



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciadas en Enfermería

TRABAJO DE TITULACIÓN

Contexto sociodemográfico y clínico de las madres adolescentes. Riobamba 2019

Autoras: Yajaira Elizabeth Portilla Pantoja

Irma Cristina Totoy Saigua

Tutora: MSc. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua

Riobamba - Ecuador

2019

REVISIÓN DEL TRIBUNAL

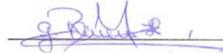
Los miembros del tribunal de graduación del Proyecto de Investigación. **CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES. RIOBAMBA 2019**, presentado por las señoritas: **PORTILLA PANTOJA YAJAIRA ELIZABETH Y TOTOY SAIGUA IRMA CRISTINA**, una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del presente trabajo con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente, para uso y custodia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Para la constancia de lo expuesto firman:

PhD. Katuska Figueredo Villa
Presidenta del Tribunal



MSc. Elsa Graciela Rivera Herrera
Miembro del Tribunal



MSc. Jimena Alexandra Morales Guaraca
Miembro del Tribunal



MSc. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua
Tutora



CERTIFICADO DEL TUTOR

Certifico que el presente proyecto de investigación previa a la obtención del Título de Licenciadas en Enfermería con el tema, **CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LAS MADRES ADOLESCENTES. RIOBAMBA 2019**, ha sido elaborado por las estudiantes: Portilla Pantoja Yajaira Elizabeth, con CI: 040189435-7 y Totoy Saigua Irma Cristina, con CI: 060420204-4, el mismo que ha sido asesorado de forma continua y permanente por la MSc. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua; quien en calidad de tutora ha estado durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación; y se encuentran aptos para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad.



Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua

CI: 060371878-4

DERECHO DE AUTORÍA

Nosotras Portilla Pantoja Yajaira Elizabeth y Totoy Saigua Irma Cristina, presentamos como trabajo de grado, previo a la obtención del Título de Licenciadas en ENFERMERÍA, es auténtico, basado en el proceso de investigación, anteriormente establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud. En tal virtud, los aportes intelectuales de otros autores se han referenciado debidamente en el presente trabajo, los fundamentos científicos y resultados alcanzados son de responsabilidad única de las autoras y los derechos le atribuyen a la universidad Nacional de Chimborazo.

En la ciudad de Riobamba, 29 de julio del 2019



Portilla Pantoja Yajaira Elizabeth
CI: 040189435-7



Totoy Saigua Irma Cristina
CI: 060420204-4

AGRADECIMIENTO

Gratitud inmensa a la Universidad Nacional de Chimborazo y a las queridas docentes de la carrera de Enfermería, las cuales nos brindaron sus conocimientos y enseñanza ayudándonos a superar los obstáculos y a ser cada día mejores seres humanos.

De la misma manera a nuestra tutora la MSc. Mónica Valdiviezo Maygua por su apoyo incondicional y dedicación para que se pueda llevar a cabo la realización del trabajo investigativo.

YAJAIRA Y CRISTINA

DEDICATORIA

A nuestros familiares, en especial a nuestros padres quienes, con amor, estuvieron con nosotras celebrando nuestros triunfos y levantándonos en las derrotas, para que podamos cumplir el sueño anhelado de ser Enfermeras.

YAJAIRA Y CRISTINA

TABLA DE CONTENIDO

REVISIÓN DEL TRIBUNAL	II
CERTIFICADO DEL TUTOR.....	III
DERECHO DE AUTORÍA	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVO ESPECÍFICO	4
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	5
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	13
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	30
RECOMENDACIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	32
ANEXOS.....	39

RESUMEN

La maternidad en la adolescencia constituye un problema de salud pública a nivel mundial, que ocasiona dificultades socio-económicas, vulnerabilidad en el binomio madre-hijo y retraso en el cumplimiento de los planes de vida. La investigación se desarrolló con el objetivo de determinar el contexto sociodemográfico y clínico de las madres adolescentes atendidas en tres centros de salud de la ciudad de Riobamba. Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuali-cuantitativo, de tipo transversal y en una población integrada por 63 pacientes a quienes se aplicó una encuesta basada en una guía diseñada en el contexto sociodemográfico y clínico de la población de estudio, al igual que la aplicación del APGAR familiar para identificar disfuncionalidad, determinándose que ser madre a temprana edad causó modificaciones en su proyecto de vida, pues la mayor parte correspondió a jóvenes con edades comprendidas entre 17 a 19 años, de los cuales el 15.87% procedían de familias con disfunción severa. En relación al factor clínico se identificó con mayor frecuencia las infecciones de vías urinarias.

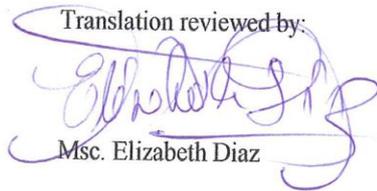
Palabras clave: responsabilidad parental, adolescencia, clínico, relaciones familiares

ABSTRACT

Teenage motherhood constitutes a public health problem worldwide, that causes socio-economic difficulties, the vulnerability in the mother-child and delay in the fulfillment of life plans. The research was developed to determine the socio-demographic and clinical trial of adolescent mothers met in three health centers in the city of Riobamba. It was performed a descriptive study with qualitative-quantitative approach, cross-sectional in a population composed of 63 patients who applied a survey based on a guide designed in the socio-demographic and clinical trial of the study population, as well as the application of the APGAR test to identify dysfunctional, determined to be a mother at an early age caused changes in their life project, since most corresponded to young people between the ages of 17 to 19 years, of which 15.87% came from families with severe dysfunction. Concerning the clinical factor, urinary tract infections were more frequently identified.

Keywords: parental responsibility, adolescence, clinical, family relationships.

Translation reviewed by:



Msc. Elizabeth Diaz



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo complejo de cambios físicos y psicológicos en un individuo, en las que se crean experiencias, que forman la identidad propia y se experimenta la sensación de libertad; pero si la maternidad se desarrolla en esta etapa, haría que se convierta en una adulta con mayores responsabilidades, obligándola a modificar su proyecto de vida, aplazando metas, generando cambios drásticos que afectan su ambiente social, estado económico y en algunos casos su salud; dejando de lado actividades propias que realizan a esa edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁽¹⁾ consideran que la adolescencia se desarrolla entre los 10 y 19 años, clasificándola en tres etapas: precoz, media y tardía; mientras que, la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia (SAHM) la sitúa entre los 10-21 años.⁽²⁾

Esta etapa vital se explica desde tres teorías: psicoanalítica, sociológica y de Piaget; para la primera la adolescencia es la consecuencia del desarrollo que se produce con la pubertad y trae consigo la vulnerabilidad de la personalidad, en donde se modifican las relaciones familiares, sociales y existe una oposición a las normas, pero se forma la identidad. Desde la teoría sociológica, es la secuela de las tensiones que se viven en el contexto social, de acuerdo a los roles que se adquieren. Finalmente, la teoría de Piaget, señala que ésta deriva de la interacción entre factores individuales y sociales, en donde el individuo elabora planes de vida y sufre transformaciones afectivas.⁽³⁾

Ser adolescente representa en sí un riesgo, determinado por las características propias de la edad, como son: el despertar de la vida sexual, idealismo, la impulsividad y necesidad de alcanzar autonomía e identidad propia. Factores relacionados como la carencia afectiva, la escasez de oportunidades y el bajo nivel educativo conduce a la relación sexual temprana con el riesgo de un embarazo; este problema se produce por la poca impericia en tomar decisiones, familia disfuncional, falta de educación sobre sexualidad y uso de métodos anticonceptivos.⁽⁴⁾

La adolescencia es una etapa de transición de la infancia a la edad adulta, etimológicamente procede del latín “adolescere” que significa crecer, en castellano tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecimiento-maduración,⁽⁵⁾ el adolescente experimenta

cambios físicos y psicológicos con el descubrimiento de nuevas sensaciones y experiencias reveladoras de un ser sexual, que predispone al inicio de una vida sexual activa y al riesgo de embarazo precoz.⁽⁶⁾

La maternidad supone cambios en el desarrollo del ser humano principalmente si ocurre en la adolescencia por la complejidad de las características personales de un individuo, complementado con la vulnerabilidad que puede desencadenar trastornos biológicos, fisiológicos y psicosociales.⁽⁷⁾

A nivel global 20000 niñas menores de 18 años dan a luz cada día en países en desarrollo; de 7,3 millones de partos entre las mujeres de esas edades, 2 millones son niñas menores de 15 años, estas cifras preocupan por su alta asociación a la pobreza y al reforzamiento de la desigualdad de género, potenciado con la necesidad de enfrentar de manera diferenciada la solución al problema cuando se trata de fecundidad en edades tempranas y tardías de la adolescencia.⁽⁷⁾

La OMS⁽¹⁾ señala que 16 millones de mujeres adolescentes están embarazadas, de ellas 1 millón son menores de 15 años, siendo la tasa media de natalidad mundial 49 por 1000. Algo similar ocurre con América Latina y el Caribe, pues según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las tasas de embarazo adolescente continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 y son sólo superadas por las de África Subsahariana.⁽⁸⁾

En Ecuador, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) reportó que el 18.3% de las mujeres de 15 a 19 años han tenido un hijo/a, en consecuencia, aproximadamente 2 millones de niños nacen anualmente de madres adolescentes, siendo vulnerables a un mayor riesgo de muerte materna, más posibilidades de morbilidad en el recién nacido y una vida sumergida en la pobreza.⁽⁹⁾

La maternidad adolescente tiene tres perspectivas a ser analizadas; aquella que plantea un problema social y su relación con la pobreza; la segunda, que considera las consecuencias de desventaja social y la tercera en función de las variables sociodemográficas como: edad, nivel de instrucción, lugar de residencia, pertenencia étnica.⁽¹⁰⁾

En el contexto social existe un riesgo potencial, que conduce al abandono y dificultad escolar afectando al proyecto de vida, puesto que minimiza las oportunidades laborales, con un

ingreso económico bajo que predispone a la pobreza y desigualdad social.^(7,11) Por lo tanto, la familia realiza un papel importante en la experiencia como figura parental, que favorece el mantenimiento de la salud, la formación y el comportamiento que repercuten en un adecuado desempeño del rol materno.⁽¹²⁾

Las altas cifras de embarazo en la adolescencia tienen un impacto en la salud por las complicaciones obstétricas que genera, siendo éstas: hemorragias (23.1%), trastornos hipertensivos (22.1%) y otras causas directas (14.8%) como nutricionales, infección de vías urinarias, rotura prematura de membranas, desgarros, desproporción céfalo-pélvica y depresión posparto.⁽¹³⁾ El recién nacido es más vulnerable de sufrir restricción del crecimiento, prematuridad y bajo peso al nacer.⁽⁴⁾

Por lo descrito, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas presentes en las madres adolescentes? El trabajo investigativo aportó datos relacionados con el contexto sociodemográfico y clínico de la población estudiada en adolescentes que fueron atendidas en tres centros de salud de la ciudad de Riobamba, además describió el funcionamiento familiar mediante la aplicación del APGAR, datos que aportaron al conocimiento enfermero para la planificación de los cuidados.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el contexto sociodemográfico y clínico de las madres adolescentes atendidas en tres centros de salud de la ciudad de Riobamba en el periodo abril-agosto del 2019

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Evaluar el contexto de las madres adolescentes mediante la aplicación del APGAR familiar.
- Describir las características sociales y demográficas de la población de estudio.
- Describir el contexto clínico de las participantes.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

El periodo de adolescencia es un concepto moderno que se construyó y perfeccionó entre los siglos XV y XIX, reconociéndose un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta además de la inmadurez biológica, sexual y psicológica que atraviesa el adolescente.⁽¹⁴⁾ De este modo la palabra adolescencia proviene del latín “adolescere” la cual significa crecer, mientras que en castellano existen dos concepciones que implica tener imperfección o defecto.⁽¹⁵⁾

Según la OMS se la define como el período comprendido entre los 10 y 19 años. Sin embargo, se está considerando actualmente entre 10 y 24; este rango incluye los cambios biológicos y la transición en los roles sociales.⁽¹⁶⁾ La adolescencia se divide en 3 etapas: La temprana (10 a 13 años) denominada periodo peripueral que se caracteriza por los primeros cambios físicos como el apareamiento de los caracteres sexuales secundarios y la menarca. Se genera cambios en el cuerpo, curiosidad, pero no cambios psicológicos ya que la mente del adolescente es todavía inocente acorde con la edad que presenta.⁽¹⁷⁾

La etapa media (14 a 16 años) ocasiona preocupación y curiosidad por los cambios físicos que prácticamente han culminado con el crecimiento. En el lado afectivo se producen los primeros contactos con el sexo opuesto iniciado de forma exploratoria, reclama sus deseos de autonomía, independencia y respeto a su propia intimidad, pero sin crear conflictos familiares significativos.⁽¹⁶⁾

Finalmente, en la etapa tardía (17 a 19 años) en la que no se evidencia cambios físicos significativos, sus órganos sexuales han madurado y su enfoque se dirige hacia una perspectiva más adulta; aumenta la necesidad de atención, adquiere mayor importancia las relaciones íntimas y desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales en su futuro.⁽¹⁵⁾

En este periodo son intensas las conductas de riesgo desencadenando problemas propios de su edad, baja autoestima, estado defensivo, introversión, entre otros estados cambiantes que se producen en la mayoría de los jóvenes. Otros factores como la falta de atención por parte de sus padres, los centros educativos y la información negativa recibida de los medios, forman falsos modelos de un ser perfecto aumentando más la alteración en su personalidad.⁽¹⁶⁾

Todo se relaciona a los cambios del comportamiento, tratando de imitar y ser personas diferentes, mostrando ansiedad por enfrentar otra realidad; convirtiéndose en personas vulnerables de los problemas sociales como la drogadicción, el alcoholismo, el ingreso a pandillas, asaltos, embarazos no deseados, prostitución, entre otros que limitan e impiden las buenas oportunidades futuras del adolescente.⁽¹⁸⁾

Según la OMS 16 millones de jóvenes de 15 a 19 dan a luz cada año y de estas aproximadamente un millón son menores de 15 años y la tasa de natalidad es de 1,9% del total de nacimientos en los países desarrollados;⁽¹⁾ sus cifras más elevadas en los sectores rurales; en otras palabras la tasa oscila entre 1 y 299 recién nacidos por cada 1000 adolescentes.⁽¹⁹⁾

Según varios autores en su artículo afirman que a nivel global 20000 niñas menores de 18 años se convierten en madres en países escandinavos. Además, de los 7,3 millones de partos que se realizan en el mundo entre las mujeres de esas edades 2 millones son de niñas menores de 15 años.⁽⁴⁾

Algo similar ocurre con América Latina y el Caribe en donde la OPS ⁽⁸⁾ manifiesta que las tasas de embarazo adolescente continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años; a esta problemática Ecuador en el 2014 el Ministerio de Salud pública registro 413 318 nacidos vivos con madres entre los 15 y 19 años. ⁽⁹⁾

La maternidad constituye una compleja transición evolutiva y aún más si se produce durante la adolescencia ya que demanda nuevos retos, cambiar hábitos, adquirir, aplicar conocimientos y destrezas que no se ha practicado anteriormente y, en definitiva, adoptar un nuevo papel con todos los cambios y modificaciones que ello conlleva de cara a la identidad personal.⁽²⁰⁾

El cuidado y crianza de los niños ocasionan cambios importantes en una mujer, adquiriendo nuevas responsabilidades y actividades que alteran el diario vivir de la adolescente; quien tuvo que atravesar de manera brusca a la etapa adulta y que ocasiones puede llegar a ser traumática. La maternidad adolescente involucra temáticas como el comienzo de su vida sexual, los métodos anticonceptivos, un embarazo no deseado, así como también las oportunidades laborales que en la mayoría de las situaciones son reducidas.⁽²¹⁾

Los aspectos más graves por encima de que las jóvenes tengan niños recaen en la falta de autonomía personal tanto física como psicológica, la disponibilidad económica y de competencia práctica de quienes asuman la responsabilidad familiar sin ser aún mayores de edad. En la mayoría de los casos la maternidad ocasiona limitaciones importantes en el proceso tanto de gestación como cuidado de un niño. Por tanto, este fenómeno se convierte en un problema para las jóvenes por los compromisos que adquieren al ser madres.⁽²¹⁾

El proceso de cambio temprano a una etapa adulta es un punto negativo para los adolescentes debido a que se reducen opciones, crea ambientes desfavorables y genera situaciones que en la mayoría de los casos no son las indicadas, como matrimonios forzados o escenarios laborales limitados. Así la vida de la madre inmadura se convierte en un desafío lleno de obstáculos a futuro, identificada por bajo rendimiento o deserción escolar, dependencia económica, problemas de salud y relaciones inestables.^(21,22)

Las limitaciones y desventajas en relación con su vida antes del embarazo son las causas que generan este problema de carácter social considerando que la maternidad temprana se encuentra ligada a las condiciones del entorno familiar, social, y económico. Como resultado se ve afectada en parte la formación educativa, debido a que las jóvenes abandonan sus estudios para asumir las responsabilidades que conlleva ser madre.⁽²¹⁾

El vínculo que se genera entre pobreza y maternidad es uno de los problemas más controversiales. Varios estudios manifiestan que la mayoría se inicia por problemas económicos y de falta de oportunidades; pensando de forma errónea que ser madres les proveerá un reconocimiento social y una responsabilidad familiar propia. Para ciertas adolescentes se convertiría en la manera de llenar las carencias afectivas y económicas que presentaban en sus vidas; estas situaciones se generan en mayor cantidad en los grupos sociales de bajos recursos económicos, así como también en las familias disfuncionales.^(22,23)

Si se analiza la parte laboral, la inclusión de las jóvenes al mundo del trabajo es muy lento caracterizado por ocupaciones inestables y salarios mínimos; es decir, abandonan su formación educativa por trabajar, aunque sea en situaciones complejas e inestables, cargadas de obstáculos, con el riesgo de permanecer en el desempleo y dificultades para obtener una estabilidad.⁽²¹⁾

Ser madre fuera del matrimonio se ha relacionado desde la antigüedad con embarazos no deseados, aunque esto ha ido cambiando con el pasar de los años. Esta condición genera

dificultad a la hora de garantizar que el padre de sus hijos se haga responsable afectivamente como de su manutención; es decir, las adolescentes mismas se exponen a situaciones de mayor vulnerabilidad.⁽²¹⁾

La edad del padre es otro factor importante en esta problemática. La madre en ciertas ocasiones tiene sus hijos de jóvenes mayores que ellas, pero en otros la realidad es distinta porque son de edades similares, los cuales por la inmadurez que presentan evade su responsabilidad negando la oportunidad al niño de crecer en una familia nuclear. La probabilidad que el padre apoye de forma económica y constante a la madre, es menor de lo que se ha observado en relación las madres adultas.⁽²⁴⁾ Esto genera la formación de familias monoparentales aumentando el conflicto entre la vida laboral y familiar de las adolescentes lo que ocasiona la aferración a la protección económica y afectiva que la familia de origen le brinda a ella y a su bebé.⁽²¹⁾

El déficit de la preparación práctica para brindar atención a otra persona es una característica común y particularmente entre las adolescentes que aún no han fortalecido su temperamento y su capacidad de juicio. Es decir, una independencia incompleta o incumplida no les permite hacerse responsables de los cuidados de sus niños de forma adecuada.⁽²¹⁾

Convertirse en madre no es solamente la reproducción biológica ya que esto involucra otras características como el cuidado, la atención y la crianza infantil; la maternidad se asocia con tensiones y cambios que generan un nuevo paso vital de la mujer. En este proceso no se trata únicamente de cumplir el deber de cuidado sino de realizarlo de una forma adecuada poniendo en práctica conocimientos, madurez tanto física como psicológica y hacer conciencia de la dificultad que genera ser una madre responsable.⁽²¹⁾

Otra característica es la etnia a la que pertenecen las madres adolescentes. Por ejemplo, en las mujeres indígenas, según varios estudios realizados refieren que en este grupo existe una menor utilización de métodos anticonceptivos y por ende un mayor índice de embarazos, las jóvenes inician su vida reproductiva desde edades muy tempranas entre los 16 y 19 años; además estas mujeres consideran importante la autoridad masculina y conceden toda la potestad al varón por encima de ellas mismo. Ante la posibilidad de formar una vida diferente a la que vivieron sus madres y mujeres que la rodean, las jóvenes adolescentes aceptan identificarse con este ejemplo de madre y esposa, eliminando las proyecciones y sueños a futuro.^(21,23)

La migración es un problema social a nivel mundial, que se motiva por aspectos como: el factor económico, la falta de empleo, salarios mínimos y el hecho de buscar una mejor calidad de vida; esa ausencia física ocasiona disgregación familiar, distanciamiento emocional y dificultad en la adaptación de los miembros del hogar, generando familias con algún tipo de disfuncionalidad.⁽²⁵⁾

Varios estudios manifiestan que las familias con un buen funcionamiento, los adolescentes tienen mayor autoestima, menos problemas de conducta y además un mejor rendimiento educativo a diferencia de las familias con funcionalidad baja en las que reportan consumo de drogas, síntomas de depresión, embarazos y afecciones negativas.^(26,27)

Una de las escalas que se utilizan para valorar el funcionamiento de la familia es el APGAR, el cual indica el punto de vista de cada integrante sobre la funcionalidad del hogar de una manera global.⁽²⁸⁾ Este instrumento determina las cinco funciones básicas de una familia: la adaptación utiliza recursos intra y extra familiares para resolver problemas; la participación de los familiares en la toma de decisiones y su adecuada responsabilidad; el gradiente de recursos que determina el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización de sus miembros; afectividad que involucra el cariño y amor presente; finalmente los recursos o capacidad resolutoria para atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia.^(26,29)

En efecto el resultado de la información que se obtiene es valioso y al sumar los cinco ítems mencionados el puntaje fluctúa entre 0 y 20 que ayuda a determinar el grado de funcionalidad familiar. Debe señalarse que la última modificación del APGAR familiar fue realizada por la Dra. Liliana Arias, que dentro de su perspectiva debe incluirse a los amigos; si se presentase el caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad familiar resulta ser un recurso útil.⁽²⁶⁾

En relación a lo anterior, varios estudios han demostrado asociación entre los factores de riesgo sociodemográficos y los factores relacionados con la estructura familiar, dado que, a través de sus miembros y las relaciones entre ellos, se muestra directamente cómo influye el comportamiento sexual de las adolescentes. Un claro ejemplo describe la crianza del adolescente en familias monoparentales se ha relacionado con embarazos a temprana edad por el inicio de la actividad sexual. Sin duda en la mayoría de los casos su maternidad la atraviesa sin el apoyo de su pareja.⁽³⁰⁾

Otro punto de vista plantea a la maternidad temprana como un factor que puede poner en riesgo el bienestar integral de las madres.⁽²¹⁾ Este aspecto tomado en consideración en el ámbito de la salud pública y de los estudios médicos, recalca las consecuencias negativas de este problema en conjunto. Se considera que hoy en día los adolescentes están biológicamente preparados y motivados culturalmente para iniciar su vida sexual, pero a su vez se convierten en seres incapaces de analizar las consecuencias que traen consigo esta conducta a temprana edad.⁽¹⁴⁾

Los embarazos no deseados generalmente terminan en un aborto; la OMS, reporta que aproximadamente 5 millones de adolescentes se practican un aborto cada año en el mundo, de modo que se estima que 105 ocurren cada minuto y 35 de estos se los realizarán en lugares clandestinos, exponiéndose a condiciones de riesgo como accidentes anestésicos, perforaciones uterinas, sepsis y hemorragias.⁽³¹⁾

Del mismo modo las infecciones de transmisión sexual (ITS) predominan en los adolescentes por su susceptibilidad, la relación monógama de corta duración, la promiscuidad y las relaciones sin protección son factores que contribuyen al contagio y si bien es claro se presentan en todos los grupos etarios por vía sexual es el mecanismo de transmisión predominante. Las ITS se ha incrementado en el mundo, principalmente en los adolescentes, a pesar del fortalecimiento de las medidas preventivas de la atención primaria en salud todas las personas sexualmente activas están en riesgo de contraerlas. El tener una ITS durante el embarazo pone en riesgo la salud del producto de la gestación, además de acarrear complicaciones a futuro puesto que muchas de estas no tienen cura.⁽³²⁾

Por su parte en el Ecuador en el año 2015, se desarrolló el Proyecto Plan Nacional de Fortalecimiento de la Familia con la misión de “disminuir la incidencia del embarazo adolescente en el Ecuador a través de estrategias, programas y actividades multisectoriales, es por ello que el Ministerio de Salud Pública lleva a cabo las medidas de promoción y prevención para contrarrestar el problema en los grupos de atención prioritaria.⁽⁹⁾

El adolescente posee conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, lo cual varía dependiendo de su edad y condición económica; pero por su poca capacidad de tomar decisiones asertivas se niegan a utilizarlos y se producen los embarazos no planificados.⁽³³⁾ En cuanto a quienes ya han atravesado un embarazo anterior después del nacimiento del primer hijo ha disminuido el uso del preservativo y lo que más prevalece es la anticoncepción

hormonal aunque no siempre con resultados satisfactorios, de ahí se estima que del 30 al 50% de madres adolescentes tuvieron su primer parto antes de los 18 años y tienen un segundo entre los 12 a 24 meses posteriores.⁽³⁴⁾

Posponer un segundo embarazo y tener un período intergenésico adecuado de por lo menos un intervalo de 24 meses es necesario para restaurar la salud materna tanto en el ámbito fisiológico, nutricional y sobre todo para aminorar el estrés postparto que este conlleva. Visto de esta forma las madres adolescentes que atraviesan un nuevo embarazo antes del tiempo ya mencionado se enfrentan a un riesgo mayor de presentar problemas en el parto y postparto que cuando fueron madres primerizas.⁽³⁴⁾

Se describe mayor morbilidad en el periodo de gestación de la adolescente de tal modo que en la primera mitad se destaca el aborto, las infecciones urinarias, la bacteriuria asintomática y la anemia la cual es frecuente en el embarazo a causa de una dieta inadecuada, como es el caso de las jóvenes adolescentes, donde malos hábitos y costumbres alimenticias de la edad ayudan a que se produzca un déficit de hierro. Mientras que en la segunda mitad se presenta los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afecciones placentarias, la escasa ganancia de peso o problemas de malnutrición materna, parto prematuro y en el período del parto los problemas la incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto incrementando el número de cesáreas.^(21,24,35,36)

En la etapa posterior al parto, estas madres pueden presentar un mayor riesgo de desarrollar afecciones emocionales como sentirse culpable, estresada o hasta generar depresión.⁽²¹⁾ Ser madre ocasiona un cambio en la apariencia física de la mujer, alterando su imagen corporal ocasionando un mayor riesgos de problemas en la autoestima, generando alteraciones en el estilo de vida de la joven madre. La sexualidad en ocasiones también se encuentra alterada debido a que la mujer no siempre se encuentra dispuesta para iniciar su vida sexual con su pareja, en esta etapa se debe fortalecer la parte emocional.⁽²²⁾

En el caso de los hijos se señala una mayor incidencia de partos prematuros, bajo peso al nacer y disfunciones fisiológicas irreversibles en especial si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes procreen de nuevo en un intervalo de tiempo menor de dos años como mínimo, es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables;⁽²²⁾ así como una gran posibilidad de muerte

durante el primer año de vida. Las cifras de mortalidad infantil revelan que en este grupo se duplica o triplica en comparación con los neonatos cuyas madres son mayores de 20 años.^(21,35)

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuali-cuantitativo, transversal, con la finalidad de determinar el contexto sociodemográfico de las madres adolescentes atendidas en tres centros de salud de la ciudad de Riobamba. La población estuvo constituida por el número de madres con edades comprendidas entre 10 y 19 años determinada como adolescencia por la OMS que acudieron en busca de atención médica y reunieron los criterios establecidos para la selección de las participantes.

Entre los criterios de inclusión se consideraron: madres adolescentes de niños/as en una edad comprendida entre los 29 días y 1 año de edad, firma del consentimiento informado por parte del paciente y/o de su representante legal y con participación voluntaria.

Se consideraron como criterios de exclusión: aquellas pacientes que estén en desacuerdo con la participación en el estudio. Con los criterios ya mencionados se constituyó una población de 63 madres adolescentes por lo que no se procedió al cálculo de muestra, por ende, se trabajó con la totalidad de pacientes.

En el estudio se consideraron como variables las características sociodemográficas y características clínicas de la maternidad en la adolescencia descritas a continuación:

Operacionalización de variables:

Características sociodemográficas y clínicas de las madres adolescentes

Variables	Tipo	Escala	Definición operacional	Indicadores
Características socio-demográficas	Cuantitativa Nominal Politómica	Etapa de la adolescencia según edad <ul style="list-style-type: none">• 10-13• 14-16• 17-19	Joven madre con edades entre los 10 y 19 años	Porcentaje de edad de las madres adolescentes
	Cualitativa Nominal Politómica	Estado civil <ul style="list-style-type: none">• Soltera• Casada• Unión libre	Estatus marital legal de la madre adolescente.	Porcentaje de madres adolescentes por estatus marital.

	Cualitativa Ordinal Politómica	Nivel de escolaridad <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Técnica • Superior 	Atendiendo al nivel escolar de las madres adolescentes en el sistema educativo nacional.	Porcentaje de madres adolescentes según el nivel de escolaridad
	Cualitativa Nominal Dicotómica	Lugar de residencia <ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural 	Según descripción urbanística del lugar de residencia de las madres adolescentes	Porcentaje de madres adolescentes según el nivel urbanístico
	Cualitativa Nominal Politómica	Etnia <ul style="list-style-type: none"> • Blanca • Mestiza • Indígena Afrodescendiente 	Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Porcentaje de madres adolescentes según auto identificación étnica.
	Cualitativa Nominal Politómica	Religión <ul style="list-style-type: none"> • Católica • Cristiana • Evangélica • Testigo de Jehová 	Sistema del ser humano formado por principios, creencias y prácticas en relación al aspecto moral, espiritual y existencial.	Porcentaje de madres adolescentes según religión que practica
	Cualitativa Nominal Politómica	Ocupación <ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Quehaceres domésticos • Trabajadora 	Actividad que realiza la madre adolescente.	Porcentaje de madres adolescentes según la actividad que realizan

	Cuantitativa Ordinal Politómica	Ingresos económicos <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 492,75 USD • Entre 493-722,44 USD • Mayor a 722,44 USD 	Cantidad de dinero que una familia puede gastar en un periodo determinado sin aumentar ni disminuir sus activos netos.	Porcentaje de madres adolescentes según su ingreso económico.
	Cuantitativa Nominal Politómica	Vivienda <ul style="list-style-type: none"> • Propia • Arrendada • Prestada 	Lugar adaptado para que vivan personas sea propia o con un compromiso de pago.	Porcentaje de madres adolescentes con vivienda arrendada
		<ul style="list-style-type: none"> • Independiente • Compartida 	Lugar adaptado para que vivan las personas acatando el grado de privacidad.	Porcentaje de madres adolescentes según su independencia del lugar que habitan.
	Cualitativa Nominal Politómica	Motivo del embarazo <ul style="list-style-type: none"> • Consentido • Dejarse llevar • Maltrato intrafamiliar • Por curiosidad • Violación sexual • Uso de alcohol • Uso de drogas • Influencia de los amigos • Por mejorar la relación con la pareja 	Percepción de su embarazo y su vulnerabilidad	Razón por la cual las madres adolescentes atribuyen al embarazo.

	Cualitativa Nominal Dicotómica	Deseo del hijo • Si • No	Anhelo o no, de la llegada de un hijo	Porcentaje de madres adolescentes según anhelo de llegada.
	Cuantitativa Ordinal Politómica	Nº de hijos • Uno • Dos • Más de dos	Cantidad de niños que forman parte de la familia de la madre adolescente	Porcentaje de madres adolescentes según número de hijos.
	Cualitativa Nominal Politómica	Antecedentes de embarazo adolescente • Abuela • Mamá • Hermana	Embarazos adolescentes anteriores en su árbol genealógico	Porcentaje de madres adolescentes con antecedentes de embarazos en la adolescencia en su familia
	Cualitativo Ordinal Politómica	APGAR Familiar • Función familiar normal: 17-20 puntos. • Disfunción leve: 16-13 puntos. • Disfunción moderada: 12- 10 puntos. • Disfunción severa: 9 puntos o menos.	Herramienta utilizada para detectar la disfuncionalida d familiar de la madre adolescente.	Porcentaje de madres adolescentes según disfuncionali dad del APGAR familiar.

Contexto clínico	Cuali-cuantitativa Nominal Politómica	Estado nutricional <ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición severa • (IMC < 16.0) • Desnutrición moderada • (IMC ≥ 16.0 a < 17.0) • Desnutrición leve • (IMC ≥ 17.0 a < 18.5) • Normal • (IMC ≥ 18.5 a < 25.0) • Sobrepeso • (IMC ≥ 25.0 a < 30.0) • Obesidad • (IMC ≥ 30.0) 	Índice de masa corporal de la madre adolescente	Porcentaje de madres adolescentes de acuerdo al índice de masa corporal
	Cualitativa Nominal Politómica	Antecedentes patológicos personales <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Diabetes • Infección de vías urinarias • Citomegalovirus • Toxoplasmosis • Infecciones vaginales • Infecciones de transmisión sexual • Violencia • Intervenciones quirúrgicas • Accidentes • Traumatismos • Otros 	Patologías presentes en la paciente	Porcentaje de madres adolescentes con antecedentes patológicos personales.

	Cualitativa Nominal Politómica	Antecedentes patológicos Familiares <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Diabetes • Infecciones • Violencia • Accidentes • Traumatismos • Cáncer 	Patologías presentes en el árbol genealógico de la madre adolescente.	Porcentaje de madres adolescentes con antecedentes patológicos familiares.
	Cualitativo Nominal Politómica	Antecedentes gineco- obstétricos	Acciones preventivas para disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.	Porcentaje de madres adolescentes según el número de controles prenatales
		Controles prenatales <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Uno • Dos • Más de dos 		
		Método de planificación familiar <ul style="list-style-type: none"> • Barrera • DIU • Hormonales • Natural • No usa 	Método anticonceptivo utilizado por las madres adolescentes	Porcentaje de madres adolescentes según el método anticonceptivo que utiliza

En el estudio se empleó el método empírico, previo a la firma del consentimiento informado (Anexo 1), aplicando una encuesta que contiene las características sociodemográficas y clínicas de estudios publicados en bases científicas como: Biblioteca Virtual de Salud y ProQuest.

Se realizó la recolección de datos mediante la aplicación del instrumento (Anexo 2), con lo cual se dio respuesta a las variables planteadas. Como procesamiento estadístico se creó una base de datos utilizando Microsoft Excel para su tabulación y análisis. Por otra parte, se analizó la percepción del ambiente de la familia a partir de la aplicación del APGAR familiar (Anexo 3).

Esta investigación tomó en cuenta los principios bioéticos fundamentales prevaleciendo el respeto, la beneficencia, la protección de la intimidad, la confidencialidad, el bienestar y las

normas y procedimientos en materia de investigación que rigen las instituciones de salud. Las adolescentes, fueron debidamente informadas del propósito de la investigación, la cual formó parte del macro proyecto Apoyo al Proceso de Maternidad en Adolescentes, Riobamba 2018. Dentro de este marco se contó con un aval emitido por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital Carlos Andrade Marín, con el expediente No. 074, otorgado el 18 de octubre de 2018.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de los datos obtenidos permitió determinar las características sociodemográficas y clínicas de 63 madres adolescentes complementado con la evaluación del APGAR familiar donde se valoró la disfuncionalidad en tres centros de salud de la ciudad de Riobamba en el periodo abril-agosto del 2019

Tabla 1. Indicadores sociodemográficos en la población de estudio.

Indicadores socio-demográficos	Rango/categoría >	Frecuencia		Rango/categoría <	Frecuencia	
		Nº	%		Nº	%
Edad de la madre	17-19 años	50	79,36	14-16 años	13	20,63
Edad del niño	29 días-3 meses	19	30,15	7-9 m 10-12 m	14	22,22
Sexo del bebé	Mujer	32	50,79	Hombre	31	49,2
Estado civil	Soltera	30	50,79	Casada	5	7,93
Instrucción	Secundaria incompleta	38	60,31	Primaria incompleta	1	1,58
Religión	Católica	54	85,71	Otras	1	1,58
Ocupación	Estudiante	33	52,38	Otro	1	1,58
Lugar de residencia	Urbano	55	87,3	Rural	8	12,69
Etnia	Mestiza	55	87,3	Blanca	1	1,58
Vivienda	Propia	21	33,33	Prestada	10	15,87
Situación de la vivienda	Independiente	30	47,61	Compartida	33	52,38
Lugar que ocupa entre los hermanos	Primera	24	38,09	Única	2	3,17
Ingreso económico para el mantenimiento de hogar	Menos de 492,75 USD	47	74,6	Mayor a 722,44 USD	3	4,76
Situación de los padres	Casados y viven juntos	35	55,55	Madre soltera	2	3,17
Responsable del hogar	Madre y el padre	25	39,68	Abuela	2	3,17
Edad del jefe de hogar	20-39 años	40	63,49	De 40-64 años	22	34,92
Nivel de instrucción del jefe de hogar	Secundaria completa	21	33,33	Cuarto nivel	1	1,58

Al analizar las características sociodemográficas de las 63 madres se determinó que el 79.36% de ellas pertenecían al rango de edad de la adolescencia tardía; hecho similar ocurre en la investigación de Ramos et al.⁽³⁷⁾ titulada “*Autoestima global y autoestima materna en madres adolescentes*” pues en la población de 35 madres prevalece la etapa tardía con una media de 17,89%. Restrepo et al.⁽³⁸⁾ al respecto en su artículo “*Estado nutricional materno y neonatal en un grupo de adolescentes de la ciudad de Medellín*” menciona que el promedio de edad fue 17 años y que alrededor de una sexta parte tienen 15 años o menos. La mayor parte de la población estudiada tuvo junto a ella a sus dos figuras paternas en un 55,55% quienes se encargan del hogar, al respecto, el estudio realizado en Medellín⁽³⁸⁾ evidencia una mayor proporción de familias monoparentales en donde el 98% reportan ser hijas de madres solteras. En referencia a la situación económica, ésta se considera desfavorable para este tipo de familia en donde el 80% pertenece a los estratos socioeconómicos bajo y medio con un ingreso mensual familiar de 383USD y 39,6% de los hogares son retribuidos con un salario mínimo mensual de 321USD. Hecho similar a la población estudiada en donde el 74.6 % de la población subsistió con menos de 492,75 USD y solo el 4.76% refirió contar con un sueldo superior a los 722,44 USD.

En la presente investigación el 50,79% de la población de estudio fueron solteras y el 63,31% informaron que se encontraban cursando los estudios secundarios; en un estudio similar realizado en Perú por Noblega et al.⁽³⁹⁾ titulado “*Factores sociodemográficos explicativos del guión de base segura materna*” el nivel de instrucción en un 56.6% había culminado sus estudios secundarios y en referencia a su situación conyugal, el 59% de las madres viven con el padre biológico de su hijo. El interés que brinda la familia en la educación, influye en la conducta reproductiva del adolescente, vinculada con la maternidad. En Perú⁽³⁹⁾ las adolescentes manifiestan que las familias les otorgan poco o nulo interés a su formación académica por lo que se convierte en un riesgo latente para que sean madres a temprana edad y que el 38 % de esa población cuenta con el interés familiar en su trayectoria educativa.

La ocupación que predominó en las madres adolescentes fueron los estudios con el 52,38%; por el contrario, en el estudio realizado en el Perú⁽³⁶⁾ el 36,1% de las madres trabajan o estudian y el 63.9% restante se dedican exclusivamente a las actividades del hogar.

Tabla 2. Elementos sociodemográficos relativos al embarazo en la población de estudio.

INDICADORES DE ANTECEDENTES DEL EMBARAZO	Rango/ Categoría >	Frecuencia		Rango/ Categoría <	Frecuencia	
		Nº	%		Nº	%
Motivo de embarazo	Dejarse llevar	40	63,49	Uso de alcohol	1	1,58
Embarazo planificado	No	54	85,71	Si	9	14,28
Embarazo deseado	Si	48	76,19	No	15	23,8
Número de hijos	Uno	62	98,41	Dos o más hijos	1	1,58
Preferencia del sexo de su bebé	Hombre	34	53,96	Mujer	29	46,03
Antecedentes de embarazo adolescente en familiares	Más de dos familiares	23	36,5	Abuela	4	6,34
Ha dejado de estudiar debido a la maternidad	NO	37	58,73	Si	26	41,26

Molina et al.⁽⁴⁰⁾ en su estudio titulado “*Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia*” refiere que en este período que se extienden hasta los 24 años, aún existen mitos en relación al embarazo; como “*no es posible quedar embarazada cuando no se mantienen relaciones sexuales frecuentemente*”, el 18% de las mujeres de esta edad creen en este mito, 16% de las mujeres opinan que no es posible cuando es la primera vez, y el 18% le atribuyen como causa del embarazo a la desinformación sobre el tema. En el estudio, el 63.9% de las madres afirmaron que el motivo de su embarazo fue porque se dejaron llevar por la pareja y el 85,71% no planificó el embarazo.

En cuanto a los embarazos planificados Muñoz et al.⁽⁴¹⁾ en su artículo “*Exploración psicológica de madres adolescentes con parejas mayores que ellas*” aporta que de los dos casos encontrados en su estudio, refirieron que planificaron su embarazo porque mantienen relaciones estables con hombres de 30 y 36 años. En el estudio el 14.28% planificó su embarazo y las edades de los padres biológicos eran superiores a las de la madre.

A estos resultados se añadió que el 1,58% tuvieron más de un hijo, por lo que se estima que a más temprana edad del inicio de la vida sexual existe mayor probabilidad de tener otro embarazo. Entre los factores que inciden se destacan la experiencia reproductiva de la madre de la joven: en donde a mayor paridad es mayor el índice de que la adolescente sea madre a edades tempranas. En la ciudad de Cúcuta refiere Parada et al.⁽⁴²⁾ con su artículo “*Padres y madres adolescentes en el ejercicio de la crianza*” que del total de hijas primíparas adolescentes, el 75 % de sus madres también cursaron una maternidad temprana. En los antecedentes de embarazo en familiares el estudio determinó que el 36.5% tenía más de dos familiares con esta condición; cuya opción incluía a la abuela, la madre, las hermanas o las tías. Según la investigación⁽⁴²⁾ esta situación incrementa la posibilidad de ser madres a temprana edad en un 30% y 70% respectivamente dependiendo cada caso.

Tabla 3. Indicadores sociodemográficos relativos al padre del bebé.

INDICADORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LA PAREJA	Rango/ Categoría >	Frecuencia		Rango/ Categoría <	Frecuencia	
		Nº	%		Nº	%
Edad del padre	20-39 años	49	77,70%	40-64 años	3	4,76
Ocupación	Trabajador	35	55,55	Ninguna	3	4,76
Nivel de instrucción	Secundaria completa	20	31,74	Primaria	2	3,17
Religión	Católico	54	85,71	Evangélico	1	1,58
Lugar de residencia	Urbana	54	85,71	Rural	9	14,28
Consideración étnica	Mestizo	53	84,12	Blanco	1	1,58
Responsables del hogar	La madre y el padre	30	47,61	Sólo abuela	1	1,58
Situación de los padres	Casados y viven juntos	37	58,73	Padres ausentes	1	1,58
Ingreso económico	Adecuado	35	55,55	Muy bajo	12	19,04
Vivienda	Arrendada	29	46,03	Prestada	7	11,11
Situación de la Vivienda	Independiente	33	52,38	Compartida	30	47,61

De las 63 encuestas sobre los aspectos sociodemográficos del padre, el indicador de mayor incidencia que llamó la atención es la edad de la pareja que correspondió a 77,70%; lo que

probablemente se puede justificar con el hecho de que las mujeres adolescentes sienten mayor atracción por los hombres de mayor edad, con el fin de buscar seguridad económica.⁽²¹⁾ No se encontraron otros estudios que permitan la comparación de estos resultados.

Tabla 4. Elementos sociodemográficos relativos al embarazo desde la perspectiva del padre.

INDICADORES DE ANTECEDENTES DEL EMBARAZO	Rango/ Categoría	Frecuencia		Rango/ Categoría	Frecuencia	
		N°	%		N°	%
Embarazo planificado	No	50	79,36	Si	13	20,63
Embarazo deseado	Si	39	61,9	No	24	38,09
Número de hijos	Uno	53	84,12	Dos o más hijos	4	6,34
Antecedentes de embarazo en la adolescencia de sus familiares	Más de dos familiares	17	26,98	Tía	2	3,17

De la presente tabla se determinó que la pareja aparentemente no contribuyó en la planificación consiente del embarazo. En la mayoría de los casos llegan a esta situación sin haberlo planeado o deseado, los jóvenes buscan sexo sin ataduras, sin que exista una relación sentimental ni un compromiso futuro; al enfrentarse a una esta situación la asumen casándose o dejando a la adolescente a su suerte. Tanto el matrimonio forzado como la paternidad son resultado de prácticas sexuales irresponsables y de las escasas opciones con que cuentan para decidir sobre un embarazo no deseado.⁽⁴³⁾

Tabla 5 Antecedentes patológicos en las madres adolescentes.

Antecedentes patológicos personales de la adolescente	Frecuencia		Patologías en el embarazo	Frecuencia		Patologías en el puerperio	Frecuencia	
	N	%		Nº	%		Nº	%
Infección de vías urinarias	9	14,28	Infección de vías urinarias	17	26,98	Desgarros	13	20,63
Comorbilidad	6	9,52	Comorbilidad	13	20,6	Hemorragias	6	9,52
Accidentes	3	4,76	Trastornos hipertensivos	7	11,11	Comorbilidad	4	6,34
Infecciones de transmisión sexual	2	3,17	Anemia	3	4,76	Ninguna	40	63,49
Diabetes	1	1,58	Parto prematuro, ruptura prematura de membranas	1 2	1,58 3,17	Total	63	100
Hipertensión	1	1,58	Depresión	1	1,58			
Ninguna	41	65,01	Ninguna	20	31,74			
Total	63	100	Total	63	100			

Al analizar las 63 encuestas se constató que el 65.01% de pacientes refirieron no haber presentado ninguna patología en su vida. De las respuestas afirmativas la mayoría de ellas refirieron que las causas de morbilidad fueron las siguientes, en orden de presentación: infecciones de vías urinarias, accidentes, infecciones de transmisión sexual, diabetes, hipertensión; lo expuesto corrobora con lo descrito por Vides et al.⁽⁴⁴⁾ en su artículo realizado en Honduras titulado “*Caracterización sociodemográfica, clínica de adolescentes embarazadas*” en el cual: el 83.4% de las adolescentes no padecen ninguna patología de base, además las infecciones de vías urinarias se sitúan en los primeros puestos con un 46,6%, y la anemia con un 20 % como más frecuentes.

Durante el embarazo igualmente prevaleció en las 63 pacientes la infección de vías urinarias con un 26,98% y anemia en un 4,76 % por lo contrario Bendezú et al.⁽⁴⁵⁾ en su artículo “*Características y riesgos de gestantes adolescentes*” realizado en Perú, manifiesta que la anemia ocupa los primeros puestos con el 18,1%, seguido de las infecciones de vías urinarias con un 14,1%.

Las complicaciones hipertensivas se encontraron con el 11,11 %, seguidas de la ruptura de membranas y el parto prematuro en las que los porcentajes fueron bajos; en la investigación de Perú (45) únicamente el 4 % sufren trastornos hipertensivos, explicando que estos se

generan con mayor frecuencia en los extremos de vida, el riesgo de parto pre término se encuentra con el 6,8%.

Las complicaciones en el puerperio según la encuesta realizada fueron los desgarros y hemorragias con un 20,63% y 9,52% respectivamente, hecho similar refiere el autor⁽⁴⁵⁾ ya que el 34,4% de las jóvenes adolescentes presentan complicaciones siendo la hemorragia posparto y los desgarros los de mayor frecuencia, explicando que entre más joven es la adolescente incrementa la vulnerabilidad de que existan complicaciones durante la fase expulsiva ocasionando trabajos de partos prolongados y aumentando los operatorios.

Tabla 6. Antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes que participaron en la investigación.

INDICADORES GINECO- OBSTÉTRICOS Y PERINATALES	Rango/ categoría	Frecuencia		Rango/ categoría	Frecuencia			
		>	Nº		%	<	Nº	%
Número de embarazos	Uno	58	92,06	Dos	5	7,93		
Nacidos vivos	Uno	62	98,41	Dos	1	1,58		
Abortos	Cero	59	93,65	Uno	4	6,34		
Partos	Normales	49	77,77	Cesáreas	14	22,22		
Planificación familiar	No usa	28	44,44	DIU, Hormonal	2	3,17		
Edad gestacional del primer control	Primer trimestre	31	49,2	Tercer trimestre	7	11,11		
Complicaciones del recién nacido	Prematuridad	10	15,87	Apnea	1	1,58		

Al analizar los antecedentes gineco-obstétricos se observó que en las encuestas aplicadas el 92,06% solo han tenido un embarazo y el 7,93 % más de dos; algo similar a lo que ocurre en un artículo realizado por Electra⁽³⁴⁾ titulado “*Embarazo repetido en la adolescencia: La realidad chilena*” en el que el 93.2% de las adolescentes tienen una sola gesta y 6,8% dos o

más; estos resultados son beneficiosos en cuanto a la complejidad en el cuidado y crianza del bebé que implica, además de dificultar la realización de las tareas propias de su edad.

Por motivo de decisión propia o por causas médicas, el aborto en nuestro estudio ocupó el 6,34%, lo cual es un problema mundial; en la ciudad de Cuenca en el “*Estudio transversal: Embarazo en adolescentes en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga durante el año 2015*” Ñauta et al.⁽⁴⁶⁾ reporta que de 125 adolescentes atendidas, el 9.6% cursa esta situación.

El tipo de parto predominante fue céfalo-vaginal en un 77,77% y quirúrgico en un 22,22%, hecho similar ocurre en la ciudad de México en donde Tapia et al.⁽⁴⁷⁾ en su artículo “*Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, postparto y puerperio*” refieren que del total de partos que se realizan el 74% nacen por parto normal y el 26% por cesárea, de las cuales el 23% son de urgencia y 3% programados

En cuanto a planificación familiar de las 63 madres adolescentes encuestadas el 44,44% no utilizaron métodos anticonceptivos pues refirieron que se encuentran solteras. Al respecto Muñoz et al.⁽⁴¹⁾ coincide que de las 14 participantes evaluadas, en su totalidad manifiestan conocer los beneficios del uso de métodos anticonceptivos, fundamentalmente el uso del preservativo, pero ninguna de ellas lo utiliza, refiriendo que no les gusta y que no cuentan con una pareja estable para utilizarlos.

A su corta edad y por la inmadurez física, psicológica y social la atención al adolescente durante la gestación es una prioridad; los controles prenatales son esenciales para determinar el estado de salud del binomio madre-hijo; en la investigación el primer control prenatal fue en el primer trimestre del embarazo en un 49,2% y en el tercer trimestre con el 11,11%, datos similares al estudio realizado en Chile⁽³¹⁾ donde el 40,6% se realiza un control prenatal antes de las 12 semanas de gestación, y el 24,1% a las 19 semanas o más.

Como resultado de un inadecuado control prenatal u otras causas en el estudio surgieron complicaciones en el recién nacido como la prematuridad 15,87%, ictericia, anemia, neumonía y en menor cantidad apnea 1.58%. En un estudio aplicado en Perú⁽⁴⁸⁾, denominado “*Complicaciones del recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza*” predomina la sepsis neonatal con 6,5% y similar a la investigación las complicaciones respiratorias como el apnea 1,3%.

Tabla 7. Estado nutricional de las madres adolescentes estudiadas.

ESTADO NUTRICIONAL	Frecuencia	
	Nº	%
Normal	49	77,77
Sobrepeso	7	11,11
Desnutrición leve	4	6,34
Obesidad	2	3,17
Desnutrición moderada	1	1,58
Total	63	100

El estado nutricional es fundamental para el bienestar de las madres adolescentes y del recién nacido, según el análisis de las encuestas realizadas se notó que la mayor cantidad de adolescentes presentó un estado nutricional normal correspondiente al 77,77% seguido del sobrepeso con el 11,11%, desnutrición 6,34%, obesidad 3,17% y desnutrición moderada con el 1,58%. Según la guía clínica de *“Alimentación y nutrición de la mujer gestante y de la madre en el periodo de lactancia”*⁽⁴⁹⁾ refiere que la malnutrición tanto la desnutrición y el sobrepeso puede generar complicaciones, como la presencia de enfermedades agudas y crónicas; evitándose si la madre mejora el tipo de alimentación.

De acuerdo al número de comidas y el apetito según las encuestas realizadas se apreció que las madres adolescentes se alimentaban de 4 a 5 veces al día y el apetito se encontró normal en un 37,74%. Para Ares et al.⁽⁵⁰⁾ en su artículo *“La importancia de la nutrición materna durante la lactancia. ¿Necesitan las madres suplementos nutricionales?”* refiere que la madre posparto tiene mayor demanda nutricional para equilibrar el gasto calórico que influye en la lactancia materna con tendencia a consumir las tres comidas diarias y sus 2 o más refrigerios.

Tabla 8. Distribución del grado de funcionalidad las madres adolescentes en el contexto familiar.

GRADO DE FUNCIONALIDAD	Frecuencia	
	Nº	%
Normal (17 a 20)	20	31,74
Disfunción leve (16 a 13)	20	31,74
Disfunción moderada (12 a 10)	13	20,63
Disfunción severa (Igual a 9 o menos)	10	15,87
Total	63	100

Al analizar el funcionamiento familiar mostró que el 68.2% presentó disfuncionalidad en sus tres rangos: severa (15.87%) que causó mayor preocupación, moderada y leve; para Vega⁽²⁹⁾

esta situación se va formando por una serie de matices y características buenas para unos y malas para otros, en su estudio titulado “*Funcionalidad familiar y características familiares en gestantes*” el 60% de la población cursa por ese problema, predominando la categoría severa 45%.

El instrumento utilizado es necesario para cuantificar tanto en el grado óptimo como el funcional; si bien es cierto en familias funcionales las actividades de la vida diaria se realizan en común acuerdo y existe flexibilidad para adaptarse a los cambios que se dan en el núcleo familiar, en donde los conflictos son solucionados mediante una comunicación efectiva lo que no sucede en los vínculos disfuncionales.⁽²⁹⁾

CONCLUSIONES

Entre la población adolescente que acudió a los tres centros de salud, prevaleció la edad de 15 a 19 años, solteras, estudiantes, con instrucción secundaria incompleta, con vivienda propia e independiente, ingreso económico menor de 492.75 USD, el motivo del embarazo fue por dejarse llevar por su pareja, sin ser planificado pero si deseado, en su mayoría tienen un solo hijo, la preferencia de sexo fue hombre y antecedentes de embarazos en adolescentes en la familia en más de dos integrantes; en relación al padre del niño predominó la edad de 16 a 47 años y en cuanto a su primogénito sobresalió el sexo mujer en edades comprendidas desde 1 mes hasta el año.

La mayoría de adolescentes viven en una familia con un funcionamiento normal y leve, sin embargo, existe un porcentaje moderado de adolescentes que proceden de familias con disfunción severa de acuerdo al APGAR familiar.

Entre las principales causas de morbilidad de las adolescentes, previo al embarazo se encontraron las infecciones de vías urinarias, accidentes de tránsito y laborales, infecciones de transmisión sexual, diabetes, e hipertensión. Durante el embarazo igualmente prevalecen las infecciones de vías urinarias, trastornos hipertensivos, anemia, parto prematuro, ruptura prematura de membranas y depresión. Después del embarazo desgarros y hemorragias. La morbilidad del recién nacido se manifestó por prematuridad, ictericia, anemia, neumonía y apnea.

RECOMENDACIONES

Al profesional de enfermería, internos y estudiantes, considerar en cada valoración los aspectos sociodemográficos y clínicos de las madres adolescentes para la posterior planificación del proceso de atención de enfermería con el fin de dar solución a las necesidades del binomio madre e hijo.

En relación al APGAR familiar, en los hogares que se encontraron con algún tipo de disfuncionalidad, el personal de enfermería debe brindar atención domiciliaria y referir al personal capacitado para trabajar conjuntamente con todos sus miembros en busca de la solución oportuna del problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [Internet]. 2018 [consulta el 4 de junio de 2019] . Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Hidalgo Vicario M. Adolescencia. Perspectivas asistenciales. Rev Form Contin la Soc Española Med la Adolesc [Internet]. 2014 [consulta el 4 de junio de 2019];2(2):130–6. Available from: <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/07-01-Tema-actual-Hidalgo-Vicario.pdf>
3. Mazuera Arias, R; Albornoz Arias, N; Ramírez Martínez; C; Carreño Paredes, M; Peinado Contreras, Y; Morffe Peraza, M; Gallardo Pérez H. Maternidad adolescente en el Norte de Santander [Internet]. Maracibo; 2017 [consulta el 7 de junio de 2019]. Available from: http://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2095/Maternidad-adolescente.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR2XViDz_9jSzfKGrMsyS1Ub_UnTcgbe_gfk5NEBHYk681FyNijKxCoEU59U
4. Flores Valencia, M; Nava Chapa, G; Arenas Monreal L. Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. SALUD PÚBLICA [Internet]. 2017 [consulta el 7 de junio de 2019];19(3):374–8. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/374-378>
5. Gúiees Hidalgo, M; González Fierro, M; Hidalgo Vicario M. Pubertad y adolescencia. Adolecere [Internet]. 2017 [consulta el 11 de junio de 2019];5(1):7–22. Available from: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA-ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22-Pubertad-y-adolescencia.pdf>
6. Gigliola Cannoni, B; González, M; Conejero C, Merino, P; Schulin Zeuthen C. Sexualidad en la adolescente: consejería. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2015 [consulta el 11 de junio de 2019];26(1):81–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864015000139>
7. Fleitas Ruiz, R; Vázquez Sánchez, V; Da Cruz, P; Daudinot Valdés A. La maternidad adolescente.: Una realidad en contexto: los casos de Cuba y Angola. 2016 [consulta el 13 de junio de 2019];(281):127–42. Available from:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-92762016000100011&lng=es&tlng=es.

8. Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo [Internet]. 2018 [consulta el 18 de junio de 2019]. Available from: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=360
9. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017-2021. 2017 [consulta el 18 de junio de 2019];33–4. Available from: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PLAN_NACIONAL_DE_SS_Y_SR_2017-2021.pdf
10. Ramos Rangel, Y; Borges Caballero D, Valladares González A. Particularidades sociodemográficas de la maternidad en adolescentes. *Humanidades Médicas* [Internet]. 2017 [consulta el 21 de junio de 2019];17(1):31–49. Available from: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/1038/697>
11. Muñoz García X. Características Sociodemográficas del Embarazo en Adolescentes en Hospital Docente Materno Infantil El Carmen, Huancayo, 2018. [Internet]. 2018 [consulta el 21 de junio de 2019]. Available from: http://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/UPLA/552/MUÑOZ_GARCIA%2CXIOMARA_HELEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
12. Botero Botero, L; Giraldo Gómez, M; Zaluaga Jaramillo C. Maternidad en adolescentes y su relación con las experiencias vinculares tempranas. 2018 [consulta el 25 de junio de 2019];(54):114–28. Available from: <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/986/1434>
13. Grupo de Trabajo Regional para la reducción de la Mortalidad Materna. Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe [Internet]. 2017 [consulta el 25 de junio de 2019]. Available from: <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>
14. Castillo Riascos L. Desaciertos en la prevención del embarazo en adolescents. *Salud Uninorte* [Internet]. 2016 [consulta el 26 de junio de 2019];32(3):543–51. Available

from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522016000300016

15. Castellano, Luis; Mársico C. Diccionario Etimológico de términos usuales en la praxis docente. Primera. Buenos Aires; 2011.
16. Gaete V. Desarrollo psicosocial del adolescente. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2015 [consulta el 26 de junio de 2019];86(6):436–43. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v86n6/art10.pdf>
17. Diestra Miranda L. Contexto sociodemográfico y condiciones de vida en adolescentes embarazadas-puesto de salud San Pedro-Chimbote, 2015. Univ Católica Los Ángeles Chimbote [Internet]. 2018 [consulta el 27 de junio de 2019]; Available from: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/5403>
18. Moreira Álvarez, E; Bolívar Chávez O. Transición adolescente y su impacto en el desarrollo del pensamiento crítico y formación conductual. *Αγαη* [Internet]. 2019 [consulta el 27 de junio de 2019];4(5):41–52. Available from: <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/Cognosis/article/view/1673/1893>
19. Ávalos, D; Recalde, F; Cristaldo, C; Cusihuaman Puma, A; López, P; Carbonell L. Estrategia de unidades de salud familiar: su impacto en la tasa de embarazo en adolescentes en Paraguay. *Salud Publica* [Internet]. 2018 [consulta el 28 de junio de 2019];(42):1–7. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e59/es>
20. Llanes N. Significaciones de la maternidad adolescente entre mujeres jóvenes residentes en Tijuana-México [Internet]. Tijuana; 2014 [consulta el 28 de junio de 2019]. Available from: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20140709030823/InformeFinalCorregido.pdf>
21. Hernández Cordero A, Gentile A. Entre muñecas y pañales. La maternidad adolescente en la España actual. *METAMORFOSIS* [Internet]. 2015[consulta el 29 de junio de 2019];(2):67–87. Available from: <http://revistametamorfosis.es/index.php/metamorfosis/article/view/30>
22. Abbott Matus V. Las representaciones de la maternidad, la paternidad y la relación de pareja en un grupo de madres y padres adolescentes chilenos [Internet]. 2016 [consulta el 29 de junio de 2019]. Available from:

<https://repositorio.uam.es/handle/10486/671600>

23. Henríquez Valencia G. Madres adolescentes: significados y experiencias [Internet]. 2016 [consulta el 2 de julio de 2019]. Available from: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/39789>
24. Cruz Díaz E. “Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio a Noviembre 2015” [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016 [consulta el 2 de julio de 2019]. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/1549/1/58909.pdf>
25. Obregón Velasco, N; Rivera Heredia M. Impacto de la migración del padre en los jóvenes: cuando la migración se convierte en abandono. CienciaUAT [Internet]. 2015 [consulta el 2 de julio de 2019];10(1):56–67. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/cuat/v10n1/2007-7858-cuat-10-01-00056.pdf>
26. Suarez Cuba, M; Alcalá Espinoza M. Apgar Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Med La Paz [Internet]. 2014 [consulta el 4 de julio de 2019];20(1):53–7. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
27. Castilla Cabello, H; Caycho Rodríguez, T; Ventura León, J; Palomino Barboza M, De La Cruz Valles M. Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Percepción del Funcionamiento Familiar de Smilkstein en adolescentes peruanos. Salud y Soc [Internet]. 2015 [consulta el 4 de julio de 2019];6(2):140–53. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439742867003.pdf>
28. Fuentes Aguilar, A; Merino Escobar J. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. Ajayu [Internet]. 2016 [consulta el 4 de julio de 2019];14(2):247–83. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4615/461546437003.pdf>
29. Vega Morales J. Funcionalidad familiar y características familiares en gestantes. UCV Sci BIOMÉDICA [Internet]. 2018 [consulta el 9 de julio de 2019];1(1):27–32. Available from: http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCVSCIENTIABIOMEDICA/article/view/1817/1548?fbclid=IwAR3nAnEHCI_Sh1VDvxGcpjETeHym3oVNcZqdWtvAgnKbXL

30. Mejía, M; Teherán, A; Serrano M, Andrews, L; Panesso, P; Cadavid V, Barrera M. Asociación entre características sociodemográficas, estructura familiar y embarazo en adolescentes. Rev Cuarzo [Internet]. 2017 [consulta el 9 de julio de 2019];21(2):74–80. Available from: <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cuarzo/article/view/39/38>
31. Ríos Canales, C; Vera Véliz, R; Emantilla Cruzado V. Aborto en adolescentes atendido en el Hospital I. Florencia de Mora. EsSalud. Enero 2016 – Diciembre 2017. Rev Médica Trujillo [Internet]. 2018 [consulta el 9 de julio de 2019];13(3):140–56. Available from: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/2097/1999>
32. Acosta, N; Larreal, E; Guerra, M; Leal N; González L. Infecciones de transmisión sexual y sus factores de riesgos en adolescentes. Invest Clin [Internet]. 2017 [consulta el 10 de julio de 2019];58(1):698. Available from: <https://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA505840634&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=05355133&p=IFME&sw=w>
33. Gogna, M; Binstock G. Anticoncepción y maternidad: Hallazgos de un estudio cuanti-cualitativo con adolescentes de 18 y 19 años de cuatro provincias argentinas. Salud Colect [Internet]. 2017 [consulta el 10 de julio de 2019];13(1):63–72. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n1/63-72>
34. Electra González A. Embarazo repetido en la adolescencia: la realidad chilena. Rev Chil Obs Ginecológica [Internet]. 2016 [consulta el 11 de julio de 2019];81(5):354–9. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v81n5/art02.pdf>
35. Gálvez Espinosa, M; Rodríguez Arévalo, L; Rodríguez Sánchez C. El embarazo en la adolescencia desde las perspectivas salud y sociedad. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2016 [consulta el 11 de julio de 2019];32(2):280–9. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000200015
36. Mora Cancino, A; Hernández Valencia M. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. Perinatol y Reprod Humana [Internet]. 2015 [consulta el 11 de julio de 2019];29(2):76–82. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533715000175#!>
37. Ramos Range, Y; Borges Caballero D. Autoestima global y autoestima materna en

- madres adolescentes. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2016 [consulta el 12 de julio de 2019];32(4):1–11. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n4/mgi04416.pdf>
38. Restrepo Mesa, S; Zapata López N, Parra Sosa, B; Escudero Vásquez, L; Betancur Arrovaye L. Estado nutricional materno y neonatal en un grupo de adolescentes de la ciudad de Medellín. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015 [consulta el 12 de julio de 2019];32(3):1300–7. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v32n3/46originalvaloracionnutricional02.pdf>
39. Noblega, M; Traverso, P; Caballero L. Factores sociodemográficos explicativos del guion de base segura materno. *Rev Psicol* [Internet]. 2017 [consulta el 12 de julio de 2019];35(2):575–604. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v35n2/a06v35n2.pdf>
40. Molina Gómez, A; Pena Olivera, R; Díaz Amores, C; Antón Soto M. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2019 [consulta el 16 de julio de 2019];45(2):1–6. Available from: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/218/341>
41. Muñoz, M; Díaz R. Exploración psicológica de madres adolescentes con parejas mayores que ellas. *Investig Pensam crítico* [Internet]. 2015 [consulta el 16 de julio de 2019];3(2):20–31. Available from: <http://usma.ac.pa/wp-content/uploads/2018/01/revista-ipc-3-2-munoz-diaz.pdf>
42. Parada Rico, D; García Suárez C. Padres y madres adolescentes en el ejercicio de la crianza. *Cienc y Cuid* [Internet]. 2017 [consulta el 17 de julio de 2019];14(2):113–29. Available from: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1132/1124>
43. De Martino Bermúdez M. Padres adolescentes y jóvenes: debates y tensiones. *Pesqui Teórica* [Internet]. 2016 [consulta el 17 de julio de 2019];19(1):91–9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v19n1/1414-4980-rk-19-01-00091.pdf>
44. Vides Torres, S; Delcid Morazan, A; Barcan Batchvaroff, M; Barahona Zelaya W. Caracterización Sociodemográfica Clínica de Adolescentes Embarazadas. *Dialnet* [Internet]. 2017 [consulta el 19 de julio de 2019];13(1):1–6. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6060893>

45. Bendezú, G; Espinoza, D; Bendezú Quispe, G; Torres Román JHG. Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Rev Peru Ginecol Y Obstet* [Internet]. 2014 [consulta el 19 de julio de 2019];1(1):13–8. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v62n1/a02v62n1.pdf>
46. Ñauta Baculima, M; García Cunuhay, B; Martínez Espinoza, B; Ñauta Díaz J. Estudio Transversal: Embarazo en Adolescentes en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca-Ecuador, 2015. *Rev Médica HJCA* [Internet]. 2017 [consulta el 19 de julio de 2019];9(2):129–33. Available from: <https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/index.php/RevHJCA/article/view/347/327>
47. Tapia Martínez, H; Iosssi Silva; M; Pérez Cabrera IJMA. Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [consulta el 23 de julio de 2019];23(5):829–36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500829&lng=en&tlng=en
48. La Rosa A. Complicaciones en recién nacidos de madres adolescentes tempranas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de mayo del 2008 a mayo del 2012. *Horiz Med (Barcelona)* [Internet]. 2015 [consulta el 23 de julio de 2019];15(1):14–20. Available from: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/143/142>
49. Ministerio de Salud Pública. Alimentación y nutrición de la mujer gestante y de la madre en período de lactancia. 2014 [consulta el 23 de julio de 2019];77. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias_2014/Alimentacion_y_nutricion_de_la_madre_25-11-14.pdf
50. Ares Segura, S; Arena Ansótegui, J; Díaz Gómez M. La importancia de la nutrición materna durante la lactancia ¿Necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales? *An Pediatría* [Internet]. 2015 [consulta el 24 de julio de 2019];84(6):347 e1-347 e7. Available from: <https://www.analesdepediatría.org/es-la-importancia-nutricion-materna-durante-articulo-S1695403315003057>

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE
ENFERMERÍA

Documento de Consentimiento Informado para las participantes en el proyecto “**Apoyo al proceso de maternidad en adolescentes. Riobamba, 2018**”.

Explicación: Este formulario de consentimiento informado es para madres adolescentes entre las edades de 10 a 19 años que fueron atendidas en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Provincial General Docente Riobamba y que firman autorizando su participación en el proyecto “**Apoyo al proceso de maternidad en adolescentes. Riobamba, 2018**” de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Este documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información: El presente proyecto nace de la necesidad de implementar un plan de cuidados para el apoyo al proceso de maternidad en madres adolescentes, para el alcance de este objetivo se requiere obtener información de base que permitirá conocer los criterios sobre el embarazo, el parto, el postparto, lactancia materna, las características sociales, económicas y las redes de apoyo.
- Formulario de Consentimiento: orientado a la obtención de la firma del representante legal, si está de acuerdo que su representada pueda participar.

PARTE I:

Introducción: Mi nombre es: _____, pertenezco a la Universidad Nacional de Chimborazo, formo parte del proyecto, estamos realizando una investigación sobre el embarazo en las adolescentes que es muy común en nuestra ciudad, me permito invitar a que su _____ (parentesco), participe en la investigación que estamos realizando.

Ustedes pueden hablar con quienes se sientan cómodos acerca de la investigación y pueden tomarse su tiempo para reflexionar su participación o no.

Puede que haya algunas palabras que no entienda, por favor pídale parar según avanzamos en la información y tomaré tiempo para explicarlas. Si usted tiene preguntas después, puede preguntar con confianza: a mí o al personal del hospital.

Las encuestas que se van a aplicar no contienen datos que tengan que ver con su identificación, no se aplicarán por ningún motivo procedimientos que ocasionen molestias o dolor, pues es conocido la dificultad que existe en los adolescentes para afrontar y adaptarse a los cambios ocasionados por la maternidad. Su participación es voluntaria, si usted elige no consentir, todos los servicios que usted y su hija reciban en esta institución continuarán y nada cambiará. Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, aun cuando haya aceptado previamente.

Procedimientos y Protocolo: el procedimiento consiste en responder la encuesta que ha sido diseñada para responder a los objetivos planteados en el proyecto.

En ningún caso se dará a conocer sus datos personales, este proyecto ha sido evaluado y aprobado por el Comité de ética de Investigación en Seres Humanos del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que a los participantes se les protegerá de daños.

PARTE II:

Formulario de Consentimiento: He sido invitado para que mi hija participe en una investigación sobre la maternidad en adolescentes. Entiendo que ello significa que deberá llenar unas encuestas. He sido informado de que no existe riesgos. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio. Me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente que mi _____ participe en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio a mi _____ en cualquier momento sin que esta situación nos afecte de ninguna forma.

Nombre de la participante: _____ Nombre del Padre/Madre o Representante _____

Firma del Padre/Madre o Representante: _____

Fecha _____ (Día/mes/año).

En caso de que autorice un testigo/cuando la persona no es letrada/o: He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento a la participante, y han tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que han dado el consentimiento libremente.

Nombre del testigo: _____

Huella dactilar del padre/madre: _____

Firma del testigo _____

Fecha _____ (Día/mes/año)

He cumplido con exactitud con la lectura exacta del documento de consentimiento al padre/madre o representante de la participante potencial, dando la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que se ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: _____ Firma del Investigador: _____ Fecha _____ (día/mes/año)

Se ha proporcionado una copia de este documento de Consentimiento Informado al padre/madre o representante de la participante.

Adaptado del formulario de Consentimiento Informado de la Organización Mundial de la Salud-recomendaciones al consentimiento informado parental

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DEL CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Esta encuesta forma parte de un proyecto de investigación, la cual se efectúa con el propósito de realizar un seguimiento sobre el proceso de su maternidad. A continuación, se presenta una serie de datos que usted debe responder, marque con una (X) su respuesta o indique la información requerida.

PARTE 1

A. EVALUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA:

DATOS DE LA MADRE					
EDAD EN AÑOS Edad de la madre: Edad del niño/a:	ESTADO CIVIL Soltera () Casada () Viuda () Divorciada () Unión libre () Otro:	NIVEL DE INSTRUCCIÓN Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria completa () Técnico incompleto () Técnico completo () Universitario incompleto ()	RELIGIÓN Católica () Evangélica () Cristiana () Testigo de Jehová () Ateo () Otro:	OCUPACIÓN Estudiante () Quehaceres domésticos () Trabajadora () Otro: ¿HA DEJADO DE ESTUDIAR DEBIDO A LA MATERNIDAD? Si () No ()	LUGAR DE RESIDENCIA Urbana () Rural ()
CONSIDERACIÓN ÉTNICA: Mestiza () Blanca () Indígena () Afrodescendiente () Otra: _____	VIVIENDA Propia () Arrendada () Prestada () SITUACIÓN DE A VIVIENDA Independiente () Compartida ()	LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS Única () Primera () Segunda () Tercera () Más de cuarta ()	MOTIVO DEL EMBARAZO Consentido () Dejarse llevar () Maltrato intrafamiliar () Por curiosidad () Violación sexual () Uso de alcohol () Uso de drogas () Influencia de los amigos () Por mejorar la relación con la pareja () Otro: _____ () EMBARAZO PLANIFICADO Si () No () SU BEBÉ ES DESEADO Si () No ()	NÚMERO DE HIJOS Uno () Dos () Más de dos () PREFERENCIA DEL SEXO DE SU BEBÉ Mujer () Varón ()	INGRESO ECONÓMICO PARA EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR Menos de 492,75 USD () Entre 493-722,44 USD () Mayor a 722,44 USD ()
ANTECEDENTES DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA DE SUS FAMILIARES Abuela: Si () No () Madre: Si () No () Hermana: Si () No () Tías: Si () No () Otro _____	SITUACIÓN DE LOS PADRES Casados y viven juntos () Separados () Divorciados () Padre fallecido () Madre fallecida () Madre soltera () Padre soltero ()	Características relacionadas al embarazo y maternidad: Experiencia de aborto Si () No ()	EDAD DEL JEFE DE HOGAR _____ AÑOS NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL JEFE DE HOGAR: HORA EN EL QUE SE DIO EL PARTO: _____	RESPONSABLES DEL HOGAR La madre y el padre () Sólo la madre () Sólo el padre () Un hermano () La pareja () Abuelo y abuela () Sólo abuela () Sólo abuelo () Padrastro o madrastra () Otro familiar () Otro no familiar () Usted ()	

	Padres ausentes por migración () Padres ausentes por trabajo () Otra: _____			
DATOS DEL PADRE				
EDAD EN AÑOS: Edad del padre: ()	NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria completa () Técnico incompleto () Técnico completo () Universitario incompleto () Universitario completo () Cuarto nivel ()	RELIGIÓN: Católica () Evangélica () Cristiana () Testigo de Jehová () Otro: _____	PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO: Si () No () EMBARAZO DESEADO: Si () No () NÚMERO DE HIJOS: Uno () Dos () Más de dos () PREFERENCIA DEL SEXO DE SU BEBÉ Mujer () Varón ()	LUGAR DE RESIDENCIA: Urbana () Rural () CONSIDERACIÓN ÉTNICA: Mestiza () Blanca () Indígena () Afrodescendiente () Otra:
RESPONSABLES DEL HOGAR: La madre y el padre () Sólo la madre () Sólo el padre () Los hermanos () La pareja () Abuelo y abuela () Sólo abuela () Sólo abuelo () Padrastra o madrastra () Otro familiar () Otro no familiar () Usted ()	SITUACIÓN DE LOS PADRES: Casados y viven juntos () Separados () Divorciados () Padre fallecido () Madre fallecida () Madre soltera () Padre soltero () Padres ausentes por migración () Padres ausentes por trabajo () Otra:	INGRESO ECONÓMICO Y SU RELACIÓN CON EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR Muy bajo () Bajo () Adecuado ()	ANTECEDENTES DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA DE ALGUN FAMILIAR Abuela: Si () No () Madre: Si () No () Hermana: Si () No () Tías: Si () No ()	VIVIENDA Propia () Arrendada () Prestada () Compartida () SITUACIÓN DE A VIVIENDA Independiente () Compartida ()
	EDAD DEL JEFE DE HOGAR _____ AÑOS NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL JEFE DE HOGAR: (1)(2) _____			

A. EVALUACIÓN CLÍNICA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES				ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES				
Antecedente	Durante el embarazo		Detalles	Enfermedad	Parentesco	Condición actual	Hace que tiempo	Observaciones
	SI	NO						
Hipertensión				Hipertensión				
Diabetes				Diabetes				
IVU				Infecciones				
Citomegalovirus				Traumatismos				
Toxoplasmosis				Violencia				Física () Psicológica () Sexual ()
Infecciones vaginales				Accidentes				Laboral () tránsito () doméstico ()
Infecciones de transmisión sexual				Otras enfermedades				
Traumatismos				Estado Nutricional				
Intervenciones quirúrgicas				Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____				
Accidentes				ALIMENTACIÓN:				
Violencia				Número de comidas al día: _____				
Otras				Horario: fijo () no fijo () Apetito: Normal () Aumentado () Disminuido ()				
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS								
Número de embarazos () Nacidos vivos () Nacidos muertos () Número de abortos () Número de partos normales () Número de cesáreas ()	PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Barrera () DIU () Hormonales () Natural () No usa ()	PATOLOGÍAS DURANTE EL EMBARAZO: Diabetes gestacional () Trastornos hipertensivos () Infección urinaria () ITS () Hemorragias ()	LOQUIOS: Escasos () Moderados () Abundantes () PEZON:	PATOLOGÍAS EN EL PUERPERIO Hemorragia () Desgarros () Restos de placenta () Ninguno () Otras: _____				

	Otro: _____ _____	Parto prematuro () Ruptura de membranas () Violencia () Anemia () Depresión () Otra: _____	Normal () Invertido () Plano ()	
CONTROL PRENATAL: Número de controles () Edad gestacional del primer control () Número de ecografías () Número de controles odontológicos () Ingesta de suplementos: Si () No ()		COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDO Prematuridad () Anemia () Neumonía () Alteraciones del tubo neural () Apnea () Defectos de la pared abdominal () Enterocolitis necrotizante () Displasia broncopulmonar () Ictericia () Síndrome de dificultad respiratorio () Malformaciones congénitas () Macrosomía () Ninguna () Otra:	LACTANCIA MATERNA SI NO Succión () () Agarre () () Vaciamiento de los senos () () Lactancia eficaz () () Lactancia ineficaz () () ⁽²⁾	

ANEXO 3. APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	NUNCA (0)	CASI NUNCA (1)	ALGUNAS VECES (2)	CASI SIEMPRE (3)	SIEMPRE (4)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza y amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: El tiempo para estar juntos, los espacios en casa, el dinero.					
Total					

Normal: 17-20 puntos. Disfunción leve: 16-13 puntos. Disfunción moderada: 12-10 puntos. Disfunción severa: menor o igual a 9

ANEXO 4. TABULACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS

Tabla 1. Indicadores sociodemográficos en la población de estudio.

Indicadores socio-demográficos	Rango/categoría	Frecuencia	
		Nº	%
Edad de la madre	10 A 13 años	0	0
	14 a 16 años	13	20,63
	17 a 19 años	50	79,36
	Total	63	100
Edad del niño	29 días a 3 meses	19	30,15
	4 meses a 6 meses	16	25,39
	7 meses a 9 meses	14	22,22
	10 meses a 12 meses	14	22,22
	Total	63	100
Sexo del bebé	Mujer	32	50,79
	Hombre	31	49,2
	Total	63	100
Estado civil	Soltera	30	47,61
	Casada	5	31,5
	Divorciada	0	0
	Unión Libre	28	44,44
	Total	63	100
Instrucción	Primaria incompleta	1	1,58
	Primaria completa	1	1,58
	Secundaria incompleta	38	60,31
	Secundaria completa	19	30,15
	Técnico incompleto	2	3,17
	Técnico completo	0	0
	Universitario incompleto	2	3,17
	Total	63	100
Religión	Católica	54	85,71
	Evangélica	2	3,17
	Cristiana	6	9,52
	Testigo de Jehová	0	0
	Otras	1	1,58
	Total	63	100
Ocupación	Estudiante	33	52,38
	Quehacer doméstico	20	31,74
	Trabajadora	9	14,28
	Otra	1	1,58
	Total	63	100
¿Ha dejado de estudiar debido a la maternidad?	Si	26	41,26
	No	37	58,73
	Total	63	100
Lugar de residencia	Urbana	55	87,3
	Rural	8	12,69
	Total	63	100
Etnia	Mestiza	55	87,3
	Blanca	1	1,58
	Indígena	7	11,11
	Afrodescendiente	0	0
	Otra	0	0
Total	63	100	
Vivienda	Propia	21	33,33
	Arrendada	32	50,79
	Prestada	10	15,87
	Total	63	100
Situación de la vivienda	Independiente	30	47,61

	Compartida	33	52,38
	Total	63	100
Lugar que ocupa entre los hermanos	Única	2	3,17
	Primera	24	38,09
	Segunda	21	33,33
	Tercera	10	15,87
	Más de la cuarta	6	9,52
	Total	63	100
Ingreso económico para el mantenimiento de hogar	Menos de 492,75 USD	47	74,6
	Entre 493-722,44 USD	13	20,63
	Mayor a 722,44 USD	13	20,63
	Total	63	100
Situación de los padres	Casados y viven juntos	35	55,55
	Separados	17	26,98
	Divorciados	2	3,17
	Padre fallecido	3	4,76
	Madre fallecida	2	3,17
	Madre soltera	2	3,17
	Padre soltero	0	0
	Padres ausentes por migración	0	0
	Padres ausentes por trabajo	2	3,17
	Total	63	100
Responsable del hogar	La madre y el padre	25	39,63
	Sólo la madre	7	11,11
	Sólo el padre	8	12,69
	Un hermano	0	0
	La pareja	15	23,80
	Abuelo y abuela	2	3,17
	Sólo abuela	1	1,58
	Sólo abuelo	0	0
	Padrastro o madrastra	1	1,58
	Otro familiar	2	3,17
	Otro no familiar	0	0
	Usted	2	3,17
	Total	63	100
Edad del jefe de hogar	20-39 años	40	63,49
	40-64 años	22	34,94
	Más de 65 años	0	0,00
	No aplica	1	1,58
	Total	63	100
Nivel de instrucción del jefe de hogar	Primaria incompleta	4	6,34
	Primaria completa	6	9,52
	Secundaria incompleta	12	19,04
	Secundaria completa	21	33,33
	Técnico incompleto	2	3,17
	Técnico completo	7	11,11
	Universitario incompleto	3	4,76
	Universitario completo	7	11,11
	Cuarto nivel	1	1,58
	Sin instrucción	0	0
	No aplica	0	0
	Total	63	100

Tabla 2. Elementos sociodemográficos relativos al embarazo en la población de estudio.

INDICADORES DE ANTECEDENTES DEL EMBARAZO	RANGO/CATEGORIA	FRECUENCIA	
		N°	%
Motivo de embarazo	Consentido	11	17,46
	Dejarse llevar	40	63,49
	Maltrato infantil	0	0
	Por curiosidad	7	11,11
	Violación sexual	0	0
	Uso de alcohol	1	1,58
	Influencia de los amigos	0	0
	Por mejorar la relación con la pareja	4	6,34
	Total	63	100
Embarazo planificado	Si	9	14,28
	No	54	85,71
	Total	63	100
Embarazo deseado	Si	48	76,19
	No	15	23,8
	Total	63	100
Número de hijos	Uno	62	98,41
	Dos	1	1,58
	Más de dos hijos	0	0
	Total	63	100
Preferencia del sexo de su bebe	Mujer	29	46,03
	Hombre	34	53,98
	Total	63	100
Antecedentes de embarazo adolescente en familiares	Abuela	4	6,34
	Madre	9	14,28
	Hermana	5	7,93
	Tía	4	6,34
	Más de dos familiares	23	36,5
	Ninguna	18	28,57
	Total	63	100
Ha dejado de estudiar debido a la maternidad	Si	26	41,26
	No	37	58,73
	Total	63	100

Tabla 3. Indicadores sociodemográficos relativos al padre del bebé

INDICADORES SOCIO- DEMOGRÁFICOS DE LA PAREJA	Rango/ Categoría >	Frecuencia	
		Nº	%
Edad del padre	10-19 años	11	17,46
	20-39 años	49	77,77
	40-64 años	3	4,76
	Total	63	100
Ocupación	Estudiante	18	28,57
	Servidor público	7	11,11
	Trabajador	35	55,55
	Ninguna	3	4,76
	Total	63	100
Nivel de instrucción	Primaria incompleta	2	3,17
	Primaria completa	2	3,17
	Secundaria incompleta	14	22,22
	Secundaria completa	20	31,74
	Técnico incompleto	7	11,11
	Técnico completo	7	11,11
	Universitario incompleto	7	11,11
	Universitario completo	4	6,34
	Cuarto nivel	0	0
Total	63	100	
Religión	Católico	54	85,71
	Evangélico	1	1,58
	Cristiano	7	11,11
	Testigo de Jehová	0	0
	Otro	1	1,58
Total	63	100	
Lugar de residencia	Urbana	54	85,71
	Rural	9	14,28
	Total	63	100
Consideración étnica	Mestizo	53	84,12
	Blanco	1	1,58
	Indígena	9	14,28
	Afrodescendiente	0	0
	Otro	0	0
Total	63	100	
Responsables del hogar	La madre y el padre	30	47,61
	Sólo la madre	9	14,28
	Sólo el padre	7	11,11
	Un hermano	0	0
	La pareja	4	6,34
	Abuelo y abuela	0	0
	Sólo abuela	1	1,58
	Sólo abuelo	0	0
	Padrastro o madrastra	0	0
	Otro familiar	3	4,76
	Otro no familiar	0	0
	Usted	9	14,28
Total	63	100	
Situación de los padres	Casados y viven juntos	37	58,73
	Separados	0	0
	Divorciados	12	19,04
	Padre fallecido	4	6,34
	Madre fallecida	2	3,17
	Madre soltera	6	9,52
	Padre soltero	0	0
	Padres ausentes por migración	1	1,58
	Padres ausentes por trabajo	1	1,58
Total	63	100	
Ingreso económico	Muy bajo	12	19,04
	Bajo	16	25,39
	Adecuado	35	55,55
	Total	63	100
Vivienda	Propia	27	42,85

	Arrendada	29	46,03
	Prestada	7	11,11
	Total	63	100
Situación de la Vivienda	Independiente	33	52,38
	Compartida	30	47,61
	Total	63	100

Tabla 4. Elementos sociodemográficos relativos al embarazo desde la perspectiva del padre.

INDICADORES DE ANTECEDENTES DEL EMBARAZO	RANGO/CATEGORIA	FRECUENCIA	
		Nº	%
Embarazo planificado	Si	13	20,63
	No	50	79,36
	Total	63	100
Embarazo deseado	Si	39	61,9
	No	24	38,09
	Total	63	100
Número de hijos	Uno	53	84,12
	Dos	6	9,52
	Más de dos hijos	4	6,34
	Total	63	100
Antecedentes de embarazo en la adolescencia de sus familiares	Abuela	5	7,93
	Madre	4	6,34
	Hermana	8	12,69
	Tía	2	3,17
	Más de dos familiares	17	26,98
	Ninguna	20	31,74
	Total	63	100

Tabla 5. Antecedentes patológicos en las madres adolescentes.

Antecedentes patológicos personales de la adolescente	Frecuencia		Patologías en el embarazo	Frecuencia		Patologías en el puerperio	Frecuencia	
	N	%		Nº	%		Nº	%
Infección de vías urinarias	9	14,28	Infección de vías urinarias	17	26,98	Desgarros	13	20,63
Comorbilidad	6	9,52	Comorbilidad	13	20,6	Hemorragias	6	9,52
Accidentes	3	4,76	Trastornos hipertensivos	7	11,11	Comorbilidad	4	6,34
Infecciones de transmisión sexual	2	3,17	Anemia	3	4,76	Ninguna	40	63,49
Diabetes	1	1,58	Parto prematuro, ruptura prematura de membranas	12	1,58 3,17	Total	63	100
Hipertensión	1	1,58	Depresión	1	1,58			

Ninguna	41	65,01	Ninguna	20	31,74	
Total	63	100	Total	63	100	

Tabla 6. Antecedentes gineco-obstétricos de las adolescentes que participaron en la investigación.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS Y PERINATALES	RANGO/CATEGORIA	FRECUENCIA	
		Nº	%
Número de embarazos	Uno	58	32,06
	Dos	5	7,93
	Más de dos embarazos	0	0
	Total	63	100
Nacidos vivos	Uno	62	98,41
	Dos	1	1,58
	Más de dos nacidos vivos	0	0
	Total	63	100
Abortos	Cero	59	93,65
	Uno	4	6,34
	Dos	0	0
	Más de dos abortos	0	0
	Total	63	100
Partos	Normal	49	77,77
	Cesárea	14	22,22
	Total	63	100
Planificación familiar	Barrera	7	11,11
	DIU	2	3,17
	Hormonales	24	38,09
	Natural	2	3,17
	No usa	28	44,44
	Otro	0	0
	Total	63	100
Edad gestacional del primer control	Primer trimestre (1-12 semanas)	31	49,2
	Segundo trimestre(13 a 26 semanas)	25	39,68
	Tercer trimestre (27 semanas hasta el final del embarazo)	7	11,11
	Ningún control	0	0
	Total	63	100
Complicaciones del recién nacido	Prematuridad	10	15,87
	Anemia	3	4,76
	Neumonía	3	4,76
	Alteraciones del tubo neural	0	0
	Apnea	1	1,58
	Defectos de la pared abdominal	0	0
	Enterocolitis necrotizante	0	0

Displasia broncopulmonar	0	0
Ictericia	7	11,11
Síndrome de dificultad respiratoria	0	0
Malformaciones congénitas	0	0
Macrosomía	0	0
Otras	1	1,58
Comorbilidad	2	3,17
Ninguna	36	57,14
Total	63	100

Tabla 7. Estado nutricional de las madres adolescentes estudiadas.

INDICADORES	Rango/ Categoría	Frecuencia	
		Nº	%
Estado nutricional	Normal	49	77,77
	Sobrepeso	7	11,11
	Desnutrición leve	4	6,34
	Obesidad	2	3,17
	Desnutrición moderada	1	1,58
	Total	63	100
Número de comidas al día	Una a dos comidas	0	0
	Tres comidas	18	28,57
	Cuatro cinco comidas	30	47,61
	Más de cinco comidas	15	23,8
	Total	63	100
Horario de las comidas	Fijo	14	22,22
	No fijo	46	73,01
	Total	63	100
Apetito	Normal	36	57,14
	Aumentado	20	31,74
	Disminuido	7	11,11
	Total	63	100

Tabla 8. Distribución del grado de funcionalidad las madres adolescentes en el contexto familiar.

GRADO DE FUNCIONALIDAD	Frecuencia	
	Nº	%
Normal (17 a 20)	20	31,74
Disfunción leve (16 a 13)	20	31,74
Disfunción moderada (12 a 10)	13	20,63
Disfunción severa (Igual a 9 o menos)	10	15,87
Total	63	100