexual que se realice en un marco extra matrimonial. Cómo practicar la abstinencia sexual.

La sexualidad ha sido más que enfatizada en la sociedad actual. La televisión, la radio, el internet, los libros, las revistas gritan "¡Pantalones abajo! ¡Mueve lo que tu madre te dio!".

Aquí tienes algunas ideas que te ayudarán a ignorar esos mensajes y a mantener tus pantalones puestos mientras que el mundo se los baja.

1. Mantente concentrado. Piensa en tu vida. Tómate las cosas de manera progresiva, vive el día a día. Planifica tu vida, ten sueños y planea las metas que deseas lograr. Esas metas serán tu motivación. Concéntrate en tu futuro. Tomar riesgos sexuales ocasionales pueden condicionar tu futuro. Mantente concentrado.

derivar en la depresión y el riesgo de suicidio. El sexo tiene consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y sociales. Hay más de 25 enfermedades de transmisión sexual hoy en día, y en algunas sus síntomas no se muestran en todo momento. Tú podrías no saber que estás enfermo. Si practicas la abstinencia, no estarás en riesgo de contraer ninguna de esas enfermedades.



4. No te tientes. Entrar en situaciones en las que piensas que puedes ir un poco más, puede dar lugar a un exceso. Depende de tu fuerza de voluntad y tu capacidad de resistir, pero un buen método es no estar solos durante prolongados periodos de tiempo.



16



2. Elige a tus amigos con sabiduría. Asegúrate siempre de que estés rodeado de personas que comparten tus mismos valores. Si te rodeas de personas que no comparten tus metas, solo perderás el tiempo. La presión del grupo es grande. Sin darnos cuenta, las personas que nos rodean influyen de una forma u otra en las decisiones que tomamos.



3. Recuérdate de las ventajas que tienes. Tener relaciones sexuales te expone a muchos riesgos que de otro modo no tendrías que hacer frente. No desearás que se rompa tu adolescencia por tener un bebé o por contraer una enfermedad de transmisión sexual. Algunos adolescentes experimentan una intensa pena en esos casos, que puede

15

5. Siéntete orgulloso. ¡Ama tu pureza! Algunos tu pureza algo hermoso, muchos libros así lo reflejan.



6. Sé saludable: Recuerda que aunque no practiques el sexo, los hombres tienen que liberar el semen de vez en cuando debido a la acumulación. Imagínate que decides dejar de ir al baño, habrá un montón de líquido retenido y en algún momento saldrá, quieras o no. Si no lo sueltas, tendrás sueños húmedos. Recuerda que, aunque la abstinencia es una decisión aceptable y prudente, debes ser consciente de que si no liberas esperma, las liberaciones nocturnas podrían ser frecuentes. No te alarmes, es normal tener sueños húmedos.



17

7. Prepárate para tener razones de antemano. Las razones para practicar la abstinencia son importantes, aunque el mero hecho de no querer tener relaciones sexuales con tu pareja podría bastar. El querer protegerse hasta el matrimonio o el miedo a quedar embarazada o a adquirir una enfermedad de transmisión sexual pueden ser razones lógicas y comunes. No te limites a decir "porque yo lo digo", ya que tu pareja puede que no comprenda tu actitud.



8. Asegúrate de que tu pareja respete tus deseos. Sin embargo, si a tu pareja le molesta esta actitud, puede que sea mejor que cambies de pareja y buscar a alguien que respete tus decisiones.

Actividades de Enfermería para la Prevención del embarazo en adolescentes

- Establecer campañas educativas enfocadas a la prevención del embarazo en adolescentes.
- Hacer inventario de los diferentes actores sociales que puedan participar en programas y actividades de atención de la adolescente embarazada, su pareja y su familia.

18

- Identificar grupos de riesgo según el Análisis de Situación de Salud.
- Conformar un equipo intersectorial, para su atención.
- Implementar un programa de educación para la salud, para la madre y su grupo familiar y prevenir complicaciones en el embarazo.
- Detección temprana de la adolescente embarazada.
- Capacitación temprana de la adolescente embarazada.
- Información sobre las actividades de la pre-consulta.
- Información sobre la dieta adecuada y suplementos vitamínicos.
- Indicaciones para llevar una dieta balanceada.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Detección de complicaciones patológicas.
- Es fundamental desarrollar valores personales, como el respeto a nuestro cuerpo, a la vida y las decisiones de los demás.
- Anteponer proyectos de vida y sueños profesionales a emocionales.
- Usar condones siempre al tener relaciones sexuales.
- Evita el consumo de alcohol y drogas, para no perder el control cuando se esté con la pareja y puedan tomar decisiones adecuadas y responsables sobre el ejercicio de la sexualidad. Las hormonas y las drogas no son buenos consejeros.

- Desarrollar valores personales, como el respeto a tu cuerpo, a la vida, a las decisiones de los demás, al ejercicio de la sexualidad.
- El embarazo adolescente se previene, no se cura. A partir desde esa premisa los padres pueden ayudar a sus hijos a transitar por una sexualidad responsable, las conversaciones respecto a la importancia del correcto uso de métodos de protección.

¿QUÉ ES EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA?



Se considera embarazo a temprana edad el que ocurre entre los 10 y 19 años, es decir durante la adolescencia y NO es conveniente por los riesgos biológicos, psicológicos y sociales a los que se exponen la madre, el feto y posteriormente el recién nacido.

Complicaciones del embarazo

Anemia, Mortalidad fetal
Infecciones urinarias
Hipertensión arterial gravídica

Amenaza de parto pre termino
Ruptura de membranas

CONCEJOS A LOS ADOLESCENTES

- Sé fuerte en tu determinación. No dejes que nadie te impida lograr tu deseo.
- El corazón no puede desear lo que los ojos no pueden ver.
- Controla tu vista. Salir de casa puede alejar el deseo sexual. Tienes que pensar en las metas a corto y largo plazo. Pero tienes que aprender a decir no o a rechazar ciertos pensamientos.
- Si tus amigos están tratando de minar tu propósito, examina a tus amigos y su lealtad. Luego, examina tus ideas. ¿Son buenas?
- La abstinencia es la única forma de control de la natalidad 100% eficaz.
- Recuerda, tienes que proteger y salvaguardar algo irreplaceable.
- La comunicación es lo primero en una relación. Antes de entrar en tu dormitorio, tu pareja tiene que saber si estás o no listo para mantener relaciones sexuales.
- No es necesario que tengas relaciones con tu pareja. Después de todo, si lo único que importa es el sexo, tu relación probablemente no tendrá un gran futuro.

21

- Los anillos o pulseras pueden servir para recordarte tu propósito.
- Si necesitas encontrar un amigo que te apoye en tu plan, encuéntralo. La abstinencia no siempre es fácil de llevar y tener alguien que te apoye puede ser de gran ayuda.
- Piensa en la abstinencia. Si consigues mantenerte así hasta el matrimonio, eso puede hacer que tu matrimonio sea algo especial.

RECOMENDACIONES



22

"Adolescentes planifiquen su proyecto de vida, con la finalidad de que cumplan sus metas de manera exitosa, evitando un embarazo precoz. Todo a su tiempo".





UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**AENTS TSJAMARTIN AKANKAMU
TSUAKRATIN AJASTIN UNUIMIAMU**

NATSA ajaprukain TUSARIYÁMU



NAJANA: Lénida Alexandra torres

Puyo 2015

INIAKMARI

Imiantri	1
Iniakmari	2
Juarma	3
Amiktin	4
¿Natsámamu warimpiait?	5
¿Natsash warimpiait?	5
Natsámakur yapajniamu	6
Nuwa natsámamu	6
Aishmank natsámamu	9
Warik natsámamu	12
¿Numpareamu warimpiait?	13
Arutai ajaprukmath juara	14
Nantu wainma	14
Tsereamu	14
Pamparmin	14
Pamparchamnia	15
¿itiurkana ajaprukchamniaitaj?	16
Nijjmartin katsuntratrin imiantri	16
Natsa ajaprukain tusa tsuakratin iyámu	21
¿Natsa ajaprukmath warimpiait?	23
Ajaprukma iturchatri	23
Akatmamama	24

JUARMA

Aents pampamunmanka, natsamamuka paant penker tsakaamu tesaramuiti Ju tesamunmanka mash ayash tura enentajijai yapajniamuiti, uchichinmaya najantai uunt ajakur inianmawai ,nui ii najanatniuri aentstikia penker umiktin chichamruktiniati.



Yapajniamunmanka ,waramu, sapijiamu,purushniamu tura umitmakua anis nekaptainti. Juinkia nankamas uwi takakmanumsha nankamatainti,tura yakish junaka iniankakchamniati. Tikichkia penker iniankainiati, tura tikichkia yaja jintia achik meseawai penker enentaimtusar jintinchamka. éxito.li apartinti untsukmatiji yajauch tura penkera au aujmatsatin, nujai emamkesar atsakmaji aents arum penker ninki atin nuya waras pujustin.

AMIKTIN

Ju jintiaka unuikiarkin uuimiatai Carlomagno Andrade ainian jintiawai, uchi natsamak warik ajaprukarain tusar chichamruktin.



Uchi natsamak tsakaak paantrin emamkes imiantrin nekatniuiti.

INIAKMAMU

Juu papikia natsan enentain penker suawai, aantar warik ajaprukain tusa.

Natsa ukunmarinkia nijimat penker enentajijai unuiniarma atiniati.

Natsanam itiuurchat wainkiaj tusarkia penker jea nijimat, pampatai aujmatsatniuiti, jutikiakur natsa ni tsakamuri, najanmari, takakmamuri paant ewekatsar shiir apujsatniuiti aitkiakur ni pujamuri yapajiat tusar.

Jaatjai tusar imiamu penkeraiti warik tsakaamu, kijintri itiuurchattri nekaratsar turakur tsuamatai jea tijiuch amanum jukitniuiti tsakamuri penker nekaratsar.



NATSANU TAMAA

¿Natsamamush warimpiat?

Natsamamuka enentai, ayash tura pujamu yapajniamuiiti, tura juinkia uchichinmania tura uunt ajamu juarmanumaiti. Ju ankannum natsamamu tura uuntmatnum nankmamu penkeraiti, tsuakratin tura nekainia tama, nekaska uwi 10 tura 12 juareawai aintsan uwi 19 tura 20 amunawai.

Tsuamatai yaja nuncanam iruntramu tawai, natsamamuka uwi 10 nuya 19 jui atiniaiti, aintsan natsamamuka uwi 10 nuya 24 enketkawai. Natsamat yama juarmaka nekaska nuwachinmanka uwi 10 juareawai tura aishmanchinmanka uwi 11 juarui, tura uwi 14 -15 jeamniaiti. Tura natsamartin ajepentri ukunmash aminiaiti turanak uwi 19 jeamniaiti, aintsan penke natsamatka uwi 20 tura 24 jeawai.

Natsamakur ayash yapajniamu

Nua natsamarma: nuwach natsamarfatkuinkia imiantri takakui. nuu imantri muntsuri tura nakichin atsakmawai, aintsan imiantrinkia tsakamurin yapajniamurin tsamamitkiawaim tura amuawai.

Nuwach yapajniamuri ju ainiawai: Urankat tsakamu: urankat tsakaamuka aintiuk uuntmak natsanam nekamatainti.

3

Yama natsamamunmanka urantaka ochuki ayamprin wainkiamniaiti. Tura 15% nuwach urantaa wainkiamniaiti muntsurisha tsakarchamunmank.

Chuki,nakich, tsereamu yapajniamu: chuki mash metekar metekar yapajniawai, tura nuwentikia kapantaku ajawai. Tura pujutkan tsaeteawai imiantri paamtikiak.

Nantu wainkiar pampartin juarma: numparkatin eemka juarmaka uwi 12 nuya 16 juarniuiti, numpartan juarkunka metekchaiti tuke nantuka achaiti, tura tsereamurinkia nantu wainmanum metekka achamniaiti yama juarkunka.

URERKUR YAPAJNIAMU, MACHARI NAKAMURI TURA AYASH YAPAJNIAMU

Ju ankan tsakaamunam waki weawai, nui nuwa naintri wankaawai (turak akintitari wankaram ajawai).Tura tsakatairi nukap ajawai aishmannaka awakek, nuwanmanka ,muntsurin, kajkerin, kunturin, tura kakamarin nakareawai, nuwa ayashin juka tuke atiniaiti.

Ayashnum ure tsakaamu: uwi nankamaki weak urankat tsakarmanum , ayashnum ure jintian juamliuti, tsukapnum, wenu yakintrin, kankajniun, makunam nui penker tsakat juarnawai.

4

Yakini tsakaamu: tsakaamuka imiantri utsuawai , turak yapajniatan juareawai, muntsuri emkaka, juka wariksha aminiaiti nuwanmanka .makui tura naweya tsakaamu emkaka wainniawai,juinkia warik tsakaak (7,5-10 ankantash tsakaawai uwi nankamak).

Ayash kunkuamu, ayash yapajniamu tura jankurma: warik tsakaki weak mash yapajniak , jankurkatsa ayashin machamtkiawai, nujai iniakmameawa"uunt" kunkut juamawai.juinkianatsamat juartsuk aminiaiti. Tura fikich yapajniamush aminiaiti, ayashnum macharma, tura ayashnum jankurma.Juu yapajniamu tuke natsa jankurkatin tusa tesaramuiti, aintsan yapajniamniaiti.

Pampat juarma: pampat tuke yapajniamunamitiurchat wainkiamniaiti , awakmamkamniaiti, tura waurisan enentaimsamniaiti, tura waurсатаj tukama pamparmin enentaimsamniaiti, juarkunka ewejen nijitian juarkittiwai.

"Nawant asam aya tsakartin iwiarname, tura nuka ajastin iwiarnarchaitme."

Aishmank natsamamu: aishman natsamat juarmanumka junis yapajniawai:E

Ukunmari ayashin atsakmamu.

- o Kakarmari tsakarma.

- o Uunt ayash najanamu.
- o Eapuri uuntmamu.

Eapuri uunt ajak natsamat juamarin nekamattawai natsamaika uwi 13-14 tura 16 juarnawai.

Urangkat tsakaamu : urantarat emkaka aishmannumka tsakat juarniuiti natsamatniun nekaamak. Emkaka katan ayamrin urangkat pujutka tsererach jiinniuiti uwi 11 takakkui, tsakaki weak kampuram ,shirimtaku mukusatka ajawiti, tura tsawant nankamak mash sukin amuwiti.

Ayash urerma: juinkia aishmanka urertan juareawai, nekatairi mash enkekma pachimrar tsakaamurijia metekmar weak , uwi 7/8 takakmanum ju yapajniamu awati. Juink urantarat juarui, tsukapnum urereawai, susureawai, kankajinium, tura makunam urertan juarui, aintsan urantari untuchia timianai jeawai, aintsan netespnumsha urertan juarui.

Nuchip kashi ajapmamma: Natsamak nuchipiin kashi mesekranam ajapmamnaiiti ,nu yamaikia mesekranam ajapmamtai, turutskesh kashi chupirminiaiti. Nekamka nuchipin katini ajapeawai mesekranam nuwankesh nijiak, ainkish nuwa misun tura ni apujmamsamuri antiak numi kanarminiaiti..Natsa nuchip mesekranam ajapmammuka shikikiar yutainiam piakminiaiti, wari mesekranam aitkia asa,

metekchaiti nijirmakur ajapmamujainkia, juniak natsa pampatan juaruk ajaprunkamniaiti.

Kata tsakaamu: **Emkaka uranta tsakaawai**, nuya eapuri uuntmawai kati uuntmachmanum nujai natsaka kuntuts enentaimprachminiaiti. Katan uchichin takakjai tusa, tura tsakaki weak katisha tsakaki weawai, nui unnt ajak 14-15 cm takaku atiniaiti, tura tikich aents matsatkamunam yapajiniamniaiti.

Chichamu kampuram ajamu: Natsa ayashi tsakaki weak suwe tsakaawai tumaak chichamuri kampuram aishmanna anis antuneawai. Tsakaki weak yamaikikkia "suyank" ajawiti turunki weak penke chicham antunawai turunki weak titi tsakawiti.

Ayash kunkuamu: natasa ni ayashn kunkutan juarui imiankaska nakurus, tsekenmiatai. Natsamaki weak nukap semamuri ajapniuiti tuma aentsu uunt ayash ajamunam yaimiawai. Ju kunkuamuka itit nekapramniati tikich iyamka kunkuntiyapajniawai nankamas aents tura tui puja nui.

Nayari tura kijintri tsakamu: natsa natsamakka tsakatan juarui nuwach aentschachuiti. Ju tsakaamuka aishmannumka uwi 19 takakkush tsakarminiaiti. Nuya nuwaka 16 uwi takusminiaiti. Tura nayarinkia uwi 20 takakkuish tsakamuri nekaramniaiti.

& kunkatri nekamamu, nujai ni pampatairi paant ewekamui uuntma asa. Tii ayashin seartinian juareawai.

*"aishmanka nanapen takatsui, tura natsa enentainkia
naniaktinian enentaimiui, yama tsakaak, wekasatniun
nekatsui".*

Tii ni ayashin macha awiti.

Wárik natsamamu: warik natsamamuka imianchaiti tsakaamunmanka, ju iturchatka tsakatai warik pampatairi imiantri inakmamkui.

Ju juniamuka nakachmaiti urukamtain aintiaian nuwachi nmanka, antsu aishmannumka ni ayashin kakaram umuchtan nekapea asa ainkiamniaiti.

Nuwanmanka numpareamuri awai nekachma ,nekatsui uwi 8 takakmunam numparkamniaiti.

Tikichkia ,warik urantari takusminiaiti ,tura muntsurisha jintiukminiaiti aentsan junkurkamniaiti ,tumaak ni aijai tikicha anis nekapramniaiti.

Juna unuimiatraruka natsa junis warik iniakmamuka ukunam iturchatan wainkiamniaiti ,ayashin nukap macha takusminiaiti ,ni numpe ayamrutai majat aminiaiti, tii nuweram turutskesh nukap urentan juarkimniaiti.

*"Uchi yaitmataik tsakaki weak tura nii enentai yapajniak
,ni waramurinkia niniukechuiti, aintsan ni shuarnumash
áchitkiawai"*

¿NUMPAREAMUSH WARIMPIAIT?

Yama Numpareamu juarmaiti ,nantu wainiat juarkur ,yama nuwa natsamat juaruk numpan ajaptan juarmaiti. Nuwa junitian unuimiatranuka chichainiak, juka nuwa tuke junis ni ayashin iniakmamu attiniaiti tura tumaak pampak ajapruckminiaiiti.

Jui numparmaka ayash tsakamu tura pujamurijiai achitkiawai, emkaka yurumtairi tura ni pujamuri itur puja , nuu enentajijai warik numparkamniaiti. Warik nuwa numpartai uwirinkia imiant nekarachmaiti, ju tsawant pujamunam tii yapajniaiti, tura unuimiatiniak pujurainiawai.

Warik numparat juarma tura uuntmakur warik numparat ikiuamujai metekete, nuwa warik numparkanka warik numpartan amiktatui , nuwa juniakka tsawantri tesaramuiti, tura tikich iturchatan takakkush junikminiaiiti aintsan warik tsereamuri tsamarkam warik numparmawiti.

Nuwa nantu wainiuk penker numpartan juarkunka ,nuwa ayashi machari 22% nakamasan atiniaiti. Aishmannusha aintsan yama nuchipi entsachiri jintian juarkunka, nisha pamparminiaiiti.

¿AJAPRUKMASH URUTAI JUARA?

Nuwa ajaprukat takurkia emkaka tsereamuri tsamaku atiniaiti,turamu nuchipjiai inkiunaik tikichik iwiakuk ajastiniaiti un tumaak uchi najanawai. Nui tumaki weak tikichik iwiakuk ajasma nakichi enkema uuntmata juarui , tura junis atsakuinkia nua ajapruckhamniaiti, tura nakichi enkemanka ajapruck juaktatui.

Nantu wainma: jimira asakamunam nantu juarmanum nuwa nantu wainniuiti tura numparmaka menait tura tsenken tsawant nankamasminiaiiti. Nuya tsereamuri tsamak nakichan ayaampriin tuup amajeawai.

Pamparkin : jimira atsakamu nankamas, numparkatin juarkittiak pamparkin iwiarnarniaiiti. Tura pampartin nuchipi jintiniti enkemeawai tura nakichnumani weawai.

Pampamu: nijimrar amikiar turutskesch nuchip enketmamkar , amuchat nuchip nakichnumani shimiawai nuchipi jintini , tura nui tsereamuri –nuya tikichki nuchipjiai wainniaik uchi najanarniniaiiti. Tura tikich amuchat nuchipkia aa ajapamu turutskesch nuwa ayashin menkakattui.

Najanarma: Uchi najanarma nakichio jintinia akaikittiu nui iwiak nukap nakanairtatui tumaak tente ajastatui , ju tente ajas menaint turutskesch aintiuk tsawannum nakichnum pujuattawai.

Nuya nui jea nakichnum nanamsattawai jimiaira tura aintiuk

Tente iwiak najanaru nakichnum jea penker nakichan jeen achimkiamtainkia ajaprukmaiti.

Juniakui, pampartatui timiniiaiti, juka pampaatka menaint tura aintiuk tsawannum nekamamniiaiti.

Tente Najanarua iwiak initia tsakakui pant iniakmamwawai, tura esejikirinkia nuna tentan aani nukukeawai.

¿ITIURKARIA AJAPRUKCHAMNIAIT?



Nuwa pamparmin ajaprukaj takunka penker imiasminiati, emkaka tsuak ajaprukchatniun umar, tura nukap irunui tikich tsuak umarar penkesha ajaprukain tamaaj.

Nijirmartin katsuntratrin imiantri

Nijimat katsuntratniuka penkesha nijirmatsuk tswant pujamuiti. Tikichkia yusa chichamrin ainia nujai pujakka ni katsuntratata tutui katsuntin ainiawai, yusa chichamrin nukap

irunui nii nijirmarairap tusar chichamruiniawai, aintsan nuatnaikiarain tusarsha nakitin ainiawai, tura nuatnaitsuk nijirmarmanka maakcha anis iniawai, Nijimatmat enbentaikia yamai aents matsatkamunam paant ewekamsamuiti; wakan iitainiam, tuntuinmani, ejemaknum, papi aujtainiam, pitsumak nunkach awekamunam „nuku amasma umuchiamu, jui nekata nu chicham enentai sukarta yapajniamna ,tuke pitsumkaram jinkiamata, tikich aesntska yajauch enentaimianiai .

1. Takamat pujusta. Iwiakmarmin enentaimsata. Ame najanma emtikiata, tsawant tuke pijusta. Iwiakmaram arumia enentaimsata, mesekramrata tura ame amiktin imiasta. Ame amiktin ikiakarta, tura arum atin nekata. Ame amiktinrum kakarmaiti, nankamas nijimat enentai takakumka ame arum atin nuna majat ewekatmawai, shiir takamtak pujusta.



2. Amikrum enentaimram jukta. Emamkesam yaa aentsjaiya pujam un nekamata, ame itur pujam anisan atitiniiaiti. Aents ame enentaimnia amiktin tamena nunis enentaimchakuinkia antram tsawantrum ajapeame. Nekas

aentsjai pujamna un ti kakarmaiti, nekamakrikia, ii wakeramuncha jutikiata taukartiniaiti.



3. Amék enentaimtumastá. Nijimatka ititurchatnum enkemkaminiaiti ame ayamprumakchaminiai ajasminiaitme. Warik natsak uchi akiam turaksha sunkurmakam ame penker tsakaamuram tsupirkamu juakminiaiti. Tikich natsa ainiaaka , junis iniakmamkunka kuntuts, jakamnia ennetain takusminiaiti, tura nuna katsunchakka mamaminiaiti. Nijimatka ititurchatan inkumtikratniuiti, ii ayashin ,enentain,waratainiam tura matsatmanum. Nankamsar nijirmakur sunkurmatai 25 irunui ,nuna numasri tikichkia nekaneatsui, ameka jaamurmesh nekamatsme, tuma asa nijimat katsunkunka sunkurmakchaminiaitme.



4. Anankmawawait. Emkamnia nekapeakmeka nekata takat ti sumamsamniaitme. Amini juawai kakantratin tura katsuntratin, penker chichmaka amek tuke tswant juakaip tukartawai.



5. Nankamaku enentaimsata. ipaanniuram aneta! Shirmaram iniakmamkum ,papi nuni etsereawai.



6. Sunkurmakcha atá.Nekata nijirmachkush aishmanka tuke nuchipin ajapmamatniuiti nukap piakmatai. Tsuatmatainiam wetin iniasamsha tuke nuchip piak akukanka tuke jinkitin awai, wakerachiatmek. Tura akupchakmeka kashi chupiram tswaratatme.kunkat katsuntratin penkeraiti turasha tuke

nuchip ajapmamathuiitme nuchuka kashi tuke jiniamram tsawaittiame ,tumakun itiuurchat enentamrait, tuke tumatainti.



7. Ukunam winitin nakasta. Nijirmartin katsuntratin penkeraiti, turasha nujainkNuwajai nijirmarcha anis nekaprarniiaiti. Nuatnaikiar nijirmartajai tama, turutskesh ajapructin ashamamu, nijirmak sunkumakai takunka nusha penkeraiti. Wi takui amikchamniaitme, ame nuwa takakma ame enentaimmena nunis enentaimchakma itiuurchat wainkiarniiaiti.



8. Ame nuwem wakeramurmin arantuktin. Nuwem ame wakeramun arantashkunka ,tikich nuwajai yapajiamniiaiti, nujai ame wakeramun nuwa arantin waitmakminiaitme.

Natsa ajaprugarain tusar tsuakratniu takatri

- Natsa ajaprugarain tusar chichamrukar tsawant tesasar

unuiniamu.

- Aents matsatkamunam nekainia juukar natsa ajapruku, nuatnaikiaru, tura nii shuari chicham arat tusar.
- Tuimpia itiuurchatan takakainia un nekaratniuiti, tsuamatainiam iisar.
- Numtak iruntramtu takakmainmia irunturar yaintiniiaiti.
- Tsuamatai enentai jintintiatniuiti ,nukuriniu,tura ni shuarijai,turakur ajapruk itiuurchatan wainkian tusar.
- Warik natsa ajaprukma nekamu
- Natsa ajapruku warik unuiniamu.
- Warik imiastin takat ujamu.
- Penker Yurumak tura ikiaunkar tsakatai sutai ujamu.
- Penker yurumatin jintinma.
- Nijimat tura pampat chichamrin.
- Itiuurchat jaamu warik nekamamu.
- Ii ayashi penker iayamu, arantamu tura ii iwiakmari tura tikich tamasha.
- Takakmas emkatin chichaman unuimiatrar apujsatniuiti.
- Katasek nijirmakur tuke apujmamsatniuiti.
- Awarin umaraip tumakmeke ame tsaniakmarmijai penker aujatsam nijirmarniniam, tsuak, tura awarin penkerchaiti nekainia tuiniawai.
- Tuke ii penkeri paan ewekamsatniuiti, ii yashi, iwiakmari, tikich tauiniamu, tura nijimat arantukar.

- Natsa ajaprukain tusaarkia kishmakminiati, tura antsu tsuarchamniati, ju ennetajijai apa ni uchirin yainmin ainiawai iturkaria penker nijimat chichamrukar pujusminiati ainstan ajaprukain tusar imiatai iistin.

¿NATSA AJAPRUKMASH WARIMPIAIT?



Warik natsa uwi 10 nuya 19 takaku ajaprukmaiti, turasha ajaprukchati tamaiti ,tsakamuri,tura enentain itiuorchatan wainkiain tusar ,ukunam nukuri tura uchiri yama akiniasha nekamamniati.

Ajaprukma itiuorchatri

Putsumat sunkur
Uchi najanaru jaamu
Shikitmatai sunkuri
Numpoe warik wekamu
Ishimkimnia
Pampatairi jaanarma

Natsa chicharma

- Ame wakeramu kakantrat. Ame wakeramun yakish tsupirtamkain.
- Ame jimijia iyachmaka ame enentaimkia wakerukchamniati.
- Jiimi iista, jeania jinkium nijimat arantuktatme. Ame wakeramu, warik tura ukunam atin enentainsatniuiti.atsa tuke titin nekatniuitime tura yajauch enentai kishmaktiniiatme.
- Amikrum enentaimin iturchar ewekamsataj tuiniakui ,amikrum penker isarta, nekasashit, tura ni inentaimmia . ¿penkerashit?
- Kunkat katsunkur uchi akiachtin 100% penkeraiti.
- Tuke iistin tura ayampruktin enentai takustiniati imian yapajachmin.
- Chicham tunainiamu penkeraiti, chichamumnanka. peaknum tepetsuk ame nuwemka nekamaitniuiti, nekasash penker iwiamaram nijirmarta tame nuna.
- Ame nuwen aya nijirchatniuiti , tura aya niji pujustaj takumka itiuorchat ame nuwemjai wainkiattame.
- Ewejmak, tura etsa itiakia aya ame timia nuna ennetaimtikiu.
- Ame amikrum takatrumin yainmaktaj takumka , wainkiata. Kunkat kastuntratniuka, ii ai utsumnatsui turasha chichamjai

yainmakiniati.

- Katsuntratin enentaimrata. Junisam nuatnaiyakmeke ame nuatnaiwiamuram pénger atatui.

AKATMAMMA



"Natsa asam ame tsakáamuram pénger jukitia, ame enentaimmiarame pénger warásam amikiniam, wárik ajápruktín kishmaktá. Túke tsawantín"



Anexo 6. Tríptico

célula, es decir, debe ocurrir la fertilización. El embarazo comienza en el momento en que el óvulo fertilizado se adhiere al útero y comienza a crecer, y sólo si esto ocurre, y sólo si esto ocurre, esto se denomina implantación.

¿Qué es abstinencia?

Consiste en no mantener relaciones sexuales durante un tiempo determinado.



Como ayudar a la prevención de embarazos en adolescentes

- + Establecer campañas educativas enfocadas a la prevención del embarazo en adolescentes.
- + Implementar un programa de educación para la salud, para la madre y su grupo familiar y prevenir complicaciones en el embarazo.
- + Consejería en salud sexual y reproductiva.
- + Anteponer proyectos de vida y sueños profesionales a emocionales.
- + Indicar el correcto uso de los métodos anticonceptivos.

- + Información sobre la dieta adecuada y suplementos vitamínicos.
- + Evita el consumo de alcohol y drogas, para no perder el control cuando se esté con la pareja y puedan tomar decisiones adecuadas y responsables sobre el ejercicio de la sexualidad. Las hormonas y las drogas no son buenos consejeros.
- + Desarrollar valores personales, como el respeto a tu cuerpo, a la vida, a las decisiones de los demás, al ejercicio de la sexualidad.
- + El embarazo adolescente se previene, no se cura. A partir desde esa premisa los padres pueden ayudar a sus hijos a transitar por una sexualidad responsable, las conversaciones respecto a la importancia del correcto uso de métodos de protección.



PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



AUTORA: LÉRIDA TORRES

DEFINICION – EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



Se considera embarazo a temprana edad el que ocurre entre los 10 y 19 años, es decir durante la adolescencia y no es conveniente por los riesgos biológicos, psicológicos y sociales a los que se exponen la madre, el feto y posteriormente el recién nacido.

Pubertad

Son cambios corporales en la maduración sexual más que en los cambios psicosociales.

El crecimiento se acelera en la primera mitad de la pubertad alcanzando su desarrollo final.

Adolescencia

Es un período de desarrollo biológico, psicológico,

sexual asociado posterior a la niñez, es desde los 10 – 19 años.



Etapas de la adolescencia

- Pre-pubertad 10 – 12 años
- Pubertad 13 – 14 años
- Adolescencia 15 – 19 años
- Adolescencia tardía 20 – 24 años

Pubertad en la mujer

- Crecimiento de vello púbico.
- Desarrollo mamario.
- Cambios en la vagina, el útero y los ovarios.
- Inicio de la menstruación y fertilidad.
- Cambio en la forma pélvica, redistribución de la grasa y composición corporal.

- Crecimiento de vello corporal.
- Aumento de estatura.
- Olor corporal, cambios en la piel y acné.
- Inicio de actividad sexual.

Pubertad precoz

Pubertad anormalmente temprana, activación prematura del sistema de hormonas sexuales gonadotrofinas

Menarquia

Es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.



Cuando comienza el embarazo

El ovario debe liberar un óvulo, es decir, debe haber ovulación. Luego, el espermia y el óvulo deben unirse y formar una sola

Anexo 7. Tríptico en shuar

inkiuinaik tikichik iwiakuk
 ajastiniati un tumaak uchi
 najanawai. Nui tumaki weak
 tikichik iwiakuk ajasma nakichi
 enkema uunitimata juarui , tura
 junis atsakuinkia nua
 ajaprukhamniati, tura nakichi
 enkemanka ajapruk juaktiatui.

¿Nijimachmash
 warimpiati?

Nukape tsawant
 Kunkat katsuntrar
 pujamu.



Natsa ajaprukma yayamu

- ✚ Natas ajaprukain tusar chicham iwarar chichamramu
- ✚ Tsuamatai chicham apujsar, nii shuari jintinatniuti, ukunam iturchatan wainkian tusar.
- ✚ Nijimat tura pampat chichamrin.

- ✚ Takamas emkatin chichaman unuimiatrar apujsatniuti.
- ✚ Ajaprukhatin tama emamkesar iisar utsumamurin achikiar najanma.
- ✚ Penker Yurumak tura ikiaunkar tsakatai sutai ujámu.
- ✚ Awarin umaraip tumakmeke ame tsaniakmamiyai penker aujmat sam nijimaminiam, tsuak, tura awarin penkerchali nekainia tuinlawai.

- ✚ Tuke ii penkeri paan ewekamsabniuti, ii yashi, iwiakmani, tikich tauniamu, tura nijimat arantukar.
- ✚ Natsa ajaprukain tusaarkia kishmakiniati, tura antsu tsuarchamniati, ju ennetajiai apa ni uchinin yainmin ainlawai iturkaria penker nijimat chichamrukar pujusminiati ainstan ajaprukain tusar imiatai iistin.



**NATSA AJAPRUKAIN
 TUSAR YÁMU**



NAJANA: LÉRIDA TORRES

**NATSA AJAPRUKMA-
WARIMPIAT**



Nuwach wárik uchichik uwi 10 tura 19 takakuk ajaprukmaiti, natsamatan juamanum .Jui ajaprukma imianchaiti iturchatan ni tsakamuri, enentain tura pujamurin wainkiamniaiti,aintsan ni nukurtin,uchi najanaru tura uchi akinia iturchatan inkiuniniaiti.

Natsatka

Ii pampatairi tsamatsain ii ayashin yapajiniamuiti tura ii enentaisha.

Warik Tsakamuka natsa ajak ajeperin nui juareawai, tumaak shiir tsakartatui.

NATSA

Nii ayashi, enentai, tura

pampatairi penker tsakamu iniakmamma uwi 10- 19 takakuk.



Natsa tesarma

Natsamat 10 – 12 uwi takaku
Natsatka 13 – 14 uwi takaku.
Natsa 15 – 19 uwi takaku.
Arum natsamamu 20 – 24 uwi takaku.

Nuwa natsamamu

- ✚ Urankat tsakamu
- ✚ Muntsu uuntmamu
- ✚ Tsereamu, tura nakich numpji yapajiniamu
- ✚ Nantu wainma tura pampartin juama
- ✚ Maysaje yapajiniamu, macha ayashnum ukak

- ✚ ayash penker nejamanu.
- ✚ Ayashnum urema
- ✚ Tsakakmu
- ✚ Uunt ajamu kunkut juarma
- ✚ Pampat juarma.

Wárik natsamamu

warik uchichik natsamat juarma ,nui ii ayashi mashi uunt anis juamu.

Numparma

Yama nantu wainkiuum numparat juarma, juka nuwa uuntmak ajak juarma.



Ajapruk mash arutai juara.

Nuwa ajaprukak takurkia emkaka tsereamuri tsamaku atiniati, turamu nuchippijai

Anexo 8. Plan educativo

Tema: Prevención de embarazos en adolescentes.

Participantes: Adolescentes Embarazadas hospitalizadas en el Hospital General Macas y estudiantes de 7mo nivel de educación básica de escuelas especificadas en el cronograma.

Fechas: De acuerdo al cronograma de anexos (08/09/2015,11/09/2015,11/09/2015).

Responsable: Lériida Alexandra Torres Torres

Objetivo: Contribuir a la disminución de la incidencia de embarazos en adolescentes a través de la intervención de enfermería.

Desglose de contenidos.

INTRODUCCIÓN

La etapa de la pubertad es una de las más delicadas e importantes en la vida de todo ser humano. Es toda una serie de cambios físicos y psicológicos que los traslada del mundo infantil, despreocupado y carente de obligaciones que se vive en la niñez y la conduce al mundo adulto, con toda las responsabilidades y compromisos que se adquieren en esta etapa de la vida humana.

Todos estos cambios generan orgullos, temor, dan placer y producen sentimiento de culpa. Es una etapa que se da a diferentes edades, según sea cada caso, pero que nadie está exento de atravesarla. Algunos la superan con éxito, otros se confunden y se desvían del camino correcto, sobre todo sí no cuenta con

el apoyo y orientación adecuada. Somos los padres los llamados a ayudarles a discernir entre lo bueno y lo malo formando seres seguros de sí mismos, que se acepten como son y se preparen para una vida adulta y normal feliz

OBJETIVO

Esta guía tiene como fin incentivar a los profesores de la escuela Carlomagno Andrade sobre la importancia de la educación sexual a las adolescentes para prevenir los embarazos a temprana edad.

Lograr que el pre – adolescente comprenda la importancia que tiene este período de la pubertad en su desarrollo humano.

DESARROLLO DE TEMA

¿Qué es Pubertad?

La pubertad, adolescencia inicial o adolescencia temprana es la primera fase de la adolescencia y de la juventud. Normalmente se inicia a los 10 o a los 12 años de edad, y finaliza a los 19 años. En la pubertad se lleva a cabo el proceso de cambios físicos, en el cual el cuerpo del niño o niña adquiere la capacidad de la reproducción sexual, al convertirse en adolescentes.

El crecimiento se acelera en la primera mitad de la pubertad, y alcanza su desarrollo al final. Las diferencias corporales entre niños varones y niñas antes de la pubertad son casi únicamente sus genitales. Durante la pubertad se notan diferencias más grandes en cuanto a tamaño, forma, composición y desarrollo funcional en muchas estructuras y sistemas del cuerpo. Las más obvias son las características sexuales secundarias. En sentido estricto, el término «pubertad» se

refiere a los cambios corporales en la maduración sexual más que a los cambios psicosociales y culturales que esto conlleva.

¿Qué es Adolescencia?

La adolescencia es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad.

Es un periodo vital entre la pubertad y la edad adulta, su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, generalmente se enmarca su inicio entre los 10 y 12 años, y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años.

La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 hasta los 24 años.

Cambios corporales en la pubertad

Pubertad en la mujer

En la pubertad de las niñas la hormona dominante en su desarrollo es el estradiol, un estrógeno. Mientras el estradiol promueve el crecimiento de mamas y del útero, es también la principal hormona conductora del crecimiento puberal y de la maduración epifiseal y cierre.

Los cambios físicos en niñas son los siguientes:

Crecimiento de vello púbico

El vello púbico es por lo general la cuarta manifestación de la pubertad.

También se le refiere como pubarquia, y los vellos se pueden ver por primera vez alrededor de los labios mayores. En alrededor del 15% de las niñas el vello púbico aparece aún antes de que los senos empiecen a desarrollarse.

Cambios en la vagina, el útero y los ovarios.

La membrana mucosa de la vagina también cambia en respuesta de los niveles ascendentes de estrógenos, engordando y adquiriendo un color rosáceo. También las características secreciones blancuzcas son un efecto normal de los estrógenos.

Inicio de la menstruación y fertilidad

El primer sangrado menstrual, también conocido como menarquia aparece alrededor de los 12 a los 16 años (en promedio). Los periodos menstruales al inicio casi nunca son regulares y mensuales durante los primeros años. La ovulación es necesaria para la fertilidad y puede o no presentarse en los primeros ciclos.

Cambio en la forma pélvica, redistribución de la grasa y composición corporal.

Durante este periodo, también en respuesta a los niveles ascendentes de estrógeno, la mitad inferior de la pelvis se ensancha (proveyendo un canal de nacimiento más ancho). Los tejidos adiposos aumentan a un mayor porcentaje de la composición corporal que en los varones, especialmente en la distribución típica

en las mujeres de las mamas, caderas, brazos y muslos. Esto produce la forma corporal típica de la mujer.

Crecimiento de vello corporal

En los años y meses posteriores a la aparición del vello púbico. Otras áreas de la piel desarrollan vello más denso aproximadamente en la secuencia siguiente: vello axilar, vello perianal, vello encima de los labios y vello peri areolar. Vello estimulado en mayor parte por los estrógenos y completado por los andrógenos.

Aumento de estatura

El crecimiento es inducido por el estrógeno y comienza aproximadamente al mismo tiempo que los primeros cambios en los senos, o incluso unos cuantos meses antes, haciéndolo una de las primeras manifestaciones de la pubertad en las niñas. El crecimiento de las piernas y los pies se acelera primero. La tasa de crecimiento tiende a alcanzar su velocidad máxima (tanto como 7,5-10 cm anuales).

Olor corporal, cambios en la piel y acné

Niveles ascendentes de andrógenos pueden cambiar la composición de ácidos grasos de la transpiración, resultando en un olor corporal más "adulto". Esto a menudo ocurre uno o más años antes que la telarquia y la pubarquia. Otro efecto inducido por los andrógenos es el aumento en la secreción de aceite (sebo) en la piel y cantidades variables de acné. Este cambio incrementa la susceptibilidad al acné, que es un rasgo característico de la pubertad, variando en severidad.

Inicio de actividad sexual

Debido a todos los cambios sexuales que el púber ha estado viviendo, puede

llegar a confundirse, asustarse o simplemente tener curiosidad, a consecuencia de esto puede llegar a explorarse y en este caso inicia su actividad sexual por medio de la masturbación.

Pubertad en el varón

En el comienzo de la pubertad en el varón se producen los siguientes cambios físicos y fisiológicos:

Desarrollo de características sexuales secundarias.

Desarrollo de la musculatura.

Formación del cuerpo de adulto.

Crecimiento de los testículos.

El crecimiento de los testículos es una de las primeras características por las cuales un joven se puede dar cuenta de que está entrando a la pubertad ya que estos aumentan de tamaño, entre los 13-14 años hasta los 16.

Crecimiento del vello púbico

El vello púbico suele ser de entre las primeras cosas que ocurren cuando un joven ha alcanzado la pubertad. Aparece primeramente alrededor de la base del pene brotando de una forma delgada con un color claro alrededor de los 11 años, hasta hacerse más gruesos y rizados también su color se hace más oscuro y van brotando más y más hasta que cubren los genitales.

Vello corporal

El eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal es el primer eje que se ve afectado en la pubertad. Se empiezan a generar hormonas tales como la androstenediona,

DiHidroTestosterona (DHT), estrógenos y progesterona alrededor de los 7/8 años. Esta actividad elevada del eje H-H-Adrenal conocida como "adrenarquia" da lugar a la aparición del vello púbico, vello axilar, vello facial (barba y bigote), vello en las piernas y brazos, una línea de vello que se extiende desde el pene hasta el ombligo, en el pecho entre otras cosas.

Emisión nocturna de semen

Durante su pubertad y adolescencia, el joven puede o no experimentar su primera emisión nocturna, también conocida como sueño húmedo o polución nocturna. Normalmente es una expulsión de semen por el pene, realizada cuando el joven duerme y tiene sueños frecuentemente asociados con sexo o simplemente por el rozamiento del pene con la ropa. La cantidad total expulsada por el joven es aproximadamente la que cabría en una cuchara, debido a que el semen expulsado es en menor cantidad en poluciones nocturnas, que en eyaculaciones en forma consciente, (masturbación, sexo). Desde ese momento el joven puede fecundar un óvulo.

Crecimiento del pene

Como se vio antes en el púber el primer cambio que ocurrió fue crecimiento de los testículos antes que el pene así que el joven no debe pensar que tiene un pene pequeño, pero a medida que pasa el tiempo también crece su pene llegando al tamaño que tendrá en la etapa adulta. Aunque 14-15 cm es posiblemente una talla media de adultos, varía mucho en la población normal.

Engrosamiento de la voz

Cuando un púber está en etapa del desarrollo físico, se da el crecimiento de la

laringe, sus cuerdas vocales se tornan más gruesas de manera que la voz de la persona quede gruesa y masculina. Estos van por períodos, puede ser que al principio le salgan los llamados "gallos" al hablar, luego se va tornando más grave la voz y se ve que en el cuello empieza a salir la manzana o nuez de Adán.

Olor corporal

Alcanzada la pubertad, el joven comienza a expulsar olores característicos, especialmente tras el ejercicio físico. La expulsión de sudor por parte de las glándulas sudoríparas aumenta en la pubertad, lo cual se convierte, aunque no decisivamente, en un factor importante que contribuye al humano corporal. Este olor suele calificarse como desagradable y su intensidad puede variar de persona a persona y de momento en momento.

Crecimiento repentino en la estatura y peso

El joven que ha alcanzado la pubertad entra en un nuevo proceso de crecimiento en estatura de una duración mayor al de las niñas. Este proceso de crecimiento usualmente dura hasta los 19 años de edad en varones, 16 en mujeres. No obstante el crecimiento de talla puede observarse hasta los 20 años.

Aumento de la libido, y consecuentemente, un impulso que puede llevar al joven a estimular sus órganos genitales.

Incremento de la actividad de las glándulas sudoríparas.

Incremento de la actividad de las glándulas sebáceas.

Pubertad precoz

La pubertad precoz es la pubertad anormalmente temprana. Este trastorno está

motivado por una activación prematura del sistema de hormonas sexuales, en concreto, de las gonadotrofinas. Las causas por las que se alteran estas hormonas son, en la mayoría de las ocasiones, desconocidas, sobre todo en las niñas, mientras que en los niños se suele asociar con frecuencia a procesos orgánicos.

En las chicas aparece la menstruación cuando aún no está informada sobre ella, porque nadie espera que a los 8 años surja la primera menstruación. Otras veces la aparición del vello púbico antes de tiempo y el crecimiento de los pechos y la aparición del acné hacen la niña sentirse distinta a las demás amigas de su edad. Los especialistas señalan además que esa pubertad precoz puede tener consecuencias posteriores notables, y citan, por ejemplo, la posibilidad de acumular grasas o padecer una apreciable resistencia a la acción de la insulina, exceso de peso o, en algunos casos, un exceso de vello.

¿Qué es menarquia?

La menarquia es el día en el cuál se produce el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.

Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de la pubertad femenina, como la señal de la posibilidad de la fecundación. La oportunidad de la menarquia está influida por factores genéticos y ambientales, especialmente lo nutricional y lo psicológico. El promedio de edad de la menarquia ha bajado en el último siglo, y su magnitud y los factores responsables siguen en discusión. Menarquia y menopausia pueden estar directamente relacionadas, ya que si una mujer tiene una menarquía temprana puede que también tenga una menopausia temprana; esto es debido principalmente a que el periodo reproductivo de la mujer se encuentra

determinado, además de por otros factores, por el número de óvulos que madurarán durante su periodo reproductivo. Para mantener el periodo regular menstrual, el contenido de lípidos (grasas) del cuerpo femenino debe ser de 22% o mayor. En el caso de los hombres, similar proceso se denomina espermarquia y es el primer signo clínico externo de que se ha iniciado la función reproductiva.

¿Cuándo comienza el embarazo?

Para que la mujer quede embarazada, el ovario debe liberar un óvulo, es decir, debe haber ovulación. Luego, el espermatozoides y el óvulo deben unirse y formar una sola célula, es decir, debe ocurrir la fertilización. El embarazo comienza en el momento en que el óvulo fertilizado se adhiere al útero y comienza a crecer, y sólo si esto ocurre. Esto se denomina implantación.

Menstruación

Durante las dos primeras semanas del ciclo menstrual, la mujer tiene el periodo menstrual, que generalmente dura entre tres y siete días. Luego, las hormonas hacen madurar los óvulos en los ovarios y se engrosa el revestimiento del útero.

Ovulación

La ovulación ocurre aproximadamente dos semanas antes del momento en que la mujer debería tener el siguiente periodo menstrual. El óvulo entra en una de las trompas de Falopio y comienza a desplazarse hacia el útero.

Fertilización

Después de la relación sexual vaginal o de la inseminación alternativa, cientos de espermatozoides suben por el útero hacia las trompas de Falopio. En una de las

trompas puede haber un óvulo, que puede ser fertilizado por un espermatozoide. Los demás millones de espermatozoides son filtrados fuera de la vagina o son absorbidos por el cuerpo de la mujer.

¿Qué es niño o niña?

Cuando el hombre eyacula, se liberan millones de espermatozoides. Aproximadamente la mitad de éstos tiene un gen que puede dar origen a un niño. La otra mitad tiene un gen que puede dar origen a una niña. La unión del óvulo con el espermatozoide se denomina fertilización. Hay más posibilidades de que la fertilización ocurra a partir de las relaciones sexuales mantenidas cinco días antes de la liberación del óvulo o el mismo día de la ovulación.

Implantación

El óvulo fertilizado baja por la trompa de Falopio y se divide cada vez en más células, hasta formar una bola. Esta bola de células llega al útero entre tres y cuatro días después de la fertilización. Luego, la bola flota en el útero durante otros dos o tres días. El embarazo comienza si la bola de células se adhiere al revestimiento del útero. Esto se denomina implantación. Por lo general, comienza aproximadamente seis días después de la fertilización y demora entre tres y cuatro días en completarse. El embrión se desarrolla a partir de las células internas de la bola. La placenta se desarrolla a partir de las células externas de la bola.

¿Cómo puedo prevenir el embarazo?

La mejor manera en que la mujer sexualmente activa puede prevenir el embarazo es el uso adecuado y constante de un método anticonceptivo. Hay muchas opciones de métodos anticonceptivos seguros y eficaces.

Importancia de abstinencia de tener relaciones sexuales

La abstinencia sexual, consiste como es de esperarse en no mantener relaciones sexuales durante un tiempo determinado. En algunas ocasiones, se debe a una imposición religiosa; existen varias religiones, que promueven la abstinencia sexual hasta el matrimonio y condenan como pecado a toda relación sexual que se realice en un marco extra matrimonial. Cómo practicar la abstinencia sexual.

La sexualidad ha sido más que enfatizada en la sociedad actual. La televisión, la radio, el internet, los libros, las revistas gritan "Pantalones abajo, Mueve lo que tu madre te dio". Aquí tienes algunas ideas que te ayudarán a ignorar esos mensajes y a mantener tus pantalones puestos mientras que el mundo se los baja.

Anexo 9. Entrega de oficio a la Escuela Carlomagno Andrade

Macas, 07 Septiembre del 2015

Lic.

Ángel Guerrero

**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA CARLOMAGNO
ANDRADE DEL CANTÓN MORONA PROVINCIA DE MORONA
SANTIAGO.**

De mis consideraciones.

Por medio del presente me dirijo a usted con un cordial saludo y deseándole éxitos en las funciones que desempeña.

El motivo de la presente es con la finalidad de solicitar a su autoridad me conceda el permiso respectivo para realizar el desarrollo de la exposición que estará participando en mi trabajo de tesis de investigación cuyo tema es: **PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.**

Por la atención favorable que se sirva dar la presente, me suscribo con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente


Sra. Lérica Torres
Solicitante

*Recibido lunes 07-09/2015
Autorizado para, el día martes
08-09/2015, los dos últimos horas
de clase 6^{ta} y 7^{ma} horas.*

*L.c. ~~Ángel Guerrero~~
DIRECCION*



Anexo 10. Entrega de oficio a la Escuela Sonia Samaniego Dumas

Macas, 07 Septiembre del 2015

Lic.

Angelina Chacha

**DIRECTORA DE LA ESCUELA SONIA SAMANIEGO DUMAS DEL
CANTÓN MORONA PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO.**

De mis consideraciones.

Por medio del presente me dirijo a usted con un cordial saludo y deseándole éxitos en las funciones que desempeña.

El motivo de la presente es con la finalidad de solicitar a su autoridad me conceda el permiso respectivo para realizar el desarrollo de la exposición que estará participando en mi trabajo de tesis de investigación cuyo tema es: **PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.**

Por la atención favorable que se sirva dar la presente, me suscribo con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente



Sra. Lérica Torres

Solicitante

Recibido

Huecho 08-09-2015

Lcda. : Angelina Chacha

Charla dictada
Viernes 11-09-2015

Anexo 11. Entrega de oficio a la escuela Facundo Bayas

Macas, 08 Septiembre del 2015

Lic.

Blanca Castillo

**DIRECTORA DE LA ESCUELA FACUNDO BAYAS DE LA PORROQUIA
PROAÑO DEL CANTÓN MORONA**

De mis consideraciones.

Por medio del presente me dirijo a usted con un cordial saludo y deseándole éxitos en las funciones que desempeña.

El motivo de la presente es con la finalidad de solicitar a su autoridad me conceda el permiso respectivo para realizar el desarrollo de la exposición que estará participando en mi trabajo de tesis de investigación cuyo tema es: **PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES.**

Por la atención favorable que se sirva dar la presente, me suscribo con sentimientos de consideración y estima.

Atentamente

Sra. Lérica Torres

Solicitante

*Recibido
08.09.2015
Hora 09H:45*



Anexo 12. Certificados de la Escuela Carlomagno Andrade





ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "CARLOMAGNO ANDRADE"
Parroquia - Sevilla Don Bosco / Cantón- Morona / Provincia - Morona Santiago

Teléfono: 3046335 – 0983640697

El suscrito **Licenciado Ángel Rafael Guerrero Alvarado DIRECTOR DE LA ESCUELA "CARLOMAGNO ANDRADE"**

CERTIFICA:

Que la Sra. **Lérida Alexandra Torres Torres**, con cedula de identidad N° **140077547-2**, Estudiante De La Universidad Nacional de Loja Especialidad de Enfermería, se trasladó a nuestra institución educativa "Carlomagno Andrade" en la parroquia de Sevilla Don Bosco, Cantón Morona, Provincia Morona Santiago, el día 08 de septiembre del 2015, dictando una charla a los estudiantes de séptimo grado con el tema: **PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**, dando cumplimiento al cronograma planificado para su tesis de investigación.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, por lo que autorizo a la parte interesada hacer uso del presente en lo que creyere conveniente.

Sevilla Don Bosco, 08 de Septiembre de 2015



Lcdo. Ángel Rafael Guerrero Alvarado

DIRECTOR





Ing. Sonia Calle

SECRETARIA



Anexo 13. Certificado de la Escuela Sonia Samaniego Dumas

**ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA "SONIA SAMANIEGO
DUMAS"**
HUACHO -GENERAL PROAÑO

CERTIFICADO

La suscrita directora de la escuela SONIA SAMANIEGO DUMAS del sector Huacho perteneciente a la parroquia General Proaño

CERTIFICA

Qué; la Señorita **LÉRIDA ALEXANDRA TORRES TORRES** alumna de la Universidad Nacional de Loja portadora de la cédula **140077547-2** se presentó a dictar una charla educativa con el tema: **PREVENCIÓN DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES**, dirigido a los estudiantes del 5to, 6to y 7mo año de educación básica, dando cumplimiento al cronograma planificado para su tesis de investigación.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo el interesado hacer uso del presente documento en lo que creyere conveniente.

Huacho 11 de septiembre de 2015

Atentamente,



Licda. Angelina Chacha



DIRECTORA DEL PLANTEL

Anexo 14. Certificado de la Escuela Facundo Bayas

**ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA
“FACUNDO BAYAS”**
Telf. 2306 428


Blanca Castillo Directora de la escuela de educación básica “Facundo Bayas” de la Parroquia General Proaño, Perteneiente al Cantón Morona Provincia de Morona Santiago.

CERTIFICA:

Que: la Señorita. TORRES TORRES LÉRIDA ALEXANDRA portador del número de cédula 140077547-2 dicto charlas sobre PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES dirigida a estudiantes del 7º y 8º año de educación básica de nuestro establecimiento educativo; dando cumplimiento a al cronograma planificado para su tesis de investigación.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad, pudiendo el interesado(a) hacer uso de este documento como estime conveniente.

Gral. Proaño, 11 de septiembre de 2015.


Blanca Castillo V.
DIRECTORA E.E.B.F.B.



Anexo 15. Certificado del Jefe del Área de Ginecología – Obstetricia

El suscrito Doctor Carlos Alfonso Molina Jefe de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Macas

CERTIFICA.

Que.- la señorita **LERIDA ALEXANDRA TORRES TORRES**, con cédula de identidad Nro. **1400775472**, cumplió con el cronograma de actividades para su tesis de investigación sobre el tema: **COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, USUARIAS DEL HOSPITAL GENERAL MACAS. AÑO 2015**, desde el mes de mayo hasta octubre de 2015.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo el interesado hacer uso del presente documento en lo que creyere conveniente.

Macas, 30 de octubre de 2015

Atentamente,

Dr. Carlos Molina



JEFE DEL ÁREA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



Anexo 16. Certificado de desarrollo de las Actividades Planificadas.

El suscrito Licenciada Maura Marlene Lavanda Quichimbo.

CERTIFICA.

Que.- la señorita LERIDA ALEXANDRA TORRES TORRES, con cédula de identidad Nro. 1400775472, desarrollo cada una de las actividades planificadas en el cronograma para su tesis de investigación sobre el tema COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES, USUARIAS DEL HOSPITAL GENERAL MACAS AÑO 2015, desde el mes de mayo hasta octubre de 2015.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, pudiendo el interesado hacer uso del presente documento en lo que creyere conveniente.

Macas, 30 de octubre de 2015


Atentamente,

Lic. Maura Lavanda

LICENCIADA DEL AREA DE GINECOLOGIA



Anexo 17. Nómina de estudiantes que asistieron a la actividad realizada de la escuela Carlomagno Andrade




Ministerio
de Educación

Institución Educativa: CARLOMAGNO ANDRADE - 14H00055
 Régimen: SIERRA
 Año Lectivo: 2015 - 2016
 Jornada: MATUTINA
 Año Escolar: 7MO DE EGB
 Paralelo: A

No.	CEPULCA	NOMBRES COMPLETOS
1	1401025372	ANATOA ANKUASH SEBASTIAN LEONARDO
2	1401194939	ANTUN ENTSAKUA JORGE LUIS
3	1450142425	ATZAMBA TZEREMBO CARMEN MARICELA
4	1401494248	ATZAMBA TZEREMBO DALIA JOSEFA
5	1400869861	AYUI TZAMARENDIA LINEIDA ANNAEL
6	1401004153	CHUMPI JIMPIKIT EVELIO IGNACIO
7	1450092109	GUAMBAZHO NAMAJA LUPE MAGDALENA
8	1450307457	IJISAM TZAMARENDIA AMBAR GYNGER
9		JIMBICTI JUANGA OMAR ABEL
10	1401275068	KAYAP AMPAM GABRIELA ALEXANDRA
11	1401119902	MAYACU TSEREMP NAYELY XIMENA
12	1400991962	MAYAK NAICHAPI NIXON EDGAR
13		PITIUR PUJUPAT ANGELYNE RASHEL
14	1450058647	SEMO CHAMIK YAJANUA MANUELA
15	1401119951	SHACAIMIA TIMIAS TONY OLMEDO
16	1400954614	SHAKAIM NAICHAP ANAI ANGELA
17	1450293160	TAISH JUWA JASSON ERWIN
18	1401121841	TIMIAS CHUMAP MARIANA JOSELYN
19	1450272164	TSEREMP ANTUN AJA EDITA
20	1401115926	TSEREMP ANTUN DIGNA SOFIA
21	1400927818	TUCUPI CATAN JIMMY MICHAEL
22	1401226160	TZAMAREINIA TIWI NOE RAMON
23	1401191968	UKUNCHAM ASHANKA JEANETH PERLA
24	1401224686	WISUM TSEREMP MARTINA VIVIANA

Lc. ~~Walter Lucero~~
 DIRECTOR DE LA
 EEB Carlomagno Andrade.



Anexo 18. Nómina de estudiantes que asistieron a la actividad realizada de la escuela Sonia Samaniego Dumas.

ESTADÍSTICA DE LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA SONIA SAMANIEGO DUMAS.

AÑO LECTIVO: 2015 – 2016

NÓMINA	NÚMERO DE CÉDULA
Ayuy Nacaimbi Nardi Maritza	140124625-9
Calle Lucero Alisson Mabelyn	140086880-6
Cuzco Crus Anahi Elizabeth	145001980-5
Cuzco Cruz Keyli Dayana	140086879-8
Cuzco Samaniego Anthoni Patricio	145001986-2
Lara Escandon Claudio Serafin	145033977-3
Lara Galarza Brigitte Micaela	145033975-7
Landin Mayacu Briana Alexandra	140124653-1
Llanos Mashiant Sebastian Andres	140116930-3
Mashienda Shimbiucta Marco Luis	145031849-6
Parra Avila Gabriela Isabel	140129210-5
Padilla Currillo Kevin Alexander	145014206-0
Padilla Currillo Elvis Adrian	145014205-2
Pandam Tsenkush Maikol Estiben	145031195-4
Sharupe Ananga Cinthia Slendy	140151445-8
Sua Najamde Bryan Alexander	140100774-5
Sua Najamde Katerine Lisbeth	140127416-0
Valdez Zhumi Cristian Brayán	145009103-6
Yambisa Wambiu Luis Eduardo	140057430-9
Yuma Shiendawilmer Adan	145031846-2

Huacho 11 de Septiembre de 2015


Lic.: Angelina Chacha



Directora del plantel

Anexo 19. Nómina de estudiantes que asistieron a la actividad realizada de la escuela Facundo Bayas.

NÓMINA DE ESTUDIANTES DEL SÉPTIMO AÑO
ESCUELA:" FACUNDO BAYAS" TUTORA: PROF. SANDRA VALLEJO
AÑO LECTIVO: 2015- 2016

No	NÓMINA	AÑO	MES	DIA	EDAD	CED. IDENTI. ESTUDIANTE
HOMBRES						
1	Alvarado Castillo Luis Eduardo	2002	6	6	13	140127979-7
2	Borja Segovia Mesias Marcial	2000	8	24	15	140076592-9
3	Cabrera Cabrera Jordi Eduardo	2004	6	29	11	140086967-1
4	Canirza Ampush Jackson Omar	2003	6	28	12	145004625-3
5	Cazar Chalco José Luis	2005	3	13	10	140116665-5
6	Chillogallo Corte Gabriel Christian	203	6	4	12	140081787-8
7	Chumbi Chungata Daniel Isaías	2003	3	30	12	145009510-2
8	Juank Jimbiquiti Eddy Oscar	2001	1	11	14	140108231-6
9	Katán Mashienda Javier Francisco	2004	8	5	11	145009348-7
10	Malla Mayaguari Pablo Samuel	2002	1	3	13	140028226-3
11	Moyón Solís Dennys Alexander	2004	6	20	11	060601289-6
12	Orellana Tsenkush Leyder Bolívar	2004	8	8	11	145035562-1
13	Puwanchir Nuis Issac Manuel	2003	8	16	12	145010948-1
14	Sapatanga Fernandez David Alexander	2004	7	8	11	140124634-1
MUJERES						
1	Alvarez Cumbe Mirian Lizbeth	2002	11	13	13	145009925-2
2	Anguasha Warush Kely Kimberly	2005	2	21	10	140086943-2
3	Cabrera Angamarca Blanca Angélica	2004	1	15	11	145006795-2
4	Cabrera Angamarca Gladys Daniela	2005	1	30	10	145006794-5
5	Cabrera Angamarca Gladys Yolanda	2004	11	17	11	140103914-2
6	Canirza Ampush Edith Carmen	2004	12	26	11	145013406-7
7	Chuindia Achayat Dálida Elizabeth	2003	11	24	12	140011609-5
8	Chumbi Chungata Joselyn Daniela	2003	3	30	12	145009508-6
9	Jara Sumba Joselyn Estefanía	2004	7	20	11	140118084-7
10	Juanga Wambangti Tuash Dámaris	2001	9	10	14	145021709-4
11	Mayak Tukup Mayra Nathaly	2003	7	2	12	145009552-4
12	Mayak Tukup Lizeth Jhoana	2001	1	17	14	145009548-2
13	Molina Pay Nayeli Taily	2002	5	7	13	140086818-6
14	Naigua Jaya Ruth Abigail	2003	10	8	12	060613461-7
15	Nupis Saan Rubí Micaela	2004	5	10	11	140122493-4
16	Rivas Orellana Jennifer Abigail	2005	2	22	10	140132096-3
17	Sanchima Calle Ericka Angelei	2004	4	30	11	145003671-8
18	Segovia Segovia Nayeli Alexandra	2004	1	4	11	140086782-4
19	Sharup Chamik Jenifer Alexandra	2004	4	13	11	140111411-9
20	Telcán Rodríguez Karla Maylín	2004	7	13	11	140116848-7
21	Tsenkush Antun Yusatin Clara	2003	11	20	12	140119784-1



NOMINA DE ESTUDIANTES DE OCTAVO AÑO

AÑO DE BÁSICA: OCTAVO

AÑO LECTIVO: 2.015 - 2.016

N.º	NÓMINA DE ESTUDIANTES	Nº DE CEDULA	FECHA DE NACIMIENTO	AÑOS
1	Bastidas Sanchima Kevin Alexander	1401321375		
2	Chiriap Santiak Kevin Eduardo	1450086978		
3	Chumbi Chungata Robinson Angel	1450095045		
4	Condo Japa Kevin Alfredo	1400762694		
5	Jara Cabrera Alexander Adrian	1450097801		
6	Mayak Tukup Jhony Javier	1401250814		
7	Sanchima Romero Maicol Sebastian	no tiene		
8	Tigre Otavalo Angel Israel	1401230519		
9	Tacuri Quinde David Eugenio	0106523608		
10	Antuash Puanchir Allysson Nicol	1450087042		
11	Bravo Bravo Carla Ximena	1450110125		
12	Cabrera Suin Joselyn Anabel	1401322167		
13	Catan Atameindia Juana Maily	1450096407		
14	Dias Juank Ninibet Abigail	1450067895		
15	Erazo Barba Lisbeth Natali	1450175623		
16	Jimenez Billano Jenny Lorena	1450135817		
17	Juank Katan Evelyn Somaira	1450060486		
18	Malla Mashu Marjorie Kely	1400918809		
19	Molina Quezada Rosa Marcela	1400876304		
20	Pandam Tsenkush Evelin Nayely	1450140072		
21	Parra Avila Maria Angelica	1400868780		
22	Saant Wambangti Mishaela I.	no tiene		
23	Sailema Chipantiza Mariina Janneth	1450136831		
24	Saldaña Fernandez Blanca Isabel	1400739965		
25	Sanchez Guashpa Ligia Mirella	0 605270129		
26	Sanchima Atameindia Jennifer Belèn	1450126170		
27	Sumba Tsenkusk Dayana Lizeth	1401230758		
28	Tanchin Atameindia Luz Maria	1450129943		
29	Tankamash Entsakua Mayra Daniela	1401137862		
30	Tsenkush Gissela	1401184955		
31	Valdez Zhumi Mayra Azucena	1401221252		
32	Villavicencio Landi Fanny Margarita	1450027022		
33	Yanza Carchipulla Maria Esrefania	1400869648		



Anexo 20. Evidencias Fotográficas.

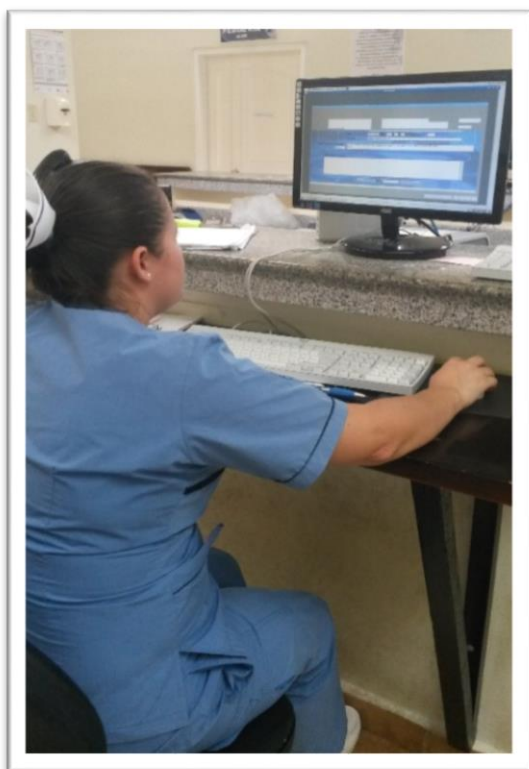
Encuestas aplicadas a embarazadas



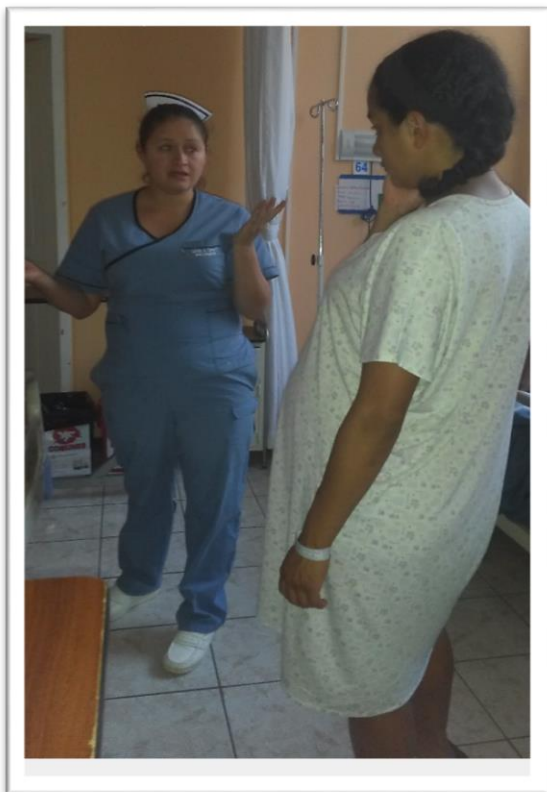
Realizando otra encuesta



Organizando Información y tabulación



Educación individualizada de lactancia materna



Ejercicios de respiración y relajación para labor de parto



Entrega del certificado, CD a la Licenciada coordinadora de Enfermería Área de Ginecología.



Entrega del Manual



Recibiendo el certificado de haber cumplido con las actividades



Conferencia de Nutrición a la adolescente embarazada



Explicando los requerimientos nutricionales



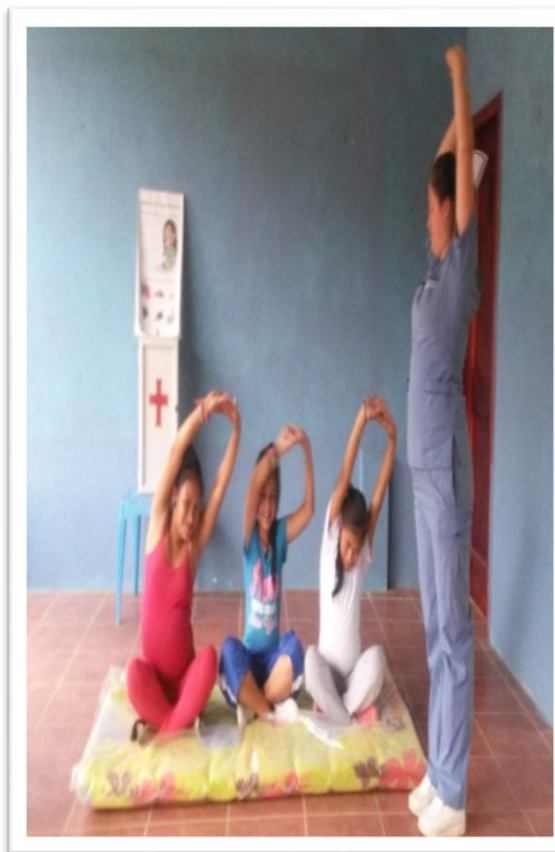
Compartiendo un refrigerio con las embarazadas



Realizando profilaxis del embarazo para facilitar la labor de parto.



Realizando la profilaxis del embarazo para facilitar la labor de parto.



Actividades realizadas en la escuela Carlomagno Andrade entrega de trípticos



Educación sobre temática de pubertad, adolescencia sus etapas y cambios fisiológicos.



Fisiopatología del Embarazo



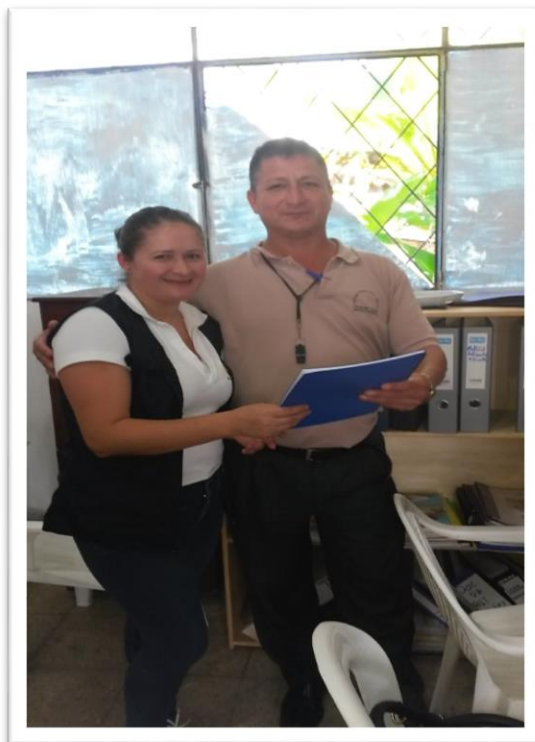
Educación sobre menarquía, métodos de protección y prevención



Entrega de refrigerio a los estudiantes



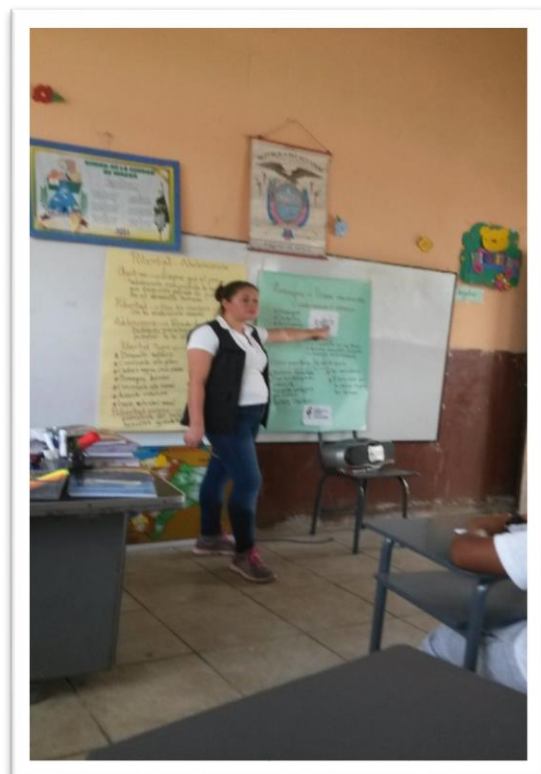
Entrega de manual y CD al Director de la Escuela Carlo Magno Andrade



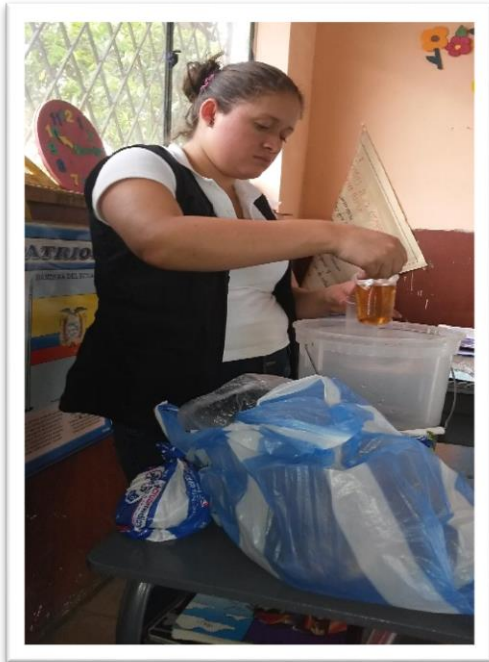
Actividades realizadas en la Escuela Sonia Samaniego Dumas entrega de trípticos y educación sobre temática.



Educación sobre fisiopatología, menarquía, cambios fisiológicos, métodos de protección y prevención



Entrega de refrigerio a los estudiantes.



Entrega de manual y CD a la Directora de la Escuela Sonia Samaniego Dumas.



Actividades realizadas en la Escuela Facundo Bayas entrega de trípticos a séptimos año.



Actividades realizadas con octavo año
Escuela Facundo Bayas entrega de trípticos



Temática sobre pubertad, adolescencia,
etapas y cambios fisiológicos.



Fisiopatología del Embarazo,
Menarquía



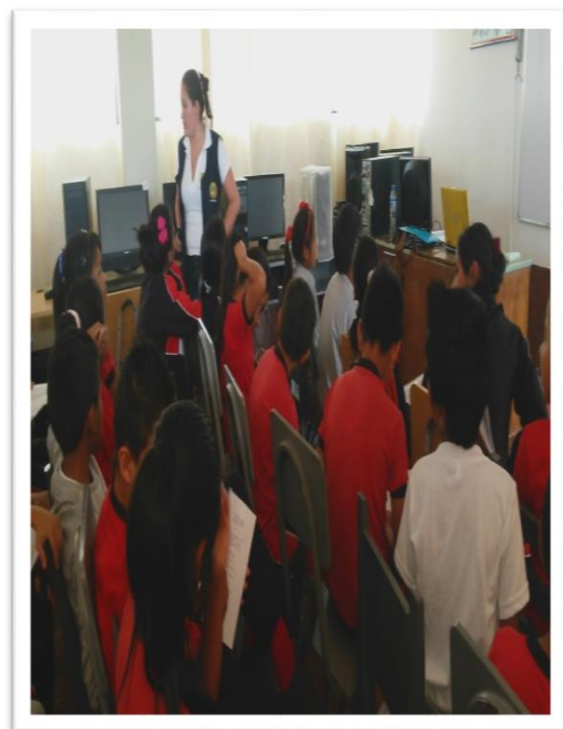
Continuando con la capacitación
Fisiopatología del Embarazo, menarquía.



Educación sobre métodos
de protección



Actividades de prevención de Enfermería brindando a
los adolescentes



Continuando con las actividades de prevención de Enfermería.



Entrega de refrigerio a los estudiantes.



Continuando con el refrigerio a los estudiantes



Entrega de manual y CD a Directora de la Escuela Facundo Bayas.



ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO	PÁG
➤ PORTADA.....	i
➤ CERTIFICACIÓN.....	ii
➤ AUTORÍA.....	iii
➤ CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
➤ DEDICATORIA.....	v
➤ AGRADECIMIENTO.....	vi
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	10
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	47
6. RESULTADOS.....	52
7. DISCUSIÓN.....	69
8. CONCLUSIONES.....	77
9. RECOMENDACIONES.....	78
10. BIBLIOGRAFÍA.....	79
11. ANEXOS.....	82
➤ ÍNDICE.....	151