



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

FRANCISCO ADOLFO MANUEL QUINTO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA
MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM EN LUANDA – ANGOLA
EN 2020**

Buenos Aires

2021

FRANCISCO ADOLFO MANUEL QUINTO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD LUCRÉCIA
PAIM EN LUANDA – ANGOLA EN 2020**

Tesis presentada a la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales como uno de los requisitos para obtener el título de Doctor en Salud Pública, con mención en Epidemiología.

Directora de tesis: Dra. PhD. Silvia Vouillat.

Buenos Aires

2021

FRANCISCO ADOLFO MANUEL QUINTO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIAL DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM EN
LUANDA – ANGOLA EN 2020**

Tesis presentada a la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales como uno de los requisitos para obtener el título de Doctor en Salud Pública, con mención en epidemiología.

COMISIÓN EXAMINADORA

Prof^a. directora: Dra. PhD. Silvia Vouillat
Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Nomenclatura del jurado
Institución de origen

Nomenclatura do jurado
Institución de Origen

Buenos Aires, 2021.

Dedico el presente trabajo a mis hijos, por haber soportado los distintos periodos de mi
ausencia, "sois mis razones",
Y a todas las adolescentes que han visto truncados sus sueños por culpa del complejo
proceso de embarazo en la adolescencia.

AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso y omnipotente, por el don de la vida, la protección, la salud y por ser mi guía seguro en esta compleja y ardua tarea de formación;

A mis padres "*in memoriam*" por su potencial genético;

Agradezco respetuosamente a mi tutor por aceptar la dirección de este trabajo, por compartir conocimientos, experiencia profesional y académica durante el curso del doctorado y en la preparación de este trabajo;

La Dirección de la Maternidad Lucrécia Paim, por haber autorizado la realización de este trabajo en sus instalaciones y por su apoyo incondicional;

El equipo multidisciplinar y multisectorial (Médicos, Enfermeros, Psicólogos, Bioestadísticos, Informáticos, Asesoría Académica, Catalogación, Seguridad y otros), ya que, sin su apoyo, la realización de este trabajo no sería posible;

Un agradecimiento especial, a todas las adolescentes y sus tutores legales, que aceptaron participar en esta investigación;

A todas las personas que han contribuido directa o indirectamente a la realización de este trabajo académico, mis múltiples agradecimientos.

"La felicidad y la salud son incompatibles con la ociosidad."

(Aristóteles)

RESUMEN

Angola es uno de los principales países que apuntan a la incidencia del embarazo en la adolescencia y, por tanto, acaba siendo responsable de toda una reestructuración familiar para la mujer. El embarazo, cuando se produce de forma temprana, genera una serie de factores que influyen en el desarrollo social, psicológico y económico de la adolescente. Teniendo en cuenta que el embarazo adolescente es un problema de salud pública notorio que afecta a los países en vías de desarrollo, un estudio epidemiológico es crucial. Ya que los datos recogidos en el estudio sirven para poner de manifiesto los riesgos físicos y psicológicos generados tanto para la madre como para la descendencia, así como para caracterizar el estado psicosocial en el que se insertan los adolescentes. Así, el presente estudio tiene como objetivo describir y analizar el perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital Central de Maternidad (Lucrecia Paím) de Luanda - Angola en 2020. Asimismo, determinar los factores clínicos de las adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrecia Paím; identificar los factores sociales de las adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrecia Paím; y describir las necesidades y expectativas de las adolescentes embarazadas. La metodología aplicada al estudio trata de una investigación cuanti-cualitativa, observacional, descriptiva y transversal que permite elaborar un perfil epidemiológico de las adolescentes. A partir de los resultados obtenidos es posible hacer referencia a que el perfil de las adolescentes embarazadas refiere a aquellas que se encuentran al final de la adolescencia, y el embarazo es recurrente al matrimonio precoz y a la institución familiar que culturalmente tiende a planificar los matrimonios, ya sea por imposición religiosa o por conflictos familiares. Los resultados indican que los adolescentes abandonan sus estudios para dedicarse a la familia, no teniendo después de esta fase condiciones económicas ni de desarrollo educativo. Por lo tanto, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un dilema en Angola, especialmente en las zonas periféricas, y son notorias las numerosas consecuencias preparto, intraparto y posparto de los embarazos en la adolescencia. Al tener en cuenta el contexto social y epidemiológico de estas adolescentes, promueve la comprensión en la sociedad de que es necesaria la implementación de políticas públicas que modifiquen las cuestiones culturales, analicen el nicho social de estas mujeres y comiencen a preocuparse por el futuro de las adolescentes y, en consecuencia, de la sociedad.

Palabras clave: Adolescentes. Embarazo en la adolescencia. Perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Angola is one of the main countries that point to the incidence of teenage pregnancy and, therefore, ends up being responsible for a whole family restructuring for women. Pregnancy, when it occurs early, generates a series of factors that influence the social, psychological and economic development of the adolescent. Considering that teenage pregnancy is a notorious public health problem affecting developing countries, an epidemiological study is crucial. Since the data collected in the study serve to highlight the physical and psychological risks generated for both the mother and the offspring, as well as to characterize the psychosocial state in which adolescents are inserted. Thus, the present study aims to describe and analyze the epidemiological profile of pregnant adolescents attended at the Central Maternity Hospital (Lucrecia Paím) in Luanda - Angola in 2020. Also, to determine the clinical factors of pregnant adolescents attended at the Lucrecia Paim Maternity Hospital; to identify the social factors of pregnant adolescents attended at the Lucrecia Paim Maternity Hospital; and to describe the needs and expectations of pregnant adolescents. The methodology applied to the study is a quantitative-qualitative, observational, descriptive and cross-sectional research that allows the elaboration of an epidemiological profile of the adolescents. From the results obtained it is possible to make reference to the fact that the profile of pregnant adolescents refers to those who are at the end of adolescence, and pregnancy is recurrent to early marriage and to the family institution that culturally tends to plan marriages, either by religious imposition or by family conflicts. The results indicate that adolescents abandon their studies to devote themselves to the family, and after this phase they do not have economic conditions or educational development. Therefore, adolescent pregnancy remains a dilemma in Angola, especially in peripheral areas, and the numerous prepartum, intrapartum and postpartum consequences of adolescent pregnancies are notorious. By taking into account the social and epidemiological context of these adolescents, it promotes the understanding in society that it is necessary to implement public policies that modify cultural issues, analyze the social niche of these women and begin to be concerned about the future of adolescents and, consequently, of society.

Keywords: Adolescents. Adolescent pregnancy. Epidemiological profile.

SUMÁRIO

Lista de Gráficos	13
Lista de Tablas	15
Lista de Abreviaturas e Siglas	17
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZACIÓN DE LA TESIS.....	18
1 INTRODUCCION.....	18
1.1 Objetivo General.....	35
1.2 Objetivos Específicos.....	35
1.3 Justificación	36
1.4 Marco Conceptual	37
1.5 Organización estructural de la Tese.....	40
CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO	41
2 LA SALUD PÚBLICA EN ANGOLA.....	41
2.1 El derecho a la salud en Angola.....	41
2.1.1 La Constitución de la República de Angola.....	41
2.1.2 Los derechos sanitarios de los ciudadanos	44
2.2 Sistema Nacional de Salud de Angola	46
2.3 Trayectoria histórica de las Políticas de Salud de la mujer en Angola.....	48
2.4 Índices de Mortalidad Infantil.....	55
2.5 La adolescencia y sus periodos	57
2.6 Atención sanitaria a los adolescentes en Angola.....	62
2.7 Embarazo en la adolescencia	65
2.7.1 Factores Clínicos de las gestantes.....	73
2.7.2 Factores sociales	75
2.7.3 Factores de riesgo derivados del embarazo en la adolescencia	76
2.7.4 La cultura de la edad reproductiva en algunas regiones africanas.....	82
2.7.5 Embarazo adolescente: la experiencia de las madres jóvenes	85
2.7.6 Políticas públicas de acogida de adolescentes embarazadas.....	87
CAPÍTULO III – PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO	96

3	METODOLOGÍA	96
3.1	Tipo de Trabajo	97
3.2	Unidades de Análisis	103
3.3	Variables	104
3.4	Procedimientos	108
3.5	Técnicas e instrumentos	110
3.6	Universo y muestra de la investigación	114
3.7	Selección de los sujetos de la investigación y criterios de inclusión y exclusión	114
3.8	Limitaciones del método	116
3.9	Ética de la investigación	117
3.10	Presentación de los datos obtenidos	118
CAPÍTULO IV - RESULTADOS Y DISCUSIÓN		150
4	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	150
4.1	Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrécia Paim en Luanda – Angola	150
4.2	Perfil social de las adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrécia Paim en Luanda – Angola	154
4.3	Características analizadas en el panorama psicosocial de las adolescentes durante el embarazo	164
4.4	Factores de Prevención por la Maternidad Lucrécia Paim	168
CONCLUSIÓN		171
REFERÊNCIAS		175
APÉNDICES		192
APÉNDICE A - CUESTIONARIO		193
APÉNDICE B - CONSENTIMIENTO INFORMADO, LIBRE E INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN		195
ANEXOS		197
ANEXO A – CUESTIONARIO Y DATOS DEL ESTUDIO		198

ANEXO B – SERVICIOS CLÍNICOS OFRECIDOS EN LA MATERNIDAD	207
ANEXO C - ZONA EXTERIOR DE LA MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM	208
ANEXO D – ZONA EXTERIOR DE LA MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM.....	209
ANEXO E - GABINETE DO UTENTE NA MATERNIDADE LUCRECIA PAIM.	210
ANEXO F – EDIFICIO PARA LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA JUVENTUD.....	211
ANEXO G - GABINETES DE ATENCIÓN AL PÚBLICO Y SUS ESTRUCTURAS .	212
ANEXO H- GABINETES DE ATENCIÓN AL PÚBLICO Y SUS ESTRUCTURAS ..	213
ANEXO I - DIRECCIÓN GENERAL Y EQUIPO DE MÉDICOS Y EQUIPO DE ENFERMARIA	214
ANEXO J - DIRECCIÓN GENERAL Y EQUIPO DE MÉDICOS Y EQUIPO DE ENFERMARIA EN UN PERIODO PANDEMICO DE COVID-19	215
ANEXO K - GRADUACIÓN DE PASANTES UNIVERSITARIOS DE LA MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM.....	216
ANEXO L - PERSONAL MÉDICO EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MATERNOS	217
ANEXO M - PERSONAL MÉDICO EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MATERNOS	218
ANEXO N - ACTOS DE LA CAMPAÑA DE SALUD EN LA MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM.....	219
ANEXO O - PRUEBA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM.	2197

Lista de Figuras

Figura 1 – Identidad visual de la Maternidad Lucrécia Paim.....	28
Figura 2 – Maternidad Lucrecia Paim.....	29
Figura 3 – Ubicación de la Maternidad Lucrécia Paim.....	29
Figura 4 - Competencias sanitarias de los adolescentes y desarrollo de la atención primaria de salud.....	64
Figura 5 - Criterios de inclusión y exclusión aplicados al estudio.....	114
Figura 6 – Disposición de la metodología de la Tesis.....	115

Lista de Gráficos

Gráfico 1	- Grupo de edad de las adolescentes embarazadas ingresadas en la Maternidad Lucrecia Paim en 2020.....	119
Gráfico 2	- Nacionalidad de las mujeres embarazadas.....	120
Gráfico 3	- Nacionalidad de las mujeres embarazadas.....	121
Gráfico 4	- Adolescentes que han tenido embarazos anteriores.....	122
Gráfico 5	- Adolescentes que han tenido partos anteriores.....	123
Gráfico 6	- Adolescentes que han tenido abortos.....	124
Gráfico 7	- Estado Civil de las adolescentes.....	125
Gráfico 8	- Ocupación Actual de las adolescentes.....	126
Gráfico 9	- Religión de las adolescentes.....	127
Gráfico 10	- Grado de escolaridad concluida.....	128
Gráfico 11	- Grado de escolaridad concluida.....	129
Gráfico 12	- Indicativo de embarazo planeado por las adolescentes.....	130
Gráfico 13	- Indicativo de embarazo deseado por las adolescentes.....	131
Gráfico 14	- Adolescentes que viven en la misma casa antes del embarazo.....	131
Gráfico 15	- Con quien las adolescentes viven.....	132
Gráfico 16	- Reacción del parcerero al embarazo.....	133
Gráfico 17	- Apoyo Familiar.....	134
Gráfico 18	- Abusos sufridos antes del embarazo.....	135

Gráfico 19	–	Adolescentes	que	tiene	su	padres.....	136	
Gráfico 20		Historia familiar de embarazo en la adolescencia.....					137	
Gráfico 21	–	Relación	actual	con	su	compañero.....	138	
Gráfico 22	–	Relación	Actual	con	su	Madre.....	139	
Gráfico 23		Relación actual con su Padre.....					140	
Gráfico 24		Relación con su Hermanos.....					141	
Gráfico 25	–	Relación	Actual	con	sus	amigos (a).....	142	
Gráfico 26	–	Relación	Actual	con	su	profesores.....	143	
Gráfico 27	–	Expectativas	o	sueños	con	su	bebe.....	144
Gráfico 28		Expectativas o sueños.....					145	
Gráfico 29		Expectativas o sueños con su familia.....					146	
Gráfico 30		Expectativas o sueños consigo mismo.....					147	

Lista de Tablas

Tabla 1	– Servicios ofrecidos por la Maternidad Lucrecia Paim, Luanda, Angola.....	30
Tabla 2	- Marco de los aspectos constitucionales de la salud en las cartas políticas de Angola.....	44
Tabla 3	– Variables de consideración de las preguntas y respuestas	99
Tabla 4	–Informaciones dispuestas en cuestionarios.....	103
Tabla 5	– Grupo etario de las adolescentes embarazadas atendidas por la Maternidad Lucrecia Paim en 2020.	120
Tabla 6	- Nacionalidad de las gestantes adolescentes atendidas por la Maternidad Lucrecia Paim en 2020.....	121
Tabla 7	– Ciudad de origen de las gestantes adolescentes atendidas por la Maternidad Lucrecia Paim en 2020.....	122
Tabla 8	- Numero de gestaciones anteriores a 2020 de las adolescentes.....	123
Tabla 9	- Cantidad de Partos anteriores de las adolescentes.....	124
Tabla 10	- Número de Abortos anteriores de las adolescentes.....	125
Tabla 11	– Estado civil de las adolescentes embarazadas en la Maternidad Lucrecia Paim.....	126
Tabla 12	- Ocupación Actual de las adolescentes embarazadas.....	127
Tabla 13	– Religión de las adolescentes.....	128
Tabla 14	- Grado de Escolaridad Concluida.....	128
Tabla 15	- Per cápita Familiar.....	129

Tabla 16 - Embarazo Planeado	130
Tabla 17 - Embarazo Deseado.....	131
Tabla 18 - Residencia (vive en la misma casa antes del embarazo)	132
Tabla 19 - Con Quien Vive actualmente.....	133
Tabla 20 - Reacción de su pareja al Embarazo	134
Tabla 21 - Apoyo Familiar.....	135
Tabla 22 - Abuso antes del Embarazo.....	136
Tabla 23 - Tienes Padres?	137
Tabla 24 - Historia Familiar de Embarazo en la Adolescencia.....	138
Tabla 25 - Relación Actual con su Compañero.....	139
Tabla 26 - Relación Actual con su Madre.....	139
Tabla 27 - Relación Actual con su Padre.....	140
Tabla 28 - Relación Actual con sus Hermanos	141
Tabla 29 - Relación Actual con sus Amigos (a).....	142
Tabla 30 - Relación Actual con sus Profesores.....	143
Tabla 31 - Expectativas o sueños con su bebe.....	144
Tabla 32 - Expectativas o sueños con su Compañero.....	145
Tabla 33 - Expectativas o sueños con su familia.....	146
Tabla 34 - Expectativas o sueños consigo mismo.....	147

Lista de Abreviaturas e Siglas

APS	Atención Primaria de Salud
ASDI	Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo
DPSL	Dirección Provincial de Salud Pública
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FPNU	Fondo de Población de las Naciones Unidas
IDH	Índice de Desarrollo Humano
MICS	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNDS	Plan Nacional de Desarrollo Sanitario de Angola
RHS	Recursos Humanos para la Salud
SNS	Servicio Nacional de Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
MINSA	Ministerio de Salud
LES	Lupus Eritematoso Sistémico

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZACIÓN DE LA TESIS

1 INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones y enfermedades". Para lograr este objetivo, debe haber un equilibrio entre estos factores que rodean al individuo y al colectivo.

Sousa y Silva et al (2019, p. 12) identifica al menos tres maneras diferentes de definir la salud. Se observó que existe:

"la búsqueda continua y socialmente compartida de medios para evitar, gestionar o superar de forma conveniente los procesos de enfermedad, en su condición de indicadores de los obstáculos que encuentran los individuos y las comunidades para la realización de sus proyectos de felicidad (Sousa & Silva, 2019, p. 12).

Con los conceptos vertidos por estos autores, se afianza la conceptualización de la OMS en relación con que la salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino la consideración del contexto en relación con los factores que pueden predisponer esta enfermedad.

Bezerra & Sorpresa (2016) analizaron el proceso histórico de la conceptualización de los modelos de salud y cuidado y encontraron que estos se han transformado de acuerdo al momento histórico vivido. La tendencia a vivir en un modelo central hegemónico en el que prevalecen las prácticas curativas vincula el concepto de salud enmarcado en una perspectiva biomédica, mientras que en la situación actual en la que se propugna la promoción de la salud en el nuevo modelo de atención sanitaria, su aplicación sigue siendo un reto, permaneciendo las prácticas individualistas y curativas. Estas prácticas, a su vez, se revelan como un reflejo del concepto de salud que ha pasado de ser la ausencia de enfermedad a un proceso relacionado con factores sociales, políticos, económicos y culturales, evidenciando así acciones centradas en la promoción de la salud o centradas en la curación de la enfermedad.

Así pues, la salud en parámetros generales no se refiere únicamente a la curación de enfermedades, sino a la promoción de la salud y el bienestar social, salvaguardando

la vida de la población. Al respecto el enfoque de la salud pública en este documento analiza el embarazo adolescente, como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, especialmente en los países subdesarrollados.

Para Vinelli, Di Cesare & Páez (2017), el embarazo en la adolescencia suele abordarse como un fenómeno único, uniforme y casi intemporal y un evento temprano asociado a las capas más pobres y menos educadas de los estratos educados de la población. Dicha homogeneización impide que las numerosas realidades y diferencias que experimentan las madres jóvenes sean muy bien analizadas. Además, dichos autores hacen referencia a la vida de estas jóvenes, como el deseo de quedarse embarazadas, la constitución de familias nucleares y el cambio de su estatus social a menudo no se tienen en cuenta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el embarazo en la adolescencia tiene un impacto biológico y psicológico en la salud materna e infantil, por lo que se considera un problema de salud pública en todo el mundo, siendo en la mayoría de los países, las complicaciones del embarazo y el parto las principales causas de muerte de los adolescentes (OMS, 2020).

Es así como, la falta de asesoramiento y educación sanitaria es el factor decisivo para un gran número de embarazos precoces. Entonces para analizar este problema de salud pública desde una perspectiva poblacional y reproductiva, es importante considerar los programas institucionales implementados para su prevención, las características, los factores de riesgo, las causas y las consecuencias, de esta manera como los distintos aspectos del embarazo en la adolescencia: culturales, psicológicos, sociales y educativos (Canción & Valencia, 2015).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), solo en 2017, de los 7,3 millones de niñas y jóvenes embarazadas en el mundo, 2 millones son menores de 14 años. Tener hijos a una edad tan temprana tiene muchas consecuencias para su salud, educación, empleo, derechos y autonomía en la edad adulta. Las tasas de morbilidad y mortalidad son elevadas y alcanzan las 70.000 muertes de adolescentes por problemas en el embarazo o el parto. Entre las causas de la maternidad temprana se encuentran las altas tasas de matrimonio infantil, organizadas por las propias familias, la pobreza extrema, la violencia sexual y la falta de acceso a métodos anticonceptivos (UNFPA, 2017).

A partir de la amplia bibliografía existente es posible destacar, que la adolescencia es considerada un periodo de vida muy especial respecto a los cuidados de

la salud reproductiva, y los diversos matices que presenta según las diferentes edades, en relación a las adolescencias tempranas, medias, o tardías y las características fisiológicas psicológicas y sociales que presentan, ya que las adolescentes son fisiológicamente inmaduras para pasar por un embarazo, pues los riesgos perinatales son mayores en este grupo de edad, especialmente si el embarazo ocurre en menos de dos años después de la menarquia o cuando son menores de 15 años (Prato et al., 2016).

Estas adolescentes sienten miedo, inseguridad, desesperación y soledad, especialmente cuando descubren su embarazo, sin haber sido planificado, lo que significa que hubo exposición a una situación de riesgo al menos una vez, una relación sexual sin protección, es decir, sin el uso de preservativos (Santos et al., 2010).

Si bien se considera que no todos los embarazos de adolescentes son no deseados, algunos lo son por deseo propio, a la vez planificados, como resultado de una vida afectiva estable. Dicho autor, refiere, también, que esta situación repercute negativamente en las tasas de abandono escolar antes y después del embarazo (Taborda et al., 2014).

Según Gassman et al (2019), la ausencia o la ineficacia de los enfoques estratégicos y de las acciones prioritarias sobre estos temas en poblaciones comúnmente desatendidas son cuestiones que hacen que los adolescentes sean aún más vulnerables con respecto al derecho a la vida y a la salud. En el contexto de la salud para la infancia y la adolescencia, es necesario considerar que la protección del derecho a la vida y a la salud de los niños y jóvenes es un deber social del Estado. Para ello, la información sobre salud sexual y reproductiva a los jóvenes es un dilema de salud pública, de diálogo fundamental y de políticas públicas eficaces (Gassman et al., 2019).

Según Reyes y Almontes (2014) el embarazo afecta eminentemente a las trayectorias de estas vidas al empujar a las niñas a la maternidad antes de que estén preparadas física, emocional o económicamente, perpetuando a veces los ciclos intergeneracionales de pobreza. Esto se debe a que las niñas marginadas suelen verse afectadas de forma desproporcionada por los embarazos precoces, por lo cual, el problema puede ser devastador en todas las clases sociales si la paternidad no es planificada.

Algunas estimaciones de salud, en 2010, consideran que aproximadamente 36,4 millones de mujeres, con edades entre 20 y 24 años informaron haber tenido un parto antes de 18 años en los países en desarrollo. De estas, la mayor prevalencia se encuentra

en el sur de Asia, en el oeste de África y África Central. En América Latina y el Caribe, la proporción de partos en la misma condición anterior fue de 18 millones, de estos, 2 millones informaron de la aparición del primer parto antes de los 15 años (UNFPA, 2013).

En este contexto, se puede destacar que el embarazo adolescente no solo afecta al desarrollo social de las jóvenes de un país, sino también a todo el contexto económico nacional. Así, las adolescentes embarazadas se caracterizan por el aumento de los casos de abandono escolar, lo que se traduce en un futuro desempleo, una menor productividad en el mercado laboral y también aumenta el gasto relacionado con la atención sanitaria prestada a las mujeres embarazadas y a los bebés, que pueden sufrir complicaciones obstétricas y neonatales (UNFPA, 2013).

En 2013, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia sugirió que la disponibilidad de anticonceptivos modernos para adolescentes de 15 a 19 años evitaría 2,1 millones de nacimientos no planificados, 3,2 millones de abortos y 5.600 muertes maternas cada año en todo el mundo (ONU, 2013). La maternidad en este grupo de edad se considera una situación de crisis individual y de riesgo social, ya que su magnitud abarca cuestiones como el abandono escolar, los conflictos familiares, la discriminación social y el alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna e infantil (Buendgens; Zampieri, 2012).

Por lo tanto, Flores-Valencia, Nava-Chapa y Arenas-Monreal (2017) dicen que es necesario que los Estados tomen medidas para abordar el embarazo en la adolescencia empleando enfoques que lleguen a las madres jóvenes y a sus parejas de forma adecuada a su edad y capacidad de comprensión, adaptados a las necesidades locales y centrados en la equidad. Una información de calidad, precisa y justa para los adolescentes les ayuda a tomar decisiones voluntarias y responsables sobre su salud.

Asimismo, ignorar las políticas de educación sanitaria pública centradas en la salud sexual y reproductiva es desproteger el futuro de estas jóvenes madres y de los niños que nacen de ellas. Por lo tanto, para garantizar que una niña sobreviva a todos los dilemas, contextos y desafíos de un embarazo a una edad temprana, es esencial proteger su vida y la de su bebé. Así como, tener programas capaces de reducir este problema de salud pública (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En todo el mundo, las adolescentes tienen más probabilidad de quedar embarazada en circunstancias de la marginación social de las minorías étnicas, baja escolaridad, pobreza y desigualdad de género. Estas condiciones constituyen un entorno en el que no pueden ejercer sus derechos humanos básicos, como la educación, el acceso a la salud, la información, las oportunidades sociales y económicas (OMS, 2016).

La República de Angola es un Estado unitario que respeta, en su organización, los principios de autonomía de los órganos de gobierno local y de desconcentración y descentralización administrativa. Angola está situada en el suroeste del continente africano y tiene una superficie de 1.246.700 km². El país limita con el Congo, Zambia y Namibia y está bañado por el océano Atlántico en su parte occidental. Sin embargo, Angola está considerada como el segundo productor de petróleo del África subsahariana (Camuege, 2014).

Con una población de aproximadamente 27,5 millones de personas distribuidas en los mencionados 1.246.700 km², su capital es Luanda y tiene 18 provincias: Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Cuando Cubango, Cuanza Norte, Cuanza Sul, Cunene, Huambo, Huila, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sul, Malanje, Moxico, Namibe, Uíge y Zaire.

El Gobierno de Angola ha establecido distintos programas para rehabilitar dependencias de salud antiguas y construir otras nuevas, mejorando considerablemente la red de centros de salud que prestan servicios generales, con la finalidad de promover la salud pública, entre otros objetivos mediante:

- a) La mejora de los sistemas de saneamiento y alcantarillado;
- b) La aplicación de medidas de salud y seguridad en el trabajo, en colaboración con los sindicatos;
- c) La aplicación de medidas de prevención y control de las enfermedades transmisibles, sobre todo de aquellas que puedan ser de naturaleza epidémica;
- d) La mejora de la seguridad alimentaria y la calidad del agua potable.

El Sistema Nacional de Salud de Angola está formado por el Servicio Nacional de Salud (SNS), dependiente del Ministerio de Salud (MINSÁ), y por todas las entidades públicas, privadas y profesionales que desarrollan actividades de promoción, prevención tratamiento y rehabilitación en el ámbito de la salud. En general, la prestación de

servicios en el SNS es de baja calidad, debido, entre otras limitaciones, a la retracción de los servicios por falta de seguridad, destrucción o saqueo y abandono del personal en el interior del país y a la insuficiencia de recursos financieros (Ministerio de Salud, 1992).

Para que estas medidas puedan ser eficaces y sostenibles y asegurar un acceso universal a los servicios de salud, en 2010 el Gobierno estableció el Programa de la Municipalización de los Servicios de Salud con miras a reducir las principales enfermedades endémicas en el país. Sin embargo, el sistema municipal de salud es de libre acceso, que gira en torno a la prestación de servicios básicos de salud dentro de un sistema organizado y funcional en los recursos humanos, infraestructura, información, logística y sistemas de gestión financiera se refiere, y permitirá ampliar la cobertura y la sostenibilidad de los servicios a nivel comunitario, con una participación e implicación decisivas de la población local (Asamblea General naciones Unidas, 2014).

Según Rocha (2013), Angola heredó el sistema sanitario colonial que servía exclusivamente a los colonizadores. La prolongación de la guerra impidió el desarrollo de un sistema sanitario adecuado y, después de la guerra, las inversiones dirigidas al sector sanitario tuvieron como objetivo estructurar una red asistencial que pudiera atender a toda la población. Así, en el período posterior a la independencia del país, se establecieron los principios de universalidad y gratuidad de la asistencia sanitaria prestada exclusivamente por el Estado a través del Sistema Nacional de Salud, basado en la estrategia de la Atención Primaria de Salud. Este periodo estuvo marcado por la expansión de la red sanitaria y la escasez de recursos humanos en salud; según las estadísticas, poco después del final de la guerra civil había algo más de 20 médicos en Angola, y el gobierno recurrió a la contratación de profesionales a través de acuerdos de cooperación internacional.

Para Oliveira y Artmann (2009), la estructura organizativa del sistema sanitario angolés es curativa e inestable por naturaleza, mientras que el proceso de descentralización no se ha desarrollado plenamente. Esta situación ilustra la escasez de instituciones periféricas e intermedias, centros de salud y puestos de trabajo, y el alto valor de los hospitales provinciales y municipales secundarios y terciarios que atienden a la población. Por lo tanto, la falta de sistemas de referencia y contra referencia es una de las dificultades del sistema sanitario.

Además, debido a la desigual distribución de los profesionales y a la falta de profesionales sanitarios cualificados, existe una desigualdad en el acceso a los servicios

sanitarios entre la población urbana y la rural. En cuanto a la atención primaria de salud, realizan actividades preventivas a través de la educación sanitaria, la nutrición, higiene personal y del medio ambiente, la consulta prenatal y posnatal, la planificación familiar, la atención obstétrica básica y avanzada y la vacunación (Rocha, 2013).

La Asamblea General de la Naciones Unidas (2014) describe que, a pesar de los avances logrados en los últimos años, Angola sigue enfrentando muchos desafíos no sector de la salud, especialmente o impacto de las infecciones y las enfermedades parasitarias en las mujeres y los niños. Asimismo, las enfermedades crónicas no transmisibles han aumentado exponencialmente los últimos años. Con todo, hay varios factores, especialmente o prefecto número de unidades de salud que brindan servicios de maternidad y niñez; mejor cobertura de las medidas de inmunización y campañas de vacunación; mejora de los sistemas de información en salud mediante el fortalecimiento de la capacidad de los agentes comunitarios; inversión en la formación de profesionales de la salud Y desarrollo de recursos; o inversión en equipos, unidades de salud, entre otros.

Según el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el país ocupa el puesto 160 de 173 países. Más del 61% de la población angoleña vive por debajo del umbral de la pobreza, de la que el 26% se encuentra en situación de extrema pobreza. El nivel de pobreza de la población se refleja en el escaso acceso a los alimentos, el agua potable, el saneamiento, la educación, la salud, la electricidad y otros servicios. La tasa de dependencia se estima en 92,3 por cada 100 personas en edad de trabajar entre 15 y 64 años, lo que refleja la elevada tasa de desempleo (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2013).

Luego, el estado de salud de la población angoleña se caracteriza por una baja esperanza de vida al nacer, altas tasas de mortalidad materna e infantil, una fuerte carga de enfermedades transmisibles y un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como de la mortalidad prematura evitable (OMS, 2003).

Se elaboraron varios instrumentos para aplicar la política sanitaria del país, como la Ley Básica del Sistema Nacional de Salud, la Política Nacional de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario (PNDS); en cuanto a los recursos humanos para la salud, se elaboraron la Política de Recursos Humanos para la Salud y el Plan Nacional de Desarrollo de Recursos Humanos (PDRH). Estos dos últimos instrumentos tienen la visión que en 2025 Angola tendrá un personal sanitario mayoritariamente nacional, técnicamente diferenciado y diversificado, guiado por la ética profesional y los valores

del servicio público, que los permiten orientar, organizar y estructurar las acciones en las instituciones sanitarias.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) de Angola, ley 21-B de 1992 (ANGOLA, 1992), se basa en el principio de salud universal, presentado en su artículo 23. Tiene las siguientes características: ser universal en cuanto a la población cubierta; prestar, en su totalidad, una atención global o garantizar su prestación; ser gratuita para los usuarios, teniendo en cuenta las condiciones económicas y sociales de los ciudadanos; garantizar la equidad en el acceso de los usuarios, con el fin de mitigar los efectos de las desigualdades económicas y geográficas y cualquier otro acceso a la atención; tener una gestión descentralizada y participativa.

La salud reproductiva y el bienestar de las mujeres son algunos de las principales preocupaciones del Ministerio de Sanidad angoleño. El gobierno angoleño ha invertido en la municipalización de los servicios sanitarios para reducir la mortalidad materna y neonatal, de acuerdo con el plan estratégico de salud reproductiva para la región africana de la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Durante más de treinta años, la República de Angola se ha visto envuelta en una guerra civil que ha tenido un impacto negativo en el desarrollo nacional, la salud y la nutrición de la población, especialmente de los niños y las mujeres. Angola es un país con una alta tasa de mortalidad, con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que indican una mortalidad materna de 650 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Las muertes se concentran en las zonas urbanas, muy aglomeradas y pobres, y en las zonas rurales, sin acceso de la población a los servicios sanitarios (Angola, 2004). La cobertura de la atención obstétrica institucional es baja, ya que el 57% de los partos se producen fuera del servicio sanitario. Esto se debe probablemente a la escasa cobertura de los servicios en lugares de difícil acceso y a la baja adherencia de la población, que a menudo carece de información. La cobertura de la atención prenatal es incipiente (63%), la profilaxis antipalúdica y la detección de enfermedades hipertensivas son escasas (Angola, 2005). En cuanto a los datos sobre planificación familiar, hay deficiencias en los recursos y en la orientación sobre métodos anticonceptivos, lo que aumenta la tasa de fertilidad a aproximadamente 6,9 hijos por mujer (Angola, 2005). Hay inversiones para el desarrollo y la mejora de la situación, sin embargo, los retos siguen presentes.

En un contexto general, cabe destacar que en varias partes de África es notorio que los profesionales, todavía insuficientes en número para atender la demanda de la población, tienen a menudo conocimientos superficiales o incluso desconocen las políticas que guían la atención sanitaria en el país, es por este motivo, que en la práctica asistencial disponible para las mujeres angoleñas, se hace evidente la necesidad de comprender históricamente las políticas públicas relacionadas con este ámbito de actuación.

Dentro de este marco, de variabilidad ética, cultural, social y económica, la comprensión de las costumbres y tradiciones es algo fundamental para trazar un perfil que oriente a las adolescentes que se quedan embarazadas durante la adolescencia, por lo tanto, también comprender, todas las situaciones que componen la realidad socioeconómica y cultural.

En suma, la sanidad pública en Angola está consolidada y busca siempre desarrollar programas de promoción de la salud de la población, atendiendo a la demanda clínica de todos los grupos de edad: recién nacidos, niños, adolescentes, adultos, ancianos y discapacitados. Además, la salud es un deber del Estado y se enfatiza en la disposición constitucional y los plenos derechos de los individuos en el acceso a la salud (Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2009).

República de Angola es un país ubicado al sur de África que tiene fronteras terrestres al norte con la República Democrática del Congo y la República del Congo por el este con la República de Zambia, por el sur con la República de Namibia y hacia el oeste está bañada por el océano Atlántico. Tiene una extensión territorial de 1 246 700 km² y 1 600 km² de costa marítima. Administrativamente, tiene 18 provincias, su población es de 24.300.000 habitantes, según el censo de 2014, su capital política y administrativa es Luanda y cuenta con una población aproximadamente de 7.000.000 de habitantes. Su lengua oficial es el portugués, aunque también se hablan varios dialectos. Su sistema de gobierno es la democracia multipartidista, con un régimen presidencialista. Angola consiguió su independencia de la República de Portugal en 1975, después de una larga guerra. Sin embargo, una vez alcanzada la independencia, el país se vio inmerso en una intensa y duradera guerra civil que se prolongó desde 1975 hasta 2002.

El país posee abundantes yacimientos minerales y petrolíferos, y su economía ha crecido a un ritmo muy alto desde el final de la guerra civil. A pesar de ello, el nivel de

vida de la mayor parte de la población es muy bajo, y sus índices de morbilidad y mortalidad materna e infantil están entre los peores del mundo.

La ciudad objeto de este estudio es Luanda, la capital de Angola. Con la nueva división política o administrativa de Luanda, la Provincia cuenta con nueve (9) Municipios y seis (6) Distritos Urbanos. Entre ellos: Municipio de Luanda, Municipio de Talatona, Municipio de Belas, Municipio de Cazenga, Municipio de Viana, Municipio de Cacuaco, Municipio de Kilamba Kiaxi, Municipio de Icolo y Bengo y el de Quissama.

El municipio de Luanda, con sede en la ciudad de Luanda, que comprende los distritos urbanos de Maianga, Ingombota, Kilamba Kiaxi, Rangel, Samba y Sambizanga, tiene sus límites geográficos descritos en una publicación del Diário da República, órgano oficial de la República de Angola.

La Gaceta Oficial de la República del 22 de marzo de 2012, primera serie, número 56, establece que el municipio de Luanda está limitado por una línea perpendicular que parte de la costa marítima sobre el Océano Atlántico y conecta con el Faro de las Langostas, siguiendo la calle proyectada hacia el sur interceptando la carretera de Cacuaco.

Este estudio se aplicó en la Maternidad Lucrecia Paím, una institución sanitaria modelo en la región de África Occidental, que atiende específicamente la salud de las mujeres en todos los ámbitos, desde la atención prenatal, los exámenes, las cirugías e incluso las complicaciones derivadas del embarazo y la atención al recién nacido. La Maternidad se encuentra en Luanda, capital de Angola. Y cuenta con una estructura capaz de responder a la elevada demanda diaria de partos y hospitalizaciones.

Cabe destacar que el acceso a los datos y la recopilación de estos, en definitiva, se realizó en el lugar de trabajo del autor, cuya familiaridad es primordial tanto para la fundamentación del contenido como para las declaraciones de políticas públicas en el contexto de la Maternidad Lucrecia Paím.

Es necesario resaltar, por ser la Maternidad una referencia en la región y atender al público proveniente de otras ciudades y regiones del país, entender los perfiles epidemiológicos y las características sociales de las adolescentes es de fundamental importancia para caracterizar los problemas derivados del embarazo precoz de las adolescentes atendidas en la institución Lucrecia Paím.

El desarrollo de este estudio se limitó al periodo 2020 en la Maternidad Lucrecia Paím, que es una unidad sanitaria pública, de tercer nivel de asistencia médica y medicamentosa gratuita, especializada en la atención de la mujer (Ginecológica y Obstétrica) y del neonato. Esta institución atiende todos los casos de alta complejidad a nivel nacional de foro Gineco-Obstétrico. También es un hospital docente universitario, ofreciendo asistencia a la docencia de pregrado y posgrado en las especialidades de las ciencias de la salud y sociales, además participa activamente en la investigación y pesquisa de situaciones clínicas y/o sociales ligadas a la salud de las mujeres y de los recién nacidos.

La Maternidad Lucrecia Paím con la intención de innovar para aportar cada vez más beneficios a la salud de la mujer, la pareja y el niño, es pionera en el desarrollo de técnicas y métodos de tratamiento ginecológico y obstétrico en el país. Así, es la principal institución del país en la atención a la salud de la mujer (promoción, prevención, asistencia y rehabilitación) en todas las fases de su vida (Recién nacida - Infancia - Adolescencia, Adulta - Fase Reproductiva - Menopausia). En este contexto, la maternidad promueve una diferencia social porque, además de cumplir con el ámbito de su funcionalidad como maternidad, promueve el cuidado y el bienestar de las mujeres en general.

Figura 1 – Identidad visual de la Maternidad Lucrecia Paim.



Fuente: Maternidad Lucrecia Paim, 2021.

Esta institución fue inaugurada en 1938 con o el nombre de María do Carmo Vieira Machado, en 1972 sufrió obras de ampliación y rehabilitación pasando a designarse de Maternidad Central, con el triunfo de la revolución en 1975, hubo cambios políticos y administrativos a nivel de todo el país, lo que produjo mudanzas en el sistema nacional de salud pública, y la maternidad en 1982, sufre nuevamente cambio de su nombre, pasando a designarse de Maternidad Lucrecia Paím, en memoria a una heroína de la lucha de liberación de la Republica de Angola, nombre que se mantiene hasta hoy.

Su estructura arquitectónica es mixta (estilo colonial y el moderno) dándole un aspecto exterior bastante expresivo, en estos momentos en obras de rehabilitación física y modernización para ofrecer mejores condiciones de trabajo y dignidad para la optimización de la calidad del atendimento médico y medicamentoso diferenciado a todos los usuarios (figura 2).

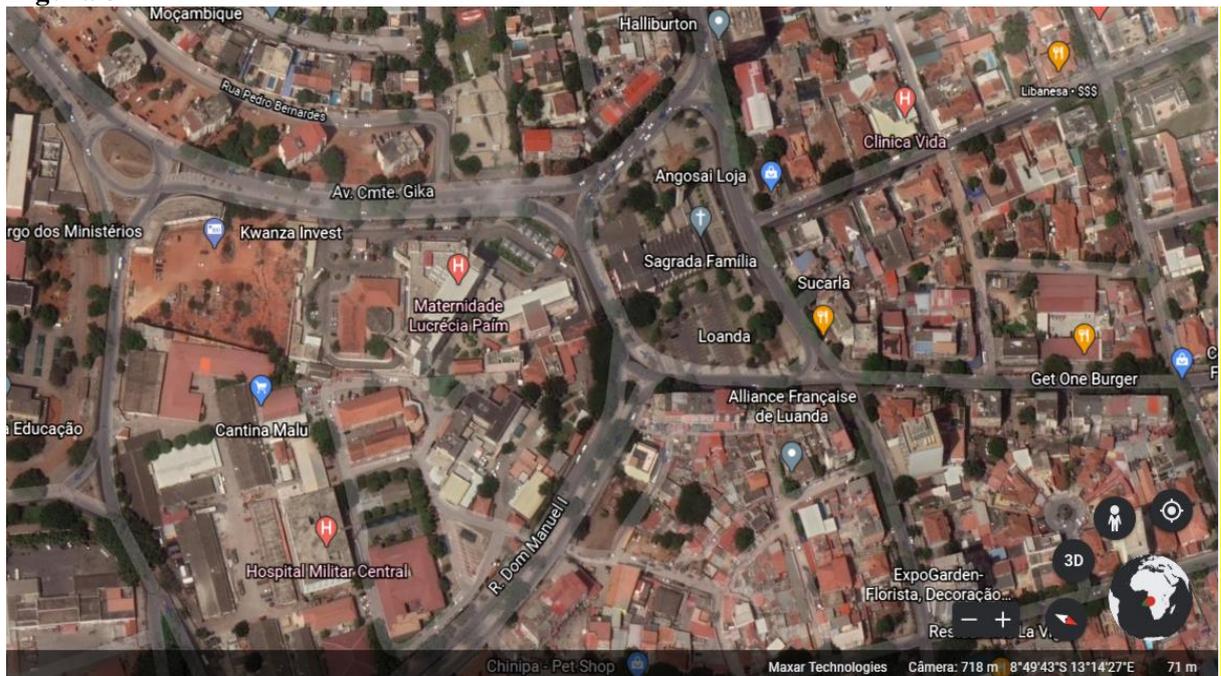
Figura 2 – Maternidad Lucrecia Paim



Fuente: Angop (2020).

La maternidad Lucrecia Paim está situada en la Avenida Comandante Gika, Nº 150, Distrito do Maculusso, Municipio de Luanda, Provincia de Luanda, capital de la República de Angola, como podemos ver en la figura 3.

Figura 3 – Ubicación de la Maternidad Lucrecia Paim



Fuente: Google Earth, 2021.

El organigrama de la actual Maternidad Lucrecia Paím está formado por la dirección general, clínica, administrativa, enfermería y pedagógica/científica.

La amplia atención prestada por la institución sanitaria Lucrecia Paím la convierte en una maternidad de gran impacto en la sociedad de Luanda. Por lo tanto, existe una gama de servicios ofrecidos por la maternidad, como se muestra en el Tabla 1 a continuación.

Tabla 1 – Servicios ofrecidos por la Maternidad Lucrecia Paím, Luanda, Angola.

SERVICIOS PROPORCIONADOS	DESCRIPCIÓN
Consultas externas	Anestesia Psicología Mastología Infertilidad Enfermería Cirugía general Riesgo bajo Riesgo alto Neonatología / Pediatría Puerperio después de una cesárea Reproducción humana asistida Atención prenatal ginecológica Hematología (Inmunohematología) Planificación y asesoramiento familiar Patología cervical (colposcopia y citología cervicovaginal) Obstetricia de alto riesgo (adolescentes, PTMI, Rh-isoimmunización, diabetes, drepanocitosis, pre-eclampsia, eclampsia y cesáreas)
Partos	Normal / Eutócico Cesariana / Distócico
Prácticas	Toxemia Anatomía Patológica Mastología Ginecología Cirugía urogenital Neonatología Cirugía de las fístulas Obstétricas Cirugía Obstétrica II Sala de parto Puerperio patológico Puerperio fisiológico Cirugías obstétricas I Patologías obstétricas Cirugías ginecológicas Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
Examen y diagnóstico	Colposcopia Cribado del cáncer de cuello de útero Cribado cervical Cribado de cáncer de mama - Biopsia de mama Laboratorio: Urgencia / Cardiotocografía de rutina Ecografías: morfología del 1º y 2º trimestre Ecocardiografía fetal

	Ecografía Doppler del 1º, 2º y 3º trimestre, diagnóstico prenatal (trisomías 18 y 21)
Procedimiento	Cirugía de la fístula obstétrica Cirugía de las lesiones ováricas benignas y malignas Legrado uterino (Terapéutico / Diagnóstico) Cirugía de los miomas (miomectomía y/o histerectomía) Aplicación y retirada de dispositivos intrauterinos (DIU) Tratamiento de las lesiones del cuello uterino (termo coagulación, resección con asa diatérmica, conización)
Inmunización	Vacunación de embarazadas y recién nacidos
Banco de leche humana	Promoción y fomento de la lactancia materna y recogida, procesamiento y control de calidad del calostro, la leche de transición y la leche humana madura para su posterior distribución, bajo prescripción médica o de un nutricionista.

Fuente: Maternidad Lucrecia Paim, 2021.

Como se muestra en el Tabla 1, los servicios ofrecidos por la maternidad abordan todos los posibles problemas pre y post-maternidad, además de contar con servicios básicos para proporcionar salud a las mujeres, sean o no de origen angoleño.

El equipo de enfermeras es considerable, por lo que puede satisfacer la demanda de la sala de maternidad. Pronto, el área asistencial tiene tres bloques:

- a) Área de urgencia que tiene un cuerpo de guardia o pronto socoro que funciona 24/24 horas;
- b) Área de internamiento o hospitalización y
- c) Área de consultas externas o atendimento ambulatorio (ginecología general y especial, obstetricia – prenatal de alto riesgo, adolescentes, HIV-SIDA, diabetes y embarazo, drepanocitosis y embarazo, preeclampsia y eclampsia, cesariana anterior, puerperio patológico, anestesia preoperatoria y posoperatoria, patologías de la mama, infertilidad, psicología, control de natalidad, asesoramiento juvenil neonatología y puericultura).

La Maternidad Lucrecia Paim sólo en el año 2020, realizó alrededor de 50 a 70 partos al día, de los cuales diez son de adolescentes. De los 50 partos normales, 20 son de jóvenes. En el primer semestre de 2020, se registraron 400 consultas externas prenatales y natales en la Maternidad Lucrecia Paim en adolescentes de 13 a 15 años. Por

lo tanto, estas cifras constituyen un problema de salud pública, ya que el número tiende a aumentar.

Durante los últimos 5 años en la Maternidad Lucrecia Paím, ocurrieron 142.563 partos, entre los cuales 30.366 (21,3%) fueron en adolescentes, de los cuales 19.039 (62,7%) terminaron en partos distócicos por cesariana, de todas las adolescentes operadas 5.162 (17%) tuvieron complicaciones clínicas, entre ellas infecciones de la heridas operatorias (pared abdominal, endometritis, endometriosis, salpingitis e otras), infecciones de la cavidad abdominal (pelvi-peritonitis, peritonitis generalizada, abscesos tubo-ovárico), mastitis puerperal, psicosis puerperal, infecciones del recién nacido (onfalitis, sepsis respiratorias, anemia y desnutrición), el aborto inseguro fue una de las principales causas de atención de adolescentes en la urgencia, con una frecuencia de 6-8 casos por día. Generalmente, estas pacientes, llegan en estado clínico grave debido a las complicaciones propias del aborto criminal, tales como hemorragias graves (choque hemorrágico), infecciones ginecológicas complicadas (choque séptico) y las disfunciones multi - orgánicas (renales, hepáticas, hematológicas, cardíacas, respiratorias y con coagulación intravascular diseminada entre otras), siendo una de las razones, por las cuales que aumentan los índices de mortalidad materna en la institución y en el país de forma *general*.

Es posible afirmar, a partir de las observaciones realizadas en los diversos escenarios y contextos profesionales, que el embarazo en la adolescencia tiene complicaciones clínicas, psicológicas y sociales en la propia vida de la adolescente, y en relación con su entorno, su compañero sexual, su familia y la comunidad. Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, en dependencia de sus culturas y contextos socioeconómicos, tenemos como ejemplo la falta del deseo de las adolescentes en amamantar a sus hijos, provocando daños a su propia salud como es la mastitis puerperal y la desnutrición e infecciones gastrointestinales a sus hijos, pudiéndose presentar, también, la pérdida de sus órganos internos (histerectomías obstétricas) por las infecciones dando como resultado a la infertilidad permanente, y sus repercusiones psicológicas y sociales, y también pueden presentarse afectación/es en su salud mental, provocando las psicosis puerperales que generalmente pueden llevar al suicidio y al infanticidio.

Según López y Rodríguez (2002), la adolescencia es una fase de la vida marcada por los cambios, la vitalidad, la energía, la explosión hormonal, los deseos, las pasiones, los desengaños, los vínculos fuertes con amigos, la identificación con grupos musicales, con determinadas modas que los caracterizan como grupo, como el uso de tatuajes o determinada forma de hablar, y las críticas a los adultos, provocando como consecuencias: el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección.

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública dada su repercusiones en la esfera clínica, psicológica, social y comunitaria, ya que puede afectar las expectativas sociales de los adolescentes (embarazada y su compañero), las familias de ambos y la sociedad de forma general, razón por el cual nos hemos propuesto describir y analizar esta compleja problemática para confeccionar un perfil del adolescente embarazada, permitiendo el conocimiento de la realidad contextual, lo que podrá ayudar a los profesionales de la salud, área social, docencia y los políticos a reflexionar sobre esta situación en momentos de toma de decisiones al respecto (López y Rodríguez, 2002).

Es necesario aclarar que la Maternidad Lucrécia Paím atiende a más allá de su contexto regional, razón por la cual, la singularidad de las mujeres embarazadas no sólo abarca a las adolescentes de Luanda.

La ciudad de Luanda en concreto tiene una población económicamente mixta, pero la mayoría de los adolescentes atendidos en Lucrécia Paím son de bajos ingresos, lo que nos lleva a considerar la posibilidad que el problema de salud en cuestión se debe más a cuestiones culturales que naturales.

La metodología de investigación aplicada en este estudio, tiene un enfoque cuanti-cualitativo, descriptivo, observacional y transversal. Obedeciendo al tipo de investigación elegido, que es un estudio de caso, basado en la investigación bibliográfica, la investigación documental y la investigación de campo.

En cuanto a la motivación de este estudio, se deriva de los años de servicios públicos prestados a la institución por el autor, que actualmente forma parte del personal administrativo y médico de la institución sanitaria.

Debido a esto, a partir de este trabajo se intenta esclarecer científicamente, mediante el aporte de datos y la construcción de conocimiento que el embarazo precoz

es un problema de salud pública que requiere atención gubernamental, ya sea a nivel local o mundial, a la vez que enfatizar que el cuidado de la mujer no depende sólo de las instituciones gubernamentales, sino de los cambios de paradigmas, creencias, religiones y culturas locales que visualizan al adolescente como un individuo responsable de la sociedad futura, que necesita atención y preocupación en lo que abarca su desarrollo social, económico y psicológico.

Se estima que, en la sociedad africana, en relación con sus aspectos culturales la población adolescente en su desarrollo madurativo no posee la maduración necesaria para el desarrollo y afrontamiento de responsabilidades propias del curso de vida. Considerando lo dicho anteriormente, la situación de embarazo precoz en adolescentes genera conflictos internos en las mujeres de esta edad, así como también se observa, que el mayor número de embarazos se relacionan en población de bajos ingresos, donde, además, se ven afectados los ingresos por dicha situación.

De esta manera, a lo largo de mi trayectoria profesional en la atención de adolescentes he podido observar que el adolescente debe ser tratado con los cuidados de salud adecuados y teniendo en cuenta las características de su curso de vida y etapa de desarrollo a fin de prevenir las tasas de natalidad exacerbadas en este grupo poblacional.

En relación con los conceptos desarrollados precedentemente podemos preguntarnos en este estudio ¿cuál es el perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas atendidas en la maternidad Central Lucrecia Paím de Luanda-Angola en el año 2020?

El propósito de este trabajo de investigación se centra en la finalidad de presentar datos y construir conocimientos y aportes a fin de promover mejoras y cambios en las acciones de prevención y asistencia de las adolescentes embarazadas en la Maternidad Lucrecia Paím de Luanda-Angola.

1.1 Objetivo General

Describir y analizar el perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, atendidas en la Maternidad Central (Lucrecia Paím) de Luanda – Angola en 2020.

1.2 Objetivos Específicos

Determinar los factores clínicos de las adolescentes embarazadas que son atendidos en la Maternidad Lucrécia Paím;

Identificar los factores sociales de las adolescentes embarazadas que son atendidos en la Maternidad Lucrécia Paím;

Puntuar las características psicosociales de las adolescentes embarazadas en su contexto familiar y escolar;

Describir las necesidades y expectativas de las adolescentes embarazadas relacionadas con el desarrollo escolar, el trabajo, las expectativas con su hijo y las relaciones.

1.3 Justificación

El embarazo en la adolescencia es una problemática de extensión global con visiones e interpretaciones diferentes según el contexto cultural, religioso y social. Pero de forma general tiene malas repercusiones clínicas, sociales y comunitarias en la vida de las adolescentes embarazadas (López Rodríguez, 2011).

Por lo tanto, a partir de este estudio se intenta resaltar la necesidad social de comprender el aumento de los problemas psicosociales con connotaciones delictivas en general, además, de la existencia altas tasas de abortos (autorizados o ilegales) que aumentan los indicadores de morbilidad y mortalidad materna debido a estos procedimientos abortivos, y significar que la mayoría de los casos en los que las adolescentes mantienen el embarazo, se clasifican como alto riesgo obstétrico para la salud materna, fetal y neonatal.

Por otra parte, es importante mencionar la relación del embarazo de las adolescentes, con el fracaso o abandono de los estudios, que lleva posteriormente al desempleo y a dificultades de inserción en el mercado laboral. En paralelo, a lo dicho anteriormente, se destaca que el niño cuya madre es una adolescente tiende a estar en alto riesgo de abuso y/o abandono. Frecuentemente se les ingresa en orfanatos o en instituciones benéficas y/o estatales.

Por lo tanto, analizar el perfil epidemiológico y social de estas adolescentes que se embarazan prematuramente y emanan de la atención gubernamental y básica, nos hace entender que, como sociedad y formadores de profesionales, debemos prestar atención a los problemas pertinentes a la salud pública. Ya que, la reinserción y el

respeto social de la adolescente tras el embarazo y el parto son difíciles, e incluso, irreversibles. En el cual, causan un gran daño psicológico.

Con este estudio se propone aportar datos para la construcción de conocimientos científicos que permitan esclarecer y sistematizar aspectos y factores relacionados con el embarazo en la adolescencia y conformar el perfil epidemiológico y psicosocial de las adolescentes embarazadas con la finalidad de mejorar y optimizar la toma de decisiones por parte de los líderes clínicos, técnicos, académicos, administrativos, sociales y políticos.

Y, por último, contribuir académica y socialmente para que los investigadores tengan acceso a la información epidemiológica y psicosocial de los embarazos de adolescentes que fueron monitoreados en la Maternidad Lucrécia Paím.

1.4 Marco Conceptual

Adolescencia etimológicamente proviene del vocablo latino “adolescere” que quiere decir, “comenzar a crecer”, es un periodo de cambio, autonomía y crecimiento, que señala el final de la niñez y preanuncia la etapa de adultez (Boni Cantero Sevilla 2002).

Si bien es cierto que, definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones, ya que se sabe que la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende de la forma en que cada individuo experimenta este período de la vida, es adecuado tener en cuenta que se define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano. Se clasifica en 3 etapas:

- a) Adolescencia temprana: Comprende entre los 10 y 13 años;
- b) Adolescencia media: Comprende desde los 14 a los 16 años;
- c) Adolescencia tardía: Abarca desde los 17 a los 19 años.

La adolescencia es un período importante en el proceso evolutivo del ser humano, en el que se producen muchos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales, y esta fase es también el momento en el que los jóvenes experimentan deseos, dudas, curiosidades y en medio de tantas transformaciones, viven el descubrimiento del propio

cuerpo y del placer sexual, muchas veces compartido con la pareja, lo que provoca riesgos de embarazos no deseados (Arcanjo, Oliveira & Bezerra, 2007 apud OMS, 2021).

La vida sexual activa de los adolescentes es una realidad bien conocida, que requiere la concienciación y orientación de los jóvenes para que practiquen el sexo seguro, con vistas a prevenir varios tipos de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados (Beretta et al., 2011).

Rivera Sandra (2003) afirma que es el embarazo que ocurre en una mujer antes de los 20 años, generalmente es no deseable, accidental y fruto de una relación amorosa no estable o inmadura o como resultado de un abuso sexual por elementos de la familia o no.

Esta situación constituye un riesgo para su salud, vida y la del feto, así como para el futuro niño. Además, tiene repercusiones desfavorables desde el punto de vista psicológico y social para ella, su familia y su comunidad.

Esta situación contribuye al aumento del nivel de pobreza, morbimortalidad materna, neonatal y fetal (abortos), afectando generalmente sus proyectos escolares, académicos, profesionales, entre otros.

Según la UNICEF (2011), las principales causas o razones que existen en la sociedad y que influyen en un adolescente a quedar embarazadas:

- a) Inicio precoz de las relaciones sexuales;
- b) Familias disfuncionales;
- c) Uso de bebidas alcohólicas y drogas;
- d) Bajo nivel educativo, económico y social;
- e) Fantasías sexuales y mágicas;
- f) Deficiente educación sobre la sexualidad;
- g) Factores socioculturales sobre el embarazo; educativos, familiares, vinculares, emocionales e información al respecto de los cuidados a tener y su utilización.
- h) El matrimonio a edades tempranas (rol tradicional de mujer)

La ocurrencia del embarazo hace que la adolescente sufra una ruptura en su desarrollo, experimentando un momento de muchas pérdidas, como la pérdida de la

identidad, de la expectativa de futuro, de la fiabilidad y de la protección de la familia (Ximenes, et al. 2007 apud Araújo Silva, 2013). Por estas razones, el embarazo precoz es señalado como un elemento capaz de desestabilizar la vida de la adolescente, además de ser un elemento determinante en la reproducción del ciclo de pobreza de las poblaciones, al provocar obstáculos a la continuidad de los estudios y al acceso al mercado de trabajo (Brasil, 2010).

El embarazo en la adolescencia sigue representando una de las principales causas de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años y es capaz de generar consecuencias para los bebés, dejándolos más vulnerables a las condiciones de riesgo presentes, como el bajo peso al nacer y la muerte por problemas infecciosos y/o desnutrición en el primer año de vida (Brasil, 1999).

Dentro de esta lógica, el embarazo adolescente sería una experiencia no deseada, dado que restringiría las posibilidades de exploración de la identidad y la preparación para un futuro profesional. En consecuencia, el embarazo en este curso de edad ha pasado a considerarse una situación de riesgo biopsicosocial, capaz de acarrear consecuencias negativas no únicamente para los adolescentes, sino para toda la sociedad, convirtiéndolo de esta manera, en un problema social y de salud pública (Flores-Valecia. Nava-Chapa, Arenas-Monreal, 2017).

De hecho, actualmente, la literatura biomédica utiliza expresiones como embarazo precoz, no deseado, no planificado y de riesgo para describir y enfatizar las consecuencias sociales y biológicas negativas asociadas al fenómeno (Días & Teixeira, 2010).

Así, se estableció una idea implícita de la adolescencia en la que el embarazo no se incluye como una experiencia normativa. Por el contrario, es visto como un desvío, un evento supuestamente no deseado por los adolescentes y cuyas consecuencias frustran lo que se consideraría una "buena" adolescencia.

Sin embargo, Cordero, Gentile y Díaz (2019) dicen también, que es necesario cuestionar hasta qué punto la adolescencia y el embarazo son experiencias conflictivas, lo que sin duda depende de cómo se entienda la propia adolescencia, tanto en términos teóricos como en términos de lo que se espera socialmente de un adolescente.

1.5 Organización estructural de la Tesis:

Este estudio está organizado en seis capítulos: introducción, marco teórico, procedimientos metodológicos, análisis de datos, discusión de resultados y conclusión del trabajo.

CAPÍTULO I - Breve presentación del tema y contextualización de la tesis, que enumera los objetivos generales y específicos, la justificación, las hipótesis del trabajo, el marco conceptual y la estructura de la tesis.

CAPÍTULO II - Marco teórico sobre la salud pública en Angola. Hacer hincapié en las fases de la adolescencia y en la recurrencia del embarazo en las adolescentes, así como en los factores de riesgo a los que se enfrentan.

CAPÍTULO III - Se refiere a las características metodológicas expuestas en el trabajo de la tesis en cuanto a la metodología de investigación utilizada para la construcción y validación del trabajo. También aclara la Maternidad Lucrecia Paím, su historia y su función pública.

CAPÍTULO IV - Expone los datos recogidos a partir de los cuestionarios elaborados y dispuestos a la maternidad y a sus pacientes, así como los datos de salud pública relacionados con la Maternidad Lucrecia Paím. Por lo tanto, el análisis de los datos está disponible.

CAPÍTULO V - Discute los datos tratados en el capítulo IV, haciendo hincapié en los resultados relacionados con los problemas sociales, económicos y culturales que influyen en la recurrencia del embarazo en la adolescencia en Luanda. También se discutirán las políticas de salud pública disponibles en la Maternidad Lucrecia Paím, a partir de los datos recogidos durante la recolección de datos y las referencias teóricas disponibles en las fuentes bibliográficas.

CAPÍTULO II - MARCO TEÓRICO

2 LA SALUD PÚBLICA EN ANGOLA

De acuerdo con el Comité Regional Africano a través de la Organización Mundial de la Salud (2006), en muchos países africanos, a pesar de los esfuerzos que han realizado para llevar la salud a todos los individuos, existen enormes dificultades para garantizar el acceso a los servicios sanitarios de muchos grupos de población. Esto se debe a la débil organización de los sistemas de salud, la crisis económica, la inadecuada atención a los principios de la atención primaria de salud, a la escasez de recursos de todo tipo (financieros, humanos, tecnológicos, entre otros) y/o su mala distribución.

2.1 El derecho a la salud en Angola

2.1.1 *La Constitución de la República de Angola*

La Constitución de la República de Angola se constituyó en febrero de 2010, por lo que se considera un hito en la promoción y protección de los derechos humanos. Por lo tanto, garantiza plenamente los derechos y libertades individuales y colectivos, que en cierta medida prohíben la discriminación directa o indirecta en todas sus formas (Angola, 2010).

También en el artículo 2º, que se enumeran a continuación, los puntos importantes considerados como tareas fundamentales del Estado, constituyen tareas fundamentales del Estado angoleño (Constitución de la República de Angola, 2010).

- b) Hacer cumplir sus directrices, libertades y garantías fundamentales;
- c) Crear progresivamente las condiciones necesarias para la implementación de los lineamientos económicos, sociales y culturales;
- d) Promover o beneficiar, la solidaridad social y la mejora de la calidad de vida de la población angoleña, sobre todo los grupos poblacionales más desfavorecidos;
- e) Promover la erradicación de la pobreza;
- f) Promover políticas que permitan que la atención primaria de salud sea universal y gratuita;
- g) Promover políticas que garanticen el acceso universal o la libre aplicación, en los términos de la ley;

- h) Promover la igualdad de derechos y oportunidades entre los angoleños, sin prejuicios de origen, raza, afiliación partidista, sexo, género, identidad o cualquier otra forma de discriminación;
- i) Realizar inversiones estratégicas, masivas y permanentes con el capital humano, especialmente para el desarrollo integral de la niñez y la adolescencia, incluyendo educación, salud, economía primaria y secundaria y los sectores estructurales para el desarrollo autosostenible;
- n) Proteger, valorar y dignificar las lenguas nacionales angoleñas de origen africano, como patrimonio cultural, y promover su desarrollo, como lenguas de identidad y comunicación nacional;
- o) Promover una mejora sostenida en de los índices de desarrollo humano, de los angoleños;
- p) Promover la excelencia, la calidad, la innovación el emprendimiento, la eficiencia y la modernidad, de las ciudades, instituciones, empresas y servicios, en las diversas vertientes de la vida;
- q) Los demás previstos en la Constitución y la Ley (Constitución De La República De Angola, 2010, p. 10).

Así, la Constitución de la República de Angola, en su artículo 21 de 2010, consagra como tarea fundamental del Estado la promoción de políticas de atención primaria de salud universal y gratuita. Según la ley, los servicios sanitarios públicos en Angola son gratuitos.

Aún en su artículo 23° cuando se trata del principio de igualdad, ya que todos son iguales ante la constitución y la ley, nadie puede ser perjudicado, privilegiado, privado de ningún derecho o deber por razón de su descendencia, sexo, raza, etnia, color, discapacidad, idioma, religión, creencias políticas, ideológicas o filosóficas.

Según el artículo 26, párrafo 3, de la Constitución, los tribunales angoleños incluirán los instrumentos jurídicos internacionales, en particular la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y otros tratados a los que Angola se haya adherido.

Artículo 30 (Derecho a la vida) El Estado respetará y protegerá la vida humana, que es inviolable.

Artículo 31 (Derecho a la integridad personal) 1. La integridad moral, intelectual y física de la persona es inviolable. El Estado respetará y protegerá a la persona y la dignidad humana.

Artículo 32

(Derecho a la identidad, privacidad e intimidad)

1. Se reconoce a toda persona el derecho a la identidad personal, a la capacidad civil, a la nacionalidad, al buen nombre y a la reputación, a la imagen, a la palabra y a la intimidad de la vida privada y familiar.

2. La ley establecerá garantías efectivas contra la obtención y el uso de información sobre individuos y familias que sea abusiva o contraria a la dignidad humana.

Artículo 35

(Familia, matrimonio y filiación)

1. La familia es el núcleo fundamental de la organización de la sociedad y será objeto de especial protección por parte del Estado, tanto si se basa en el matrimonio como en la unión de hecho entre un hombre y una mujer.

2. Toda persona tiene derecho a fundar libremente una familia en los términos de la Constitución y de la ley.

3. Los hombres y las mujeres serán iguales en la familia, la sociedad y el Estado, gozando de los mismos derechos y siendo responsables de los mismos deberes.

4. La ley regulará los requisitos y efectos del matrimonio y la unión de hecho, así como los de su disolución.

5. Los niños son iguales ante la ley y se prohíbe la discriminación contra ellos y el uso de cualquier designación discriminatoria relativa a la filiación.

6. La protección de los derechos del niño, es decir, su educación completa y armoniosa, la protección de su salud, de sus condiciones de vida y de su educación, constituirá una prioridad absoluta para la familia, el Estado y la sociedad.

7. El Estado, con la colaboración de la familia y la sociedad, promoverá el desarrollo armónico e integral de los jóvenes y adolescentes, así como la creación de condiciones para la realización de sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales, y estimulará a las organizaciones juveniles para que persigan objetivos económicos, culturales, artísticos, recreativos, deportivos, ambientales, científicos, educativos, patrióticos y de intercambio juvenil internacional.

Artículo 41

(Libertad de conciencia, religión y culto)

1. La libertad de conciencia, de creencias religiosas y de culto será inviolable.

2. Nadie podrá ser privado de sus derechos, perseguido o eximido de sus obligaciones por motivos de creencias religiosas o convicciones filosóficas o políticas.

3. El derecho a la objeción de conciencia estará garantizado en los términos de la ley.

4. Nadie puede ser interrogado por ninguna autoridad sobre sus creencias o prácticas religiosas, excepto para la recogida de datos estadísticos que no pueden ser identificados individualmente (Constitución de la República de Angola, 2010).

Teniendo en cuenta la Constitución de Angola, el acceso a la salud lo proporciona el Estado y toda su estructura. Sin embargo, debido a cuestiones socioculturales, el embarazo en la adolescencia sigue siendo recurrente, funcionando a menudo como una válvula de escape para las familias y generando una disfunción de los adolescentes ante la sociedad.

Por lo tanto, la legislación es eficaz para facilitar el acceso a la asistencia sanitaria, pero es necesario desarrollar políticas públicas que modifiquen las cuestiones culturales e intensifiquen la conciencia de la población para que se preocupe por el futuro de los adolescentes, que son actores muy importantes en la sociedad.

2.1.2 *Los derechos sanitarios de los ciudadanos*

En la Constitución angoleña, el derecho a la salud es un derecho a la atención médica y a la asistencia sanitaria. Ciertamente, el legislador constituyente quiso dar un tratamiento dicotómico al derecho a la salud. La atención sanitaria puede interpretarse como las acciones y los servicios de salud que son propios del Estado y que difícilmente pueden ser prestados por el sector privado (Kapalu, 2016).

Las acciones y los servicios sanitarios deben incluir la vigilancia epidemiológica de las enfermedades, los vectores de enfermedades y la vigilancia sanitaria y control de los bienes y servicios para la salud.

La Constitución angoleña también garantiza la protección sanitaria de los niños, los ancianos y los discapacitados. De manera especial, el texto constitucional garantiza la asistencia a los discapacitados en la vejez. Esto es de gran importancia, especialmente para las personas discapacitadas por las heridas sufridas durante la larga guerra civil angoleña. Aún hoy, la población necesitada es víctima de granadas enterradas en la superficie del terreno, que al explotar se han cobrado vidas, cuando no han dejado individuos adultos y niños deformados (Kapalu, 2016).

El deber del Estado angoleño en materia de salud es garantizar los servicios de asistencia en todo el territorio nacional. Como Angola es un Estado unitario, los servicios sanitarios prestados en las provincias son obligación de la Unión.

En Angola, el área de la salud materno-infantil es una preocupación reflejada en el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario de Angola 2012-2025 (PNDS), en el Programa de Prevención y Control de Enfermedades, que incluye en el proyecto 18: "la prestación de atención sanitaria para la supervivencia materna, neonatal e infantil", uno de cuyos objetivos es reducir las tasas de mortalidad materno-infantil en un 50%.

El conocimiento (inter) cultural en los profesionales de la salud permite capacitar y responder eficazmente a las necesidades de las madres y cuidadoras, teniendo en

cuenta los contextos culturales, sociales y de salud en cuestión, mediante el establecimiento de la relación terapéutica y la negociación. Esto implica, para el profesional de la salud, una formación en el área de la interculturalidad, con el fin de poder responder a la diversidad cultural e individual, con un enfoque humanizado, promoviendo la igualdad y calidad en la atención de la salud, la articulación de las madres, la comunidad y con unidades de salud (Ramos, 2016).

Por lo tanto, es importante resaltar puntos importantes en materia de salud en la constitución de Angola, como se muestra a continuación.

Tabla 2: Marco de los aspectos constitucionales de la salud en las cartas políticas de Angola.

TEMAS	CONSTITUCIÓN ANGOLEÑA
Garantías y derechos fundamentales	Art. 21, d: Promover el bienestar, la solidaridad social y la mejora de la calidad de vida del pueblo angoleño, es decir, de los grupos de poblaciones más desfavorecidas <hr/> Art 21, f: Promover políticas que hagan que la atención primaria de salud sea universal y gratuita. <hr/> Art.21, i: Realizar inversiones estratégicas [...] en educación, en salud, en la economía primaria [...]
Derecho a la salud	Art. 77: El Estado promueve y garantiza las medidas necesarias para asegurar el derecho a la atención médica y de salud para todos, así como el derecho a la asistencia en la niñez, maternidad, invalidez, vejez en cualquier situación de incapacidad laboral [...]
Deber del Estado con la salud	Art. 77, 2: Para garantizar el derecho a la atención médica y de salud, el Estado es responsable de: a) Desarrollar y asegurar la funcionalidad de un servicio de salud público en todo el territorio nacional; b) Regular la producción, distribución, comercialización y uso de productos químicos, biológicos, farmacéuticos y otros medios de tratamiento diagnóstico; c) Fomentar el desarrollo de docencia médico-quirúrgica e investigación médica y sanitaria.
Participación del sector privado	Art.77.3: La iniciativa privada y cooperativa en los ámbitos de la salud, la seguridad social es supervisada por el Estado y se lleva a cabo en las condiciones previstas por la ley.

Fuente: Constituciones de Angola, 2010.

Sin duda, la Constitución angoleña trae en su texto la previsión de las mencionadas bases para la promoción de la salud. Por lo tanto, la salud no es solamente un derecho y una garantía proporcionados por el Estado, sino que también cuenta con la participación del sector privado. Para que los individuos puedan disfrutar de la salud.

2.2 Sistema Nacional de Salud de Angola

El Sistema Nacional de Salud angoleña ha conocido una evolución histórica caracterizada por dos períodos: El período colonial que se extiende hasta el 11 de noviembre de 1975; El periodo posterior a la independencia, que comenzó el 11 de noviembre de 1975. Este periodo, subdividido en dos fases o épocas, es:

El periodo posterior a la independencia, caracterizado por una economía planificada de orientación socialista, y seguido por el periodo de economía de mercado a partir de 1992. Así, se establecieron los principios de universalidad y gratuidad de la asistencia sanitaria a través del SNS, prestada exclusivamente por el Estado, basándose en la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS). Este período también se caracterizó en la primera década de la independencia por la expansión de la red sanitaria y la escasez de Recursos Humanos para la Salud (RHS), según datos estadísticos, en el período posterior a la independencia, sólo había poco más de 2 médicos en Angola, teniendo el Gobierno/Estado que recurrir, en ese momento, a la contratación de profesionales contratados en virtud de acuerdos de cooperación.

La segunda fase del período posterior a la independencia se caracteriza por la intensificación del conflicto armado (guerra civil), las reformas políticas, administrativas y económicas que tuvieron, en cierto modo, un impacto negativo en el Sistema Nacional de Salud, como, por ejemplo: la destrucción y reducción drástica de la red sanitaria.

En 1992, a través de la Ley 21-B/92, de 28 de agosto, se aprobó la Ley Básica del SNS y el Estado angoleño dejó de tener la exclusividad en la prestación de la asistencia sanitaria, quedando el sector privado autorizado a prestar servicios sanitarios. También se introdujo la noción de copago de los gastos sanitarios por parte de los ciudadanos, quedando el sistema esencialmente gratuito.

Angola es un país donde el derecho a la salud, tanto de mujeres como de hombres, se ve dificultado por numerosos factores. Ya sea por las repercusiones de la guerra civil, la elevada pobreza de la población, la falta de personal sanitario o por los grandes problemas de salud que sufre la población, resulta dificultoso acceder al sistema sanitario.

En Angola no se satisface el derecho a la salud, derecho fundamental de todo ser humano, que incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente.

Revitalizar la asistencia médica en Angola se ha convertido en una de las prioridades de un país donde más de la mitad de la población vive bajo el umbral de la pobreza y en el que las tasas de mortalidad materna e infantil están entre las más altas del mundo.

El sistema de salud nacional de Angola quedó gravemente dañado por las tres décadas de guerra civil que vivió el país y que terminó en 2002. Más de 30 años de guerra destruyeron el 70% de la red pública.

El reto principal, hoy en día, en Angola es capacitar a un número suficiente de trabajadores sanitarios. La capacitación de los trabajadores sanitarios forma parte de una revitalización en masa del sistema de salud de Angola. Con este objetivo, más de 200 estudiantes fueron enviados a Cuba, país aliado, a estudiar medicina. Y para prestar asistencia médica a corto plazo, 800 doctores cubanos se desplazaron para trabajar en clínicas, tanto en áreas urbanas como en rurales. Además, se construyeron cinco universidades y 45 escuelas especializadas de capacitación para trabajadores sanitarios.

Así pues, la regulación de la asistencia sanitaria tiene por objeto garantizar (Bowen, 2009):

- a) el acceso universal a la asistencia sanitaria financiada con fondos públicos;
- b) La calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria;
- c) Competencia que produce una relación calidad-precio satisfactoria;
- d) La capacitación de los usuarios para defender sus derechos e intereses.

Los contextos políticos, sociales y económicos de los distintos países influyen en los diferentes caminos que han tomado los países en materia de regulación sanitaria,

sobre todo en lo que respecta a las atribuciones, las capacidades jurídicas y el ámbito de intervención de los organismos reguladores (Bowen, 2009).

A pesar del desarrollo de la regulación sanitaria en muchos países africanos en las últimas décadas, estos siguen enfrentándose a retos relacionados con la gobernanza de sus sistemas de regulación y la limitada capacidad de recursos humanos, financieros y técnicos que necesitan las Autoridades Nacionales de Regulación para cumplir sus objetivos (OMS, 2016).

Por lo tanto, os países africanos no son una excepción, con modelos de regulación sanitaria basados en instituciones que supervisan simultáneamente el ámbito de la medicina y la prestación de asistencia sanitaria y modelos de regulación que incluyen múltiples entidades reguladoras para los distintos ámbitos de la salud.

2.3 Trayectoria histórica de las Políticas de Salud de la mujer en Angola

El desafío del gobierno angoleño a la salud de la población, y más concretamente a la salud de las mujeres, puede entenderse si se considera el contexto de la guerra civil que asoló el país. Tras la independencia en 1977, el MINSA angoleño envió a Suecia una solicitud de cooperación que se prolongó desde 1977 hasta 2006. Durante este período, la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) aportó unos 667 millones de coronas suecas (equivalentes a unos 100 millones 717 mil dólares) al área de Atención Primaria de Salud (APS), que incluye vacunación, nutrición y agua, para el Programa de Malaria, implementado por la OMS, y para apoyar la educación y formación de técnicos de salud (Pehrsson, Andersson-Brolin y Salmonsson, 2008).

En 1979, los recursos financieros del primer acuerdo entre ASDI y el gobierno angoleño (1979 a 1982) se repartieron entre la atención primaria de salud y los proyectos de suministro de agua potable a las zonas rurales, centrándose en el acceso de la población a los servicios sanitarios. Sin embargo, tras nuevas negociaciones, el gobierno angoleño cambió su enfoque e invirtió en equipos de rayos X para uno de los grandes hospitales de Luanda, en contra del acuerdo firmado con ASDI. En los años siguientes, el gobierno angoleño insistió en que el apoyo cambiara a una cooperación bilateral más amplia, e incluyera el área de Psiquiatría; en cambio, la prioridad defendida por Suecia fue el área de salud materno-infantil (Pehrsson, Andersson-Brolin y Salmonsson, 2008).

En la década de 1980, ASDI amplió su apoyo incluyendo el suministro de medicamentos esenciales para la salud materna. En 1986, un nuevo acuerdo trienal (1986-1988) invirtió en programas centrados en la dispensación de medicamentos esenciales, la formación de técnicos sanitarios y la educación sanitaria (Pehrsson, Andersson-Brolin y Salmonsson, 2008). Ese mismo año, el MINSA comenzó a desarrollar programas específicos centrados directamente en la atención materno-infantil (Connor, Averbug y Miralles, 2010).

Así, en 1984, solo dos unidades de salud tenían servicios prenatales y de planificación familiar. En 1988, la cobertura de la atención primaria indicaba que se proporcionaba atención prenatal en 203 unidades y servicios de planificación familiar en 23 unidades de salud, lo que reflejaba el aumento de la asistencia obtenida gracias a este apoyo (Bjorck, 1989).

En los años siguientes se firmaron acuerdos que buscaban promover la salud de las mujeres y prevenir problemas de salud. Se creó la Coordinación de Atención Obstétrica de Luanda (CAOL), programas y acciones basados en la Conferencia de El Cairo, un programa de formación de matronas, la participación de Angola en la Declaración del Milenio y campañas contra el analfabetismo de las mujeres, así como programas centrados en la salud materno-infantil. Sin embargo, la cobertura de estas acciones no contemplaba las necesidades de la población (Angola, 2005a, Pehrsson, Andersson-Brolin y Salmonsson, 2008; Ramos, 2008). Al final de la cooperación, en 2006, un brote de fiebre hemorrágica de Marburgo en Angola retrasó la aplicación del acuerdo, ya que todos los profesionales sanitarios fueron movilizados para combatir la epidemia.

En este contexto, el MINSA y la Dirección Provincial de Salud Pública (DPSL) presentaron una solicitud a ASDI para ampliar el programa y la financiación durante seis meses más. La solicitud fue aceptada por ASDI por un periodo de tres meses (Pehrsson, Andersson-Brolin y Salmonsson, 2008).

Los acuerdos celebrados entre Angola y Suecia fueron de gran valor para la población angoleña, puesto que los programas firmados que ganaron en sostenibilidad ayudaron, de alguna manera, a la población en general. En lo que respecta específicamente a la atención materno-infantil, destacan la especialización de las

matronas y la formación de más de 90 profesionales sanitarios de nivel técnico, que contribuyeron y siguen contribuyendo a reducir la mortalidad materna.

A pesar de la evolución en el contexto general de las áreas de salud que se estaban financiando, la guerra seguía siendo el principal problema y el obstáculo para una evolución más significativa. El acuerdo de paz firmado por el gobierno angolés en 2002 trajo optimismo a ASDI porque la nueva estrategia para Angola (2003-2005) permitiría seguir apoyando los servicios de salud y los recursos para los sectores sociales, extendiendo los servicios de salud a todas las provincias del país.

Sin embargo, una vez más, algunos obstáculos comprometieron la eficacia y la sostenibilidad de las actividades apoyadas por Sida, como la ausencia de una política nacional de salud, la falta de integración entre los programas apoyados por Sida y las actividades implementadas por la Delegación Provincial de Salud (DPS) en Luanda y el MINSA (Pehrsson, Andersson-Brolin y Salmonsson, 2008). ASDI creó un grupo de trabajo para elaborar un proyecto de base para un nuevo acuerdo. El proceso de redacción comenzó con un análisis de las experiencias anteriores de cooperación, y se fijaron dos objetivos: la evaluación de los programas de salud materno-infantil, la Coordinación de Atención Pediátrica de Luanda (CAPEL) y el Curso de Especialización para Matronas (CEP), y la elaboración de recomendaciones útiles para el nuevo acuerdo (Pehrsson, Andersson-Brolin y Salmonsson, 2008).

A partir de esta evaluación, en 2003 quedó claro que sólo el programa de salud materna era lo suficientemente sostenible como para continuar. Posteriormente, en febrero de 2003, la embajada sueca decidió seguir adelante con la preparación del octavo acuerdo (2004-2006), teniendo en cuenta las previsiones del proyecto de estrategia para Angola, en la continuación del apoyo sanitario más allá de 2003 (Pehrsson, Andersson-Brolin y Salmonsson, 2008).

Así, el principal objetivo del proyecto de salud 2004-2005, en el marco del acuerdo 2004-2006, era contribuir a la mejora de la salud materno-infantil en Luanda mediante la mejora de la calidad y la ampliación de los servicios existentes, la mejora de la formación de los profesionales de la salud, la integración de programas y servicios, el refuerzo de la planificación y la gestión de los servicios de salud centrales y periféricos, y el desarrollo de mecanismos para garantizar la sostenibilidad de las actividades sanitarias. Además, siguiendo las recomendaciones de este último acuerdo, Angola

debería sugerir y presentar alternativas de financiación del programa a partir de 2006 (Pehrsson, Andersson-Brolin y Salmonsson, 2008).

En la actualidad, los datos de la Encuesta de Bienestar de la Población muestran la fluctuación de la tasa de mortalidad materna hasta el año 2009, que se situó entre 1400 y 1800 por cada 100.000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna en Angola se estima actualmente en 610 por cada 100.000 nacidos vivos, según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la OMS, UNICEF y el Banco Mundial (Angola, 2012).

En cuanto a la salud de la mujer, en 2004 se revisó el documento sobre políticas y normas para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, con el apoyo y la colaboración de diversos profesionales que trabajan en el ámbito de la salud reproductiva, instituciones educativas, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, el UNFPA, la OMS y ASDI.

Dicha revisión se produjo debido a la creciente visibilidad de la salud sexual y reproductiva en la escena internacional, el rápido desarrollo de la pandemia del SIDA en Angola y los cambios en el escenario político, así como la consecución de la paz en el país, que generaron nuevas necesidades para la población (Angola, 2004b). Esto se debe a que, con el fin de la guerra, la gente tiene más libertad para salir a la calle y buscar servicios sanitarios, lo que genera una mayor demanda.

En este sentido, la preocupación del gobierno por las necesidades sanitarias de las mujeres y los niños llevó a la elaboración de planes estratégicos. Para el periodo 2002-2007 se puso en marcha el Plan Estratégico Nacional de Salud Reproductiva. Las acciones elaboradas en este plan se centraron en la planificación familiar y la atención obstétrica, el tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)/SIDA, la asistencia reproductiva a los adolescentes y la prevención del cáncer ginecológico (Angola, 2003).

Asimismo, el Plan Estratégico Nacional de Salud Reproductiva 2002-2006 fue implementado por el MINSA y su principal objetivo era reducir la tasa de mortalidad materna a 350 muertes por cada 100 mil nacidos vivos para 2015. Para ello, se invertiría en aumentar la cobertura de la planificación familiar, dado que, entre las mujeres angoleñas, solo el 2,8% tiene acceso a los escasos recursos anticonceptivos (Angola, 2005b).

El gobierno angoleño también ha desarrollado un paquete esencial de atención y servicios de salud materno-infantil a través de una red fija de servicios de salud pública que integra a organizaciones no gubernamentales e iglesias (Angola, 2010).

En relación con la oferta de servicios de salud especializados en VIH/SIDA, el país cuenta con unidades (puestos y centros de salud) que ofrecen servicios de atención a las mujeres embarazadas seropositivas y están distribuidos en unidades fijas y móviles en los municipios (Angola, 2007).

En el caso de la asistencia a las hepatitis A, B y C, no se localizaron datos sobre las acciones emprendidas por el gobierno angoleño para combatirlas. Los planes estratégicos del gobierno para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio fueron desafiados con el desarrollo de acciones para lograr las mejoras requeridas. Así, algunas acciones elaboradas implican: la asistencia obstétrica, acompañando a las mujeres antes, durante y después del parto; el tratamiento de las ETS/SIDA, la salud reproductiva de los adolescentes y la introducción de preservativos femeninos en todo el territorio nacional (Angola, 2005b). El informe de progreso de 2003 (Angola, 2003) hace referencia a la aprobación por parte del gobierno del programa de acción del marco estratégico para la promoción del género para 2005.

En este sentido, algunos mecanismos fueron creados por el gobierno para garantizar los derechos de las mujeres, tanto en el sector de la salud como en el político, social y económico (Angola, 2003): Ley Constitucional de 1992, revisada el 2 de febrero de 2010, Código Penal y Comercial, Ley General del Trabajo de 1981 y Código de la Familia. Según la Constitución de 2010, artículo 23, en el principio de igualdad, todos son iguales y nadie será privilegiado, perjudicado o eximido de ningún derecho o deber por razón de su ascendencia, independientemente del sexo, color, raza, discapacidad, lengua, lugar o región de nacimiento, convicciones políticas, ideológicas o filosóficas, nivel de educación, condiciones económicas, sociales o profesionales (Angola, 2010a).

Según la Ley General del Trabajo, las mujeres tienen garantizado un permiso de maternidad de tres meses y un mes adicional no remunerado, si así lo deciden, además de otras posibilidades en situaciones anómalas como el aborto o la mortinatalidad (Angola, 1981). En cuanto a la igualdad de remuneración, la legislación determina que las mujeres deben recibir una remuneración igual a la de los hombres por la realización de un trabajo igual o de igual valor (artículo 164 de la Ley General del Trabajo), y

prohíbe cualquier tipo de discriminación de género en el lugar de trabajo (Angola, 1981). El gobierno angoleño ha participado en tratados internacionales de protección de los derechos humanos, entre ellos:

- a) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, el 17 de septiembre de 1986;
- b) Protocolo adicional a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, el 25 de junio de 2007
- c) Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de la mujer, el 1 de marzo de 2007
- d) Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer, el 17 de septiembre de 1986 (Angola, 2009). A pesar de los esfuerzos de los últimos años, el sector de la salud sigue estando infra financiado, lo que ha dificultado los avances. El gasto sanitario total se estima en un 5% del Producto Interior Bruto (PIB), lo que es relativamente bajo, incluso si se compara con la media de los países del África subsahariana, que es del 9,5% (OMS, 2010). Se puede observar que existe una gran complejidad en cuanto a la situación de la salud sexual y reproductiva de la población angoleña, que implica varios aspectos de equidad social.

Teniendo en cuenta los Planes Estratégicos lanzados y el compromiso de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, el gobierno angoleño elaboró la Hoja de Ruta Nacional con los principales objetivos de garantizar el acceso a la atención integral de las mujeres en todos los niveles del sistema sanitario y promover la participación de todos para mejorar la salud de las mujeres y los recién nacidos (Angola, 2007).

En la actualidad, se puede observar que los componentes de salud sexual y reproductiva considerados por la OMS y reconocidos por el programa de acción de la Conferencia Nacional sobre Población y Desarrollo, como requisitos fundamentales sostenibles, fueron utilizados por el gobierno en la preparación de las acciones contempladas en las políticas y normas de prestación de servicios (Angola, 2007).

Las acciones tuvieron un efecto positivo, ya que se produjo una ligera mejora en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y, en consecuencia, una reducción de la tasa de mortalidad materna y neonatal (OPS, 2020).

Teniendo en cuenta los problemas de gestión y organización de los servicios de salud y también el déficit en el suministro de medicamentos, equipos y material, la estrategia del gobierno fue desarrollar los recursos humanos mediante la formación, la información, la comunicación, la supervisión, la gestión y el seguimiento de las actividades de los profesionales (Angola, 2007).

Según Rocha et *al.* (2018), el problema de la salud materna ha sido reconocido internacionalmente, comprobado por las diversas conferencias organizadas con la participación de los gobiernos de varios países, que apoyaron y ratificaron de acuerdo con la realidad de cada país. En línea con lo dicho precedentemente, es necesario resaltar que, para el continente africano, y en concreto para Angola, el principal reto de salud pública hasta la fecha sigue siendo la mortalidad materna y neonatal.

Ante esta situación, entre las prioridades de las decisiones políticas se encuentran los siguientes objetivos, según el Plan Nacional de Salud (Angola, 2018):

- a) Salud reproductiva: reducción de la mortalidad materna; reducción de la mortalidad neonatal; reducción de la mortalidad en menores de 1 año;
- b) Programas de vacunación: Aumentar la cobertura de todos los antígenos del calendario nacional de vacunación; el control de las principales enfermedades endémicas y desatendidas; reducir la incidencia del VIH y el SIDA, la tuberculosis, la malaria y la tripanosomiasis.

Cuando se refiere al Sistema de Salud de Angola, rige el principio de integridad, que considera las personas en su totalidad, y debe todas sus necesidades, para ello, es importante la integración de las acciones, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la habilitación. Es un principio que considera todas las necesidades y la integración de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación. También tiene como objetivo la articulación de la salud con otras políticas públicas para garantizar la acción intersectorial entre los diferentes ámbitos que repercuten en la salud y la calidad de vida de las personas (Queza, 2011).

Por lo tanto, en relación con la tendencia a la gratuidad, este principio persigue la inclusión de todos y cada uno de los ciudadanos que acceden a los servicios sanitarios en los servicios públicos, independientemente de su condición económica (Queza, 2011).

2.4 Índices de Mortalidad Infantil

Uno de los principales indicadores de salud es la tasa de mortalidad infantil, que es una métrica de las condiciones de vida y desarrollo de la población. La tasa de mortalidad neonatal, también llamada tasa de mortalidad neonatal (UNICEF, 2015), se define como el número total de muertes de niños menores de 27 días en un año determinado dividido por el número total de nacidos vivos en el mismo año, y refleja las condiciones socioeconómicas y de salud de la madre, la calidad de la atención prenatal, del parto y del recién nacido (Soares y Menezes, 2010).

Los países que han prestado especial atención a la mejora de los servicios sanitarios relacionados con todo el ciclo gravídico-puerperal se han visto recompensados con la reducción de la mortalidad infantil, especialmente la mortalidad neonatal temprana (hasta el séptimo día después del nacimiento). En 2015, la tasa mundial de mortalidad neonatal estimada fue de 19 muertes por cada 1000 nacidos vivos. En los países desarrollados, las tasas de mortalidad varían en torno a 3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que, en los países en desarrollo, la tasa oscila entre 6 (Asia oriental) y 29 (África subsahariana) muertes por cada 1.000 nacidos vivos (UNICEF, 2015).

La mortalidad materna, infantil y neonatal es el punto de referencia para la atención materno-fetal y la salud de toda la sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas han liderado los esfuerzos mundiales para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil. En todo el mundo, la mortalidad materna, infantil y neonatal se ha reducido considerablemente, pero a uno se han logrado la ambiciosa reducción de los ODM. La mortalidad materna se ha reducido en un 45% respecto a la tasa de referencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 1990 (Carlo; Travers, 2016).

Se impartió el programa de formación "Ayudar a los bebés a respirar y cuidados básicos para cada bebé", pero no se ha ampliado lo necesario. El nuevo plan de "atención básica a los bebés" también puede reducir las muertes relacionadas con los partos prematuros, que actualmente son la primera causa de mortalidad infantil. Estos

planes pueden aplicarse para que sean una de las intervenciones más rentables para reducir la mortalidad neonatal (Manasyan et al, 2011).

De lo dicho se desprende la pregunta; ¿qué se puede hacer para reducir la mortalidad neonatal y materna?

Al respecto, es necesario destacar que los dos primeros días después del nacimiento representan más del 50% de las muertes neonatales, mientras que la primera semana de vida representa más del 75% de todas las muertes neonatales. Las muertes neonatales suelen ser consecuencia de la asfixia al nacer, la prematuridad, la sepsis y las malformaciones congénitas. Esto sugiere que las intervenciones deberían centrarse en el periodo del parto y poco después del nacimiento, dependiendo del momento en que se produzcan las causas de la muerte, y que algunos esfuerzos para reducir las muertes neonatales deberían extenderse más allá de la primera semana después del nacimiento (Organización Mundial de La Salud, 2020).

Al respecto, la OMS (2020) recomienda encarecidamente los cuidados necesarios en el periodo posnatal, ya que es necesario prestar asistencia en los centros, al menos 24 horas después del parto, así como a los recién nacidos en casa. Por lo tanto, es importante señalar que la formación en reanimación y cuidados esenciales del recién nacido reduce significativamente la mortalidad perinatal y neonatal. Asimismo, es posible suponer que la aplicación de este tipo de programas podría reducir hasta un millón de muertes prematuras al año en todo el mundo (Carlo; Travers, 2016).

En la última década, según UNICEF, se ha logrado avances sustanciales en la salud y la supervivencia de los recién nacidos y en la prevención de la mortinatalidad, especialmente en los países con las tasas de mortalidad más elevadas. 93 países están aplicando las recomendaciones del plan de acción para todos los recién nacidos y supervisando sus progresos, demostrando con éxito que es posible acelerar el ritmo. Si no actuamos ahora, este progreso que tanto nos ha costado conseguir desaparecerá.

Los periodos de crisis sanitarias, como la pandemia de COVID-19, han puesto de manifiesto los puntos débiles del sistema sanitario, lo que demuestra que la mejor respuesta es reforzarlos globalmente (UNICEF, 2020).

Para alcanzar los objetivos mundiales de salud infantil, será esencial proporcionar una atención prenatal de calidad, un parto esencial atención posnatal y atención hospitalaria para recién nacidos pequeños o enfermos, con equidad en todos los países. Se proponen cuatro objetivos de cobertura para 2020-2025, en tres niveles a nivel

mundial, nacional y sub nacional. Los objetivos sub nacionales son clave para evaluar las desigualdades en el acceso y el uso de los de los servicios esenciales (UNICEF, 2020).

Aunado con lo dicho anteriormente, los cuatro indicadores son: cuatro o más visitas de atención prenatal, partos atendidos por personal sanitario cualificado, atención posnatal dentro de los dos primeros días y atención a los recién nacidos pequeños o enfermos. En la actualidad, los datos sobre los objetivos de cobertura de la atención prenatal, los partos atendidos por personal sanitario cualificado y la atención posnatal proceden de encuestas de hogares basadas en la población.

Sin embargo, el Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos está apoyando a los países para que fortalezcan sus sistemas rutinarios de información sanitaria, de modo que puedan recopilar rápidamente esta información a nivel subnacional. La información sobre la consecución de los objetivos para los recién nacidos pequeños o enfermos se recoge actualmente a través de la herramienta de seguimiento del Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos, pero en el futuro podrá recogerse mediante sistemas de medición rutinarios (UNICEF, 2020).

Los mortinatos y las muertes de recién nacidos representan la mayor parte de las muertes de mujeres, niños y adolescentes, pero simultáneamente la menor inversión en todo el ciclo de atención.

Se estima que 6,2 millones de niños menores de 15 años murieron en 2018 y más de 290 000 mujeres murieron por complicaciones del embarazo y el parto en 2017. De todas las muertes infantiles, 2,5 millones se produjeron en el primer mes de vida. Y hubo más de 2 millones de mortinatos (UNICEF, 2020).

Por lo tanto, incluso en el aspecto general que engloba a todos los grupos de edad sobre la cuestión de la maternidad relacionada con la mortalidad infantil, es necesario examinar más de cerca a los adolescentes y cuáles son las principales causas que conducen a la mortalidad infantil.

2.5 La adolescencia y sus periodos

La adolescencia se define como un constructo social, cuyo concepto solo se ha dado a partir del siglo XX. Antes se consideraba a los niños como adultos en miniatura,

en cuanto alcanzaban la madurez física o empezaban a desarrollar alguna actividad profesional. Actualmente, la adolescencia es considerada una fase del ciclo vital, donde el individuo experimenta intensos cambios corporales, cognitivos y psicosociales, pudiendo adquirir diversas formas en diferentes culturas (Papalia; Feldman, 2013).

Werebe (1998) afirma que la adolescencia, tal y como se entiende hoy en día, se caracteriza por ser una edad intermedia en la que, sin acceso a las responsabilidades de los adultos, los jóvenes amplían su preparación para asumirlas. Esto ocurre sobre todo en el caso de los jóvenes de familias más favorecidas, cuando tienen la posibilidad de realizar estudios largos o, por otro lado, debido al desempleo que afecta a un número creciente de jóvenes, en todas las clases sociales, prolongando la fase de "no participación" en la vida activa, profesional y familiar.

Maiorin & Neves (1997) recuerdan que el concepto de adolescencia proviene del latín "adolescencia", y que esta fase de la vida humana representa la fase que sigue a la infancia, marcada por intensos procesos de conflicto y persistentes esfuerzos de autoafirmación. Corresponde al período de absorción de los valores sociales y de construcción de proyectos que implican la plena integración social.

Tiba (1986) afirma que la palabra "adolescere" viene del latín y significa crecer, hincharse, hacerse más grande, llegar a la edad adulta. Según Tiba, los humanos son los únicos seres vivos que viven la adolescencia como una etapa importante del desarrollo, y en esta fase el cuerpo crece, aparecen nuevas sensaciones sexuales, la mente se desarrolla, el entorno cambia, las cualidades de las sensaciones afectivas y sexuales se transforman.

La concepción actual de la adolescencia en psicología está fuertemente ligada a estereotipos y estigmas, como una etapa marcada por el tormento y la agitación ligada a la aparición de la sexualidad. En vista de ello, hay algunos enfoques que la caracterizan como una etapa de confusión, estrés y duelo también provocada por los impulsos sexuales que surgen en esta fase del desarrollo (Sousa et al., 2006).

Para Erikson (1976) la adolescencia es como una fase especial en el proceso de desarrollo introduciendo el concepto de moratoria, identificando esta fase con la confusión de roles y las dificultades para establecer la propia identidad, y como un período que se convirtió "casi en una forma de vida entre la infancia y la edad adulta" (Erikson, 1976, p. 128).

Sin embargo, Debesse (1946) dilucidó que la adolescencia no es una simple transición entre la infancia y la edad adulta, sino que tiene una mentalidad propia con un comportamiento característico de la fase. Luego, el adolescente aún no posee la madurez suficiente para el desarrollo de una familia.

Aunque destacan que "toda la adolescencia conlleva, el sello del entorno cultural e histórico" (Aberastury, 1981, p. 28), acaban incurriendo en el artificio de condicionar la realidad biopsicosocial a las circunstancias afirmando una "crisis esencial de la adolescencia" (p.10).

Además, Knobel (2002) parte de los supuestos de que "el adolescente pasa por desequilibrios e inestabilidades extremas" (p. 9) y de que el "adolescente presenta una especial vulnerabilidad para asimilar los impactos proyectivos de padres, hermanos, amigos y de toda la sociedad" (p. 11). Por lo tanto, se cuestionan los desequilibrios e inestabilidades extremas y esta especial vulnerabilidad, ya que implican una crisis preexistente en la adolescencia.

Santos (1996), en un estudio que mapea históricamente las concepciones de la infancia y la adolescencia, en las que tenemos la invención de la adolescencia como período típico de desarrollo, marcado por las turbulencias, en el que en la que el joven no es ni niño ni adulto, en la medida en que la infancia y la adolescencia se consideran un estado, no una condición social.

Las discusiones en torno a la definición del adolescente son las más variadas posibles, formando parte de los estudios de muchos investigadores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende que los adolescentes son individuos que se encuentran en la segunda década de la vida.

Según Dubuc y Ferrari (2006, p. 251), la adolescencia es un proceso fundamentalmente biológico de experiencias orgánicas. En esta fase se acelera el desarrollo cognitivo y la estructuración de la personalidad, abarcando la etapa de la pre adolescencia (rango de edad de 10 a 14 años), denominada pubertad, en la que se produce el estirón, el rápido aumento de la secreción de diversas hormonas y la aparición de caracteres sexuales secundarios (maduración sexual) y la adolescencia (15 a 19 años), que se caracteriza por la desaceleración de estos procesos.

Menezes y Domingues (2004) consideran que la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y los 20 años. En esta fase, las niñas alcanzan la menarquia y la mayoría de ellas inician su vida sexual de forma precoz y sin muchos conocimientos,

lo que implica un alto riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y de embarazos no planificados por falta de información.

La adolescencia es una fase de la vida caracterizada por cambios biológicos, cognitivos, emocionales y sociales. Es el periodo de crecimiento y desarrollo entre la infancia y la edad adulta. Por lo general, este período va acompañado de presiones y de la necesidad de sentir un sentido de pertenencia y de ser aceptado en los grupos. Este hecho hace que los adolescentes sean vulnerables a las influencias de su entorno (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias, & Silvares, 2010). En este sentido, se enfrentan a un desorden en los aspectos emocionales y en su personalidad, que está organizando una nueva identidad.

En términos de desarrollo humano, la adolescencia suele asociarse a los cambios físicos derivados de la pubertad, que responden a los cambios hormonales que sufren los jóvenes durante su crecimiento y que producen la metamorfosis del cuerpo infantil en adulto, lo que le permite reproducirse. Estos cambios producen ansiedad y preocupación, ya que el cuerpo adolescente presenta más sexualidad, hacia la preparación reproductiva (Coll; Palacios; Marchesi, 1996, apud, Silva; Ferreira, 2015).

Según Alves (2020), la adolescencia pasa por las siguientes etapas: búsqueda del yo y de la identidad; tendencias grupales; necesidad de intelectualizar y fantasear; crisis religiosas, que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más ferviente; dislocación temporal, en la que el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario; evolución sexual manifiesta, desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; una actitud social reivindicativa con tendencias anti o asociativas de intensidad variable; contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominadas por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida; una separación progresiva de los padres; y fluctuaciones constantes del humor y del estado de ánimo.

Desde una perspectiva socio histórica, Bock (2007) defiende y tiene una visión de la adolescencia como una construcción social, que implica tanto la subjetividad como el desarrollo humano. Y afirma que es "un momento significado, interpretado y construido por los hombres" considerando las marcas corporales del desarrollo que también se ven desde una perspectiva social (p.68).

Una serie de características marcan este período de construcción socio histórica vivido por los jóvenes: "crisis de identidad y búsqueda de sí mismo; tendencia al grupo;

necesidad de intelectualizar y fantasear; actitud rebelde; omnipotencia y otros" (Bock, 2007, p.69).

La adolescencia, además de comprender factores biológicos, muchas de sus características dependen de factores socioculturales, representando una etapa de desarrollo de la personalidad. Los límites de esta fase no responden a la edad cronológica como principal criterio de delimitación. Así, el inicio de la adolescencia se concibe ampliamente, entre los 11-12 años, mientras que su culminación, que marca el inicio de la juventud, para algunos es de 14-15 años y para otros de 17-18 años (Alves, 2020).

Además, la adolescencia de por sí ya es una etapa muy complicada y problemática de atravesar y afrontar, más aún cuando las hormonas comienzan a desarrollarse, nadie puede retenerlas. Por lo tanto, todo cuidado, precaución y asesoramiento son bienvenidos para evitar un embarazo adolescente no deseado. El embarazo en la adolescencia se considera un riesgo hasta los 17 años, porque el cuerpo de la niña todavía está en fase de maduración y desarrollo hasta este periodo y cuando se producen pueden traer muchas consecuencias a la vida de las adolescentes en cuestión, además del factor salud.

En la misma secuencia, también se considera la adolescencia como una fase de la vida en sí misma, como la infancia o en la edad cuya movilidad proporciona la transición a la edad adulta, y no como un período de transición de un estado a otro.

En tal sentido, es adecuado hacer referencia a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al respecto, ya que sostiene como etapa transcurrida desde la pubertad hasta los 19 años; dividida en las siguientes etapas:

- a) La adolescencia temprana de 10 a 13 años.
- b) Adolescencia media, de 14 a 16 años.
- c) El final de la adolescencia, de 17 a 19 años.

Tal como ha sido mencionado anteriormente la adolescencia es una "edad psicológica", ya que el desarrollo comienza a ser considerado como un proceso que no se da de forma automática, ni está determinado fatalmente por la maduración del organismo, sino que tiene principalmente una determinación histórico-social. La adolescencia, como edad psicológica se caracteriza por importantes cambios biológicos,

una posición social intermedia entre el niño y el adulto, en su estatus social, ya que el adolescente sigue dependiendo económicamente de sus padres, pero tiene un potencial físico y psíquico muy similar al de los adultos; en esta época de formación intensiva de contenidos y funciones psicológicas, entre las que destaca, la identidad personal. Beretta et.al (2011) afirma lo siguiente:

Debe considerarse no solo como una simple adaptación a las transformaciones corporales, sino como un importante período del ciclo existencial de la persona, desde el que se le exige una importante posición social, familiar, sexual y ante los miembros del grupo al que pertenece. (Beretta, et. al, 2011, p.534).

En la opinión de Papalia y Feldman (2013), cuando dicen que, en esta etapa, los adolescentes se alejan de sus padres, pero los mantienen como referencia, y se acercan a sus amigos buscando nuevos modelos de comportamiento.

En esta etapa de la vida, en la que se producen situaciones de crisis y cambio, junto con el inicio de la vida sexual, es necesario concienciar y orientar sobre los métodos preventivos, la transmisión de las ITS y la posibilidad de un embarazo precoz.

El embarazo adolescente adquiere una proporción inmensa, haciendo que los adolescentes sufran sus numerosos efectos (Beretta, et al. 2011). Un embarazo en esta etapa trae consigo implicaciones familiares, emocionales, económicas y biológicas, dificultando las posibilidades de desarrollo y la inserción de estas personas en la sociedad (Nunes et.al,2012).

Desde la perspectiva de Nunes (2012), nos damos cuenta de la importancia de tomar medidas, teniendo en cuenta la etapa de desarrollo. En este aspecto, un acontecimiento como el embarazo puede impedirles vivir esta etapa como debe ser, con sus transformaciones, preocupaciones y experiencias necesarias.

2.6 Atención sanitaria a los adolescentes en Angola

Los adolescentes y los jóvenes tienen necesidades especiales, que requieren de la familia, la escuela, la iglesia, las organizaciones sociales y sobre todo la salud. Ya que es en esta fase de transición de la infancia a la edad adulta cuando se suele pensar en la sexualidad.

Los jóvenes constituyen la mayoría de la población angoleña y son la población de más rápido crecimiento en África. La combinación de los grupos de edad de 0 a 14 años y de 15 a 24 años representa una población extremadamente joven, que corresponde aproximadamente al 65% de la población residente (UNFPA, 2021).

La brecha entre jóvenes y mayores es enorme, ya que solo el 2% de la población tiene 65 años o más. La población joven se reconoce como una oportunidad para renovar el capital social y económico de África. Angola, al igual que otros países del África subsahariana, cuenta con una gran reserva de jóvenes talentos y seguirá disfrutando de este plus en los próximos 15-20 años si se invierte para que los jóvenes alcancen todo su potencial. Como en otras etapas de la vida, los adolescentes deben cuidar su salud. Partiendo de este supuesto, el gobierno angoleño tiene una serie de políticas de salud pública dirigidas a los adolescentes (UNFPA, 2021).

Angola sigue teniendo una preocupante tasa de mortalidad materna e infantil. La escasa cobertura sanitaria, así como la escasez de atención médica especializada en salud materno-infantil, son los principales factores que contribuyen a estas elevadas tasas en un país en el que solo el 47% de los partos son atendidos por personal sanitario cualificado (OMS, 2016).

Según la OMS (2013) apud Angola (2017), las competencias en el ámbito de la salud de los adolescentes pueden clasificarse en tres ámbitos dominios:

- a) 1º ámbito - Proveedores de servicios de salud de la atención sanitaria a los adolescentes, requieren habilidades específicas en las relaciones interpersonales interpersonal, interdisciplinaria atención interdisciplinaria adecuada a la etapa de desarrollo y en el contexto del individuo. Los proveedores también necesitan competencias evaluación integrada de riesgos, evaluación de la toma de decisiones de los adolescentes la capacidad de los adolescentes para tomar decisiones autónomas.
- b) 2º ámbito - leyes, políticas, normas de calidad. Prestación de servicios conforme a las normas de calidad profesional y con principios de derechos humanos, equidad, no discriminación, participación e inclusión, y responsabilidad. Importante para garantizar una atención de calidad se proporciona legalmente.

- c) 3° ámbito - atención a los adolescentes con condiciones específicas. Prestación de servicios en función de la situación epidemiológica del país y las necesidades sanitarias prioritarias en el país.

En este contexto, el Ministerio de Salud de Angola promueve una serie de habilidades que son primordiales para que el profesional de la salud se involucre con estos adolescentes y comprenda la individualidad de esta fase de la vida. Por lo tanto, se trata de competencias para el desarrollo de la salud de los adolescentes y de la atención primaria, como se muestra en la figura 4.

Figura 4 - Competencias sanitarias de los adolescentes y desarrollo de la atención primaria de salud.

Competencia 1	•Entender al adolescente como una persona normal: desarrollo, impacto en la salud y promoción de la salud.
Competencia 2	•Interactuar con un adolescente usuario del servicio aplicando políticas, normas y protocolos.
Competencia 3	•Evaluar el crecimiento normal y el desarrollo físico y emocional; gestionar los trastornos del crecimiento y la pubertad.
Competencia 4	•Prestar atención a la salud sexual y reproductiva, incluida la prevención del embarazo y los abortos inducidos.
Competencia 5	•Promover la prevención y el tratamiento, la detección y la gestión de las ITS/VIH/SIDA.
Competencia 6	•Evaluar y gestionar la salud mental.
Competencia 7	•Evaluar y gestionar el estado nutricional y los trastornos relacionados con la nutrición.
Competencia 8	•Promover la inmunización: tétanos; fiebre amarilla; HBS.
Competencia 9	•Promover el ejercicio físico.
Competencia 10	•Introducir las nociones de género en todos los enfoques.
Competencia 11	•Gestión de situaciones de salud crónicas, incluida la discapacidad.
Competencia 12	•Evaluación y gestión del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
Competencia 13	•Detectar la violencia y prestar apoyo de primera línea.
Competencia 14	•Prevenir y gestionar las lesiones no intencionadas y todas las enfermedades comunes.

Fuente: Gobierno de Angola, 2010.

En este contexto, los adolescentes son atendidos en todos los ámbitos, ya sea en la promoción de la salud, la atención primaria o las leyes y políticas públicas.

2.7 Embarazo en la adolescencia

Según Alonso Uría et al (2005), la adolescencia y embarazo son términos que se asocian a la alegría, la esperanza y el futuro; pero si ambos coinciden, son motivo de preocupación, ya que normalmente la alegría se opaca y se convierte en un problema. Los cambios corporales que anuncian la llegada de la pubertad como la estación no utilizada del cuerpo, y que marca el inicio de la adolescencia, causando cierta confusión en los pubertos y adultos cercanos. Comienza una nueva etapa de aprendizaje y cambios en la vida de los adolescentes.

De acuerdo con la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes 2018-2025, el embarazo en la adolescencia es un fenómeno que tiene muchas consecuencias para las madres adolescentes y sus bebés, y en consecuencia para las personas que las rodean. Una adolescente embarazada es excluida de su entorno por la discriminación de otras adolescentes no embarazadas, por lo que no puede vivir su vida como tal, y pierde la esperanza y las ganas de seguir adelante. El número de casos de embarazo adolescente aumenta cada día que pasa y supone un gran problema para la sociedad, unido a la falta de información sobre temas relacionados con el sexo.

En relación con dichas afirmaciones, no siempre se asimilan las dificultades y el embarazo precoz y no deseado se convierte en un problema para los adolescentes de todos los niveles sociales, aunque afecta sobre todo a los estratos de bajos ingresos. El embarazo en la adolescencia constituye un problema social mundial. "El enfoque tradicional relaciona el embarazo como algo no deseado y proviene de la desinformación sexual de las jóvenes" (Sarsano, 2007, p. 44).

Cuando la adolescente tiene una nueva experiencia, pronto, se siente alegre al darse cuenta de su desarrollo y siente un inmenso placer al darse cuenta de su supuesta libertad. La adolescente comienza a comprender que tiene la capacidad de amar y ser amada y se entrega al amor de cabeza, cuerpo y alma, siendo así, viven la fase del amor para cuando tenga la posibilidad de experimentar y vivir situaciones que le fueron prohibidas en la infancia (Zúñiga, Ugalde, 2015).

La adolescencia es un periodo de transición entre la dependencia de la familia y la independencia de la familia de origen. En este caso, los hitos de la vida se producirán

de forma secuencial, es decir, terminar los estudios, entrar en el mercado laboral, abandonar el hogar de los padres, casarse y dar a luz al primer hijo.

Este concepto lineal de transición se desarrolló a partir de la realidad de los países capitalistas centrales después de la Segunda Guerra Mundial, un período marcado por el alto crecimiento económico (Vieira, 2017). En tal sentido ante tantos cambios y exigencias sociales, refiere Ávila (2011) que es habitual que los jóvenes prolonguen cada vez más su papel de adolescentes en su entorno y hace mención que se trata del llamado "síndrome de la adolescencia interminable" (p. 45).

Silva y Abraão (2019) menciona que:

“...momento en el que, aunque el individuo ya ha adquirido el cuerpo de un adulto y su capacidad reproductiva, aún permanece en su condición de adolescente durante un periodo más allá de lo esperado, muchas veces por inseguridad y comodidad, pero no siempre tal circunstancia se materializa por su propia elección (p. 64).

Dichos autores, consideran que se trata de un período en el que el ser humano pasa por varios cambios hormonales y, generalmente, cuando inicia su vida sexual activa con una pareja, otra pregunta pertinente al respecto es cómo este joven puede disponer del placer sexual, sin que tal acto tenga consecuencias indeseadas para su vida Levisky, 1998, apud, Silva y Abrão, 2019 manifiestan que:

“Los impulsos para una vida sexual activa están presentes, independientemente de la cultura. Las posibilidades de experimentación, que favorecen la identidad sexual, están restringidas por la expectativa de la cultura y surgen del conflicto edípico, resultado de la interdicción del incesto. Los fundamentos de la cultura se encuentran en la resolución del complejo de Edipo, a través de los procesos de identificación, sublimación y organización del superego, con sus funciones organizadoras y represoras (Levisky, 1998, p. 31).

Ante este impulso y las transformaciones físicas y psicológicas el adolescente se convierte en una figura social pasiva para seguir el paso de un adulto, aunque muchas veces sin la conciencia necesaria, o se coloca en una situación que comprometerá su vida como un embarazo precoz.

Por todo lo dicho anteriormente, los profesionales del área sanitaria, educativa y social señalan que el embarazo adolescente es un problema que aumenta cada vez más, ya que el embarazo precoz puede desencadenar un círculo vicioso de pobreza y baja educación.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la edad comprendida entre los 10 y los 19 años (Correia et al., 2011; Vicente, Marques, 2015). Las tasas de embarazo en los jóvenes aumentan constantemente, teniendo en cuenta las investigaciones realizadas en diversos países, incluidos los subdesarrollados. Por lo tanto, la niña y/o adolescente que se encuentra en esta fase de la vida, marcada por los cambios físicos y mentales, no está suficientemente preparada para el embarazo. Si ella no está dispuesta a afrontar esta situación, mucho menos lo estará el futuro padre, ya que también es responsable de la concepción y el nacimiento del niño (Correia et al., 2011; Vicente, Marques, 2015).

El embarazo en la adolescencia puede producirse de varias maneras, según Pedro Filho et al. (2011):

- a) Anticipación de la menarquia;
- b) Actividad sexual precoz e intrascendente;
- c) Caracterización y cambio de los valores sociales;
- d) Problemas psico-emocionales;
- e) Pobreza;
- f) Baja escolaridad;
- g) Proyecto de ausencia de vida;
- h) Migración;
- i) Características propias de la adolescencia;
- j) Dificultades en las prácticas anticonceptivas;
- k) Educación sexual ausente o insatisfactoria;
- l) La violencia sexual;
- m) Dificultad en el diálogo familiar, entre otros.

El bajo nivel cultural y los bajos ingresos llevan a la población a mantener relaciones sexuales sin protección. La dificultad para establecer un diálogo en la familia en el que se puedan abordar estas cuestiones también es una causa. Una vez para evitar este posible trastorno, es necesario que exista una confianza mutua en el entorno familiar y una información más detallada sobre los métodos anticonceptivos. Las etapas de cualquier embarazo, planificado o no, requieren cuidados muy importantes para la salud de la madre y del bebé. Los riesgos son mayores en las embarazadas adolescentes,

por lo que necesitan asistencia médica lo antes posible, a partir del inicio del control prenatal (Romero, 2018).

En cuanto a las repercusiones negativas para los adolescentes, en lo que se refiere a los efectos del embarazo precoz, se señalan como consecuencias los problemas de crecimiento y desarrollo emocional, conductual y educativo, además de las complicaciones del parto. Sin embargo, las consecuencias también afectan a los recién nacidos, que son factores de riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, bajo Apgar y otras complicaciones (Silva *et al.*, 2011).

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013) mencionan:

Las presiones de todos los niveles conspiran contra las niñas y resultan en embarazos, deseados o no. Las leyes nacionales podrán prevenir a una niña el acceso a métodos anticonceptivos. Las normas y actitudes de la comunidad pueden denegar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva o permitir la violencia en su contra si logra acceder a dichos servicios. Los familiares podrán forzarla a contraer matrimonio en el cual ella tendrá poco o nada de poder para decir "no" a tener niños. Es posible que las escuelas no ofrezcan educación sexual, así que ella debe depender de información (a menudo incorrecta) de sus pares sobre la sexualidad, el embarazo y los anticonceptivos. Su pareja puede negarse a usar preservativos o podrá prohibirle usar cualquier método anticonceptivo (UNFPA, 2013, p. 08).

Los embarazos precoces afectan negativamente a las oportunidades educativas y económicas. Además, las mujeres con un nivel educativo más bajo tienen un mayor riesgo de sufrir resultados adversos durante el embarazo, así como una menor experiencia en actividades de prevención sanitaria y planificación familiar, y sus hijos están más expuestos al riesgo de mortalidad. Varios factores sociales y biológicos influyen en las posibilidades de embarazo en la adolescencia, como la exposición a condiciones adversas durante la infancia y la adolescencia, los antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia, la inestabilidad familiar y el bajo nivel educativo. También se considera que las madres adolescentes son menos propensas a asistir a las citas prenatales, lo que aumenta el riesgo de nacimientos prematuros (Araujo; Nery, 2018, p.02).

Teniendo en cuenta los fenómenos emocionales de la adolescencia, el embarazo puede exacerbar las crisis y los conflictos familiares, especialmente en las primeras etapas del embarazo y en situaciones no planificadas. Las crisis y los conflictos surgen

de los rápidos cambios biológicos y psicológicos del proceso, como el aumento significativo de peso, la aparición de nuevas formas (apariencia física y estética), la transformación de las funciones orgánicas, la manifestación de nuevos sentimientos y el establecimiento de nuevas relaciones intersubjetivas. La relación y su inserción en el mundo interno y externo de la familia. Así, esta situación se agrava cuando el embarazo es no deseado o sin apoyo social y familiar, lo que puede llevar a la práctica del aborto ilegal, en muchos casos realizado en condiciones inadecuadas, que es una de las principales causas de muerte por problemas de embarazo (Taborda, et al, 2014).

Según Pintinho (2019), en Angola las relaciones sexuales se inician en promedio entre los 11 y los 12 años, hecho por el cual muchas adolescentes quedan embarazadas antes de llegar a la edad adulta. Una sexualidad muy elevada, con el 75% de los adolescentes sexualmente activos, alta frecuencia de embarazos en la adolescencia de 14 a 17 años: en este grupo de edad, el 37% de las chicas ya se habían quedado embarazadas y el 17% de los chicos eran conscientes de haber dejado embarazada a una chica; alta incidencia de abortos de riesgo, el 50% de las adolescentes embarazadas abortaron y el 79% de estos abortos fueron provocados o inducidos.

El contexto actual en Angola, en particular en Luanda, la mayoría de las adolescentes tienen relaciones sexuales precoces, resultando en embarazos no deseados y terminan en casarse bajo la presión de sus padres, violando los hábitos y costumbres de muchas familias conservadoras. En el pasado reciente, la mujer conservaba y mantenía su virginidad para el matrimonio, acto que confería dignidad y respeto a la familia de la mujer.

En otras palabras, el embarazo en la adolescencia es un tema controvertido en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y una preocupación para los organismos nacionales e internacionales dedicados al cuidado de la salud y el desarrollo de los jóvenes. Debido a su multidimensionalidad, la cuestión plantea retos para los profesionales de la salud, los educadores, el gobierno y la sociedad en general.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hay países que por su tamaño y población ejercen una posición relevante en cuanto a la realización de nacimientos de adolescentes. De estos países, Brasil, junto con Bangladesh, Congo, Etiopía, India, Nigeria y Estados Unidos, realizan la mitad de los partos de adolescentes que se producen en el mundo. Cada año quince millones de mujeres adolescentes han

traído hijos al mundo, lo que representa una quinta parte de los nacimientos mundiales. La mayoría de ellos se producen en países subdesarrollados (OMS, 2018).

La mortalidad infantil sigue siendo alta en Angola, 19 años después del final de la guerra civil, en esta perspectiva, un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que subraya las grandes disparidades en los resultados de la Salud entre la población. Se trata del informe de análisis sobre la situación de los niños y las mujeres angoleños, que se basa en una revisión y síntesis exhaustiva de los datos de las encuestas familiares nacionales, los sistemas de información rutinarios específicos de los sectores, los programas gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales, presentados en Luanda. El documento destaca los progresos realizados por Angola desde el final de la guerra en la "mejora de las posibilidades de supervivencia infantil", pero también señala que "un elevado número de niños sigue muriendo antes de cumplir los cinco años". Las encuestas nacionales fiables más recientes con datos relativos a la mortalidad infantil y de menores de cinco años son la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de 2019 y la Encuesta de Bienestar de la Población (IBEP) de 2008-2009, a las que hace referencia UNICEF, la MICS estimó la mortalidad infantil y de menores de cinco años en 250 y 150 muertes por cada mil nacidos vivos, respectivamente, mientras que la IBEP estimó 194 y 116 muertes por cada mil nacidos vivos (Belitzky, 2015).

En 2013, el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN-IGME), utilizando los datos existentes para modelar la mortalidad infantil en Angola, estimó las muertes de menores de cinco años en 167, las muertes infantiles en 102 y la mortalidad neonatal en 42 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (Belitzky, 2015).

El embarazo en la adolescencia, un problema social contemporáneo, causa varios daños en el desarrollo integral de los niños y adolescentes, especialmente de las mujeres, provocando una transición de la fase de infancia y adolescencia a la edad adulta. Las investigaciones han demostrado que, a pesar de la consolidación de los derechos de los niños y adolescentes y de la reducción de las tasas de natalidad en general, los índices de embarazo precoz se mantienen, lo que pone de manifiesto la indispensabilidad de nuevas estrategias para la prevención y posible erradicación del embarazo en la adolescencia (López Rodríguez, 2011).

La población adolescente es ahora sexualmente activa y demanda atención preventiva en materia de salud reproductiva, principalmente por la necesidad de reducir las consecuencias negativas de la práctica sexual insegura, y los servicios de salud deben estar adecuadamente preparados para recibir y atender las necesidades de los jóvenes. La iniciación sexual cada vez más temprana aumenta la preocupación por la salud de este colectivo, sobre todo de los de bajo nivel educativo y menor edad, que, al iniciarse en la vida sexual de forma precoz, tienen menos conocimientos sobre los métodos anticonceptivos (Araújo, 2015).

En el mismo sentido, el embarazo precoz dificulta la emancipación femenina, provocando el abandono escolar, la incorporación temprana al mercado laboral, la descalificación, la violencia, la disminución de oportunidades, etc. Además, es más común la ocurrencia de abusos contra los bebés cuando la madre es adolescente, ya sea por falta de madurez o condiciones psicológicas para cuidar del niño (Días; Teixeira, 2010).

Felice, 2006 refiere que:

Cuando la mujer se queda embarazada, se inicia un proceso psicológicamente rico y complejo, que sufrirá una evolución desde el embarazo, pasando por el parto, el puerperio y posteriormente durante todo el desarrollo del niño. (...) Este proceso, cargado de intensas emociones a lo largo de su recorrido, no termina y tampoco tiene retorno. Una vez que ha sido madre, la mujer probablemente no vuelva a ser la misma de antes; se ha producido en ella una transformación que ha cambiado su condición, su visión de sí misma, su vida emocional, su lugar en la familia y en el mundo (p. 15).

El embarazo en la adolescencia puede superponerse a la crisis de la adolescencia, ya que requiere, además de todo un mecanismo de reestructuración de su identidad, mediante el abandono del rol y de los estándares infantiles. El embarazo, que ocurre en esta fase de la vida, desencadena una nueva búsqueda de redefinición de roles, con nuevos conflictos capaces de implicar una mayor desestructuración de la personalidad, articulada con cambios orgánicos y psíquicos (Bergamaschi; Praça, 2008, apud, Abrão; Silva. 2020).

Desde esta perspectiva, la adolescencia, esta nueva y moderna edad entre la infancia y la edad adulta, es un periodo de transición, en el que se espera el paso de la dependencia a la independencia de la familia de origen. En este marco, los hitos de la vida se producirían de forma secuencial, es decir, el final de los estudios, la entrada en

el mercado laboral, la salida del hogar de los padres, el matrimonio y el primer hijo. Se entiende que esta concepción (Abrão; Silva. 2020).

Según Jesús Reyes y Almontes (2014), es posible observar que el embarazo adolescente es diferente en cada caso. Todo depende del contexto social al que pertenece ese adolescente. En los estratos sociales medios y altos, el embarazo no es un factor limitante en relación con los estudios y el futuro profesional de la chica, porque puede contar, la mayoría de las veces, con el apoyo económico de sus padres. Sin embargo, en las clases sociales más bajas, los adolescentes tienen más dificultades para terminar sus estudios y poner en práctica sus planes.

Ávila (2011), refiere que la publicidad y la inmersión en la sociedad de consumo son factores que contribuyeron a la sobrevaloración de la adolescencia por parte de la población, especialmente con la intención de que estos jóvenes se desarrollen como responsables y capaces de transformar la acción sobre la realidad. Sin embargo, lo que tenemos es un contexto social rodeado de relaciones basadas en la inmediatez y los diversos deseos familiares de proporcionar condiciones para que las aspiraciones de estos jóvenes se cumplan, lo que puede provocar una falta de tolerancia a la frustración.

El embarazo es un problema que siempre se ha dado en la sociedad, independientemente de la clase social de la joven. Sin embargo, la aceptación y la forma de afrontar esta situación depende de cada familia. A pesar de ello, hay un patrón en el comportamiento de estas familias que, al principio, cuando reciben la noticia del embarazo, se consternan, pero con el tiempo, aceptan la situación, y con la llegada del bebé, se muestran felices y en paz (Gaeté, 2015).

En relación con los documentos consultados y la bibliografía existente es posible afirmar que el embarazo adolescente puede estar relacionado con la falta de información, orientación e instrucción en materia de sexualidad; con las restricciones de acceso a los servicios de salud y a los suministros de anticonceptivos. Para muchas adolescentes, la llegada del embarazo puede entenderse como un intento de encontrar y mantener un espacio social, especialmente en espacios marcados por las desigualdades de género, raza y clase social. Además, la adolescencia es un grupo de edad de alto riesgo para la transmisión y las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Chacham et al., 2012).

El embarazo en la adolescencia está ligado a la asociación de factores como la alta tasa de abandono escolar, el bajo nivel educativo y el contexto sociodemográfico en el que se insertan los adolescentes. Además, Araujo y Nery (2018) demostraron que factores como no tener pareja, no saber usar métodos anticonceptivos, querer quedarse embarazada y no saber usar la píldora del día después también contribuyen a la aparición de embarazos adolescentes no planificados y sus consecuencias (Jezo, et al., 2017).

Asimismo, Chacham et al. (2012) dicen que la maternidad es un proceso que va más allá del embarazo. Es un proyecto a largo plazo, para toda la vida. Es un proceso de toma de decisiones que, independientemente de la opción que se tome, implica el desarrollo personal y el autoconocimiento del individuo. Así, la maternidad se entiende como el proceso que abarca el embarazo, el parto, el puerperio y la crianza de los hijos.

En este sentido, Valverde e Cuero (2014) dilucida que las concepciones sobre la maternidad han ido cambiando poco a poco, de modo que quedarse embarazada y criar a los hijos se consideran dimensiones humanas importantes, especialmente para las mujeres, para las que ser madre supone un importante apoyo narcisista y, al mismo tiempo, la constitución de un lugar social en una sociedad literalmente marcada por la cultura.

La maternidad adolescente puede ser deseada, ya que es un proyecto orientado a la entrada en la vida adulta que es viable y valorado en un contexto socioeconómico desfavorecido, en el que otros proyectos educativos y profesionales no están asegurados. En este sentido, dentro de una comunidad que de por sí es de notoria desigualdad socioeconómica, con pocos recursos económicos, la maternidad puede ser la principal forma de ser reconocida socialmente.

El valor asignado al hecho de ser madre varía de una sociedad a otra, ya que en aquellas en las que se estimula y fomenta la natalidad, este valor se exalta natalidad, a diferencia de aquellos en los que la superpoblación combinada con la pobreza es evidente, en los que esta práctica está desaconsejada y devaluada (Valverde, Cuero, 2014).

2.7.1 Factores Clínicos De Las Gestantes

Los efectos adversos del embarazo en la adolescencia son ampliamente reconocidos. Sin embargo, los daños del embarazo recurrente en este grupo sólo han recibido la debida atención en la actualidad, en vista de que el embarazo recurrente en la adolescencia es claramente muy común en todo el mundo.

Stevens-Simón et al. (2001) llevaron a cabo una investigación sobre las madres adolescentes en los Estados Unidos y revelaron que el 14% de las adolescentes se quedaron embarazadas en el año siguiente a su primer parto y el 35% en los dos años siguientes. Incluso en los servicios especializados para adolescentes, Pfitzner et al (2003), también en los Estados Unidos, encontraron una tasa de repetición del embarazo igual al 10,6%, que se repite entre el primer y el segundo año después del parto.

En la atención prenatal, la gestión de los cuidados y la asistencia son fundamentales para garantizar la calidad de la atención y los cuidados durante la fase de gestación y facilitar el acercamiento de la gestante con su círculo familiar y la comunidad, además de disponer de la disposición de la gestante al sistema de salud, permitiendo una atención completa a través de actividades promocionales, preventivas, diagnósticas y terapéuticas.

En la agenda global de la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de las principales prioridades es la aptitud reproductiva, lo que pone de manifiesto la necesidad de formular objetivos para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud física y mental de las mujeres embarazadas (Simão et al. 2017).

En Angola, este movimiento en materia de salud pública comenzó a mediados de los años 70, cuando el país dejó de ser una colonia de Portugal. Sin embargo, recién en la década del 2000, los aspectos relacionados con la salud reproductiva comenzaron a despertar el interés de los profesionales de la salud, los gestores, los investigadores y la sociedad en general, por lo que varios países han desarrollado experiencias para mejorar la gestión de la atención prenatal, de acuerdo con sus particularidades (Martins, 2014).

Por lo tanto, se puede decir que los riesgos a los que pueden enfrentarse las adolescentes por un embarazo recurrente son más o menos los mismos, pero los investigadores han llegado a la conclusión de que quedarse embarazada en un periodo inferior a 18 meses después del parto puede ser más arriesgado tanto para las mujeres como para los niños.

Algunos de los riesgos, como la diabetes y la hipertensión, aumentan incluso con la edad materna. Reforzando, los principales riesgos del embarazo adolescente son (Lameida Et *al.* 2016):

- a) Preeclampsia y eclampsia;
- b) Nacimiento prematuro;
- c) Bebé con bajo peso o desnutrido;
- d) Complicaciones en el parto, que pueden llevar a una cesárea;
- e) Infección urinaria o vaginal
- f) Aborto espontáneo
- g) Cambios en el desarrollo del bebé
- h) Malformaciones congénitas y/o fetales
- i) Anemia.

Sin embargo, es fundamental señalar que las adolescentes más vulnerables socialmente, con menos acceso a la educación, a los servicios sanitarios y al mercado laboral, tienden a quedarse embarazadas antes. Pues, la identificación de los factores que pueden estar asociados a la recurrencia del embarazo puede ser muy importante para ayudar a desarrollar estrategias de prevención de un nuevo embarazo en adolescentes (Delgado, 2014).

2.7.2 Factores Sociales

El embarazo no deseado en la adolescencia es vivido por las mujeres como una fase de varias pérdidas. En primer lugar, el cuerpo se modifica: pueden producirse cambios en la piel, como estrías, aumento de peso y flacidez, lo que suele dañar su autoestima. Además, la joven deja de vivir su juventud y necesita interrumpir sus proyectos vitales para cuidar del recién nacido, que necesita a la madre a tiempo completo. Este comportamiento puede generar resentimiento, frustración y otros síntomas negativos tanto para la mujer como para el bebé (Morales, 2012).

Debido a la nueva responsabilidad, también es natural que el adolescente se aleje de los amigos y pierda gran parte de las experiencias de la etapa. En algunos casos, se pierde la confianza y el apoyo familiar y, en casos extremos, la convivencia se

interrumpe por completo. En este contexto, el análisis de la situación social en la que se inserta la adolescente embarazada es, en sí mismo, básico para evaluar el escenario de inserción de esta adolescente en la sociedad (Morales, 2012).

Numerosas causas pueden estar implicadas en la aparición de embarazos en adolescentes, especialmente los no planificados o no deseados, Entre ellos, es posible destacar factores clínicos, sociales, culturales y emocionales.

Como resultado de la presencia de dichos factores, se producen cambios en el proyecto de vida de la adolescente, limitando o posponiendo la posibilidad de que estas jóvenes se involucren en la sociedad y teniendo en cuenta que el se asocia a una baja adherencia a los cuidados prenatales (Arruda et. *al.*, 2013).

2.7.3 Factores De Riesgo Derivados Del Embarazo En La Adolescencia

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en una preocupación para algunas organizaciones sociales de todo el mundo. Aunque se trata de forma diferente en los países desarrollados y en los subdesarrollados, porque el sexo es natural y biológico, sigue siendo necesario prestar atención a los riesgos de este hecho.

Los factores que aumentan el riesgo de embarazo en la adolescencia se resumen en, según la Asociación Médica de Angola (2010):

- a) Edad inferior a 16 años o aparición de la primera menstruación hace menos de 2 años (fenómeno de doble anabolismo: competencia biológica entre la madre y el feto por los mismos nutrientes, estando la adolescente aún en fase de crecimiento y maduración puberal final);
- b) La altura del adolescente es inferior a 150 cm o su peso es inferior a 45 kg ;
- c) El adolescente consume alcohol u otras drogas legales o ilegales (cocaína/ crack/ medicamentos sin prescripción médica);
- d) El embarazo es el resultado de una agresión sexual/violación u otro acto violento/amenaza de violencia sexual;
- e) Existencia de actitudes negativas hacia el embarazo o rechazo del feto;
- f) Intentar interrumpir el embarazo por cualquier medio o con medicamentos;
- g) Existencia de dificultades para acceder y seguir los servicios de atención prenatal;

- h) Sin atención prenatal o con menos de seis visitas rutinarias;
- i) Presencia de enfermedades crónicas: diabetes, enfermedades cardíacas o renales; ITS: Sífilis, VIH, hepatitis B o hepatitis C; hipertensión;
- j) Presencia de enfermedades agudas y emergentes: dengue, zika, toxoplasmosis, otras enfermedades víricas;
- k) Aparición de preeclampsia o desproporción pélvico-fetal, embarazo gemelar, complicaciones obstétricas durante el parto, incluida la cesárea de urgencia;
- l) Falta de conexión o apoyo familiar para la adolescente, especialmente de su propia madre o pareja.

Sucede que, es en la adolescencia cuando los individuos pasan por un proceso de cambio marcado por la iniciación de la edad adulta y que, en consecuencia, conlleva responsabilidades sociales. Se entiende, por tanto, que esta etapa de la vida es un periodo confuso, tanto en el sentido de asimilar la autoformación de la identidad como de la autoestima. Partiendo de esta premisa, esta fase (el embarazo adolescente) provoca dudas, vulnerabilidad, sentimientos de inseguridad y ansiedad. Genera desesperación y, como resultado, aborto espontáneo (Torres, 2015).

Las complicaciones maternas más descritas por varios estudios fueron: aborto, enfermedad hipertensiva del embarazo, síndromes hemorrágicos en el pós parto, infecciones ginecológicas y urinaria, así como rotura prematura de las membranas amnióticas. En cuanto a los problemas neonatales, además de mayores complicaciones neonatales y mortalidad infantil, el embarazo en la adolescencia se asocia a una mayor incidencia de bajo peso al nacer (BPN), parto prematuro, enfermedades respiratorias y traumatismos neonatales.

La ginecóloga Albertina Duarte en una entrevista con Radio Joven Pan en Brasil en 2020, especialista que atiende a las embarazadas adolescentes, explica que el embarazo en niñas menores de quince años es de alto riesgo, y se relaciona con " hipertensión, infecciones, anemia, desnutrición, en el momento del parto hay desproporción entre el tamaño de la cabeza fetal y la pelvis de la adolescente" (Joven Pan, 2020).

Según Albertina Duarte, existen diferentes procedimientos para interrumpir un embarazo y la decisión dependerá del tiempo de la gestación. "Píldoras que se colocan en la vagina y luego tiene un ablandamiento del cuello uterino y puede hacerse el

procedimiento obstétrico, que es la aspiración de la cavidad uterina", explica (Joven Pan, 2020).

La Organización Mundial de la Salud revela una estimación de 216 muertes maternas en el mundo por cada 100.000 nacidos vivos (UNFPA, 2013). Por lo tanto, el embarazo en la adolescencia es la segunda causa de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años (Kuo *et al.*, 2010).

Las comorbilidades más prevalentes durante el embarazo en las adolescentes son la hipertensión gestacional, las infecciones del tracto urinario, el flujo vaginal patológico y los abortos, dichas comorbilidades son factores agravantes del embarazo con riesgo materno y fetal debido a la baja adherencia al control prenatal de este grupo de edad y a la baja calidad de la atención (Azevedo *et al.*, 2015).

La hipertensión gestacional no determina la muerte materna; sin embargo, sus complicaciones pueden conducir a dicha fatalidad. El descontrol de la presión arterial puede provocar cuadros hemorrágicos como el síndrome HELLP, la rotura hepática y el desprendimiento de la placenta (Lee *et al.*, 2016; Vega, 2018).

Se comprobó que la anemia es un factor obstétrico derivado de la etapa de desarrollo corporal y hormonal en la que se encuentra la adolescente. La desnutrición y la baja ingesta de alimentos nutritivos se identifican en muchos adolescentes. Estos factores caracterizan el cuadro de anemia pensando en la necesidad de más hierro para la formación de hemoglobina en comparación con un embarazo adulto, debido al crecimiento corporal tanto de la madre como del bebé (Omar *et al.*, 2010; Malbarey *et al.*, 2012; Partington *et al.*, 2009).

Así, los factores que aumentan los riesgos del recién nacido o del lactante hasta el primer año de vida, cuando nace de una madre adolescente son, según refiere la Asociación Médica de Angola, (2010):

- a) Nacido prematuro, pequeño para la edad gestacional (PEG) o con bajo peso (retraso intrauterino);
- b) Mide menos de 48 cm o pesa menos de 2.500 g;
- c) Puntuaciones inferiores a 5 en la puntuación de Apgar, en la sala de partos o si el parto se produjo en situaciones desfavorables;
- d) Presenta anomalías, dimorfismos o síndromes congénitos (síndrome de Down, defectos del tubo neural u otros);
- e) Si hay circunferencias craneales, torácicas o abdominales incompatibles;

- f) Tiene infecciones de transmisión vertical o placentaria: sífilis, herpes, toxoplasmosis, hepatitis B o C, zika, VIH/SIDA y otras;
- g) Necesita cuidados intensivos en las unidades neonatales;
- h) Presenta dificultades para succionar y amamantar;
- i) Hay problemas de higiene y cuidado en el hogar o en el contexto familiar, como el abandono o la negligencia, la presencia de animales alrededor;
- j) Falta de control médico pediátrico en las visitas periódicas y lagunas en el esquema de vacunación.

Los estudios de PattanapisalsaK (2011) muestran que el bajo peso al nacer (BPN) está relacionado con los casos maternos de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y con los abortos previos, y no tiene asociación con la anemia materna (Spínola; Silva, 2009; Omar et al., 2010). Otro estudio mostró en su estudio una tasa de 23,6% de anemia en adolescentes embarazadas y relacionó esta ocurrencia con el reducido número de consultas prenatales (menos de cuatro) y la edad gestacional inferior a 37 semanas (PattanapisalsaK, 2011).

Otros autores han descrito las posibles complicaciones cuando hay una mala atención prenatal (Partington et al., 2009; Vega, 2018). Entre estos factores, destacan la infección del tracto urinario (ITU) y el consumo de sustancias psicoactivas, principalmente alcohol y tabaco. En la adolescencia, existe un entorno favorable para el desarrollo de ITU, especialmente cuando esta comorbilidad se produce con regularidad (Partington et al., 2009).

La infección de las vías urinarias es uno de los problemas más frecuentes durante el embarazo. Se produce en aproximadamente el 20% de los embarazos. Es necesario un tratamiento adecuado, ya que las embarazadas pueden presentar complicaciones como rotura prematura de membranas ovulares, parto prematuro, corioamnionitis, sepsis materna e infección neonatal (VEGA, 2018). Uno de los estudios seleccionados para esta revisión observó patologías como ITU en el 91,7% e infecciones genitales en el 90% de las adolescentes púerperas que fueron entrevistadas (Ferreira Et al., 2017).

Entre algunos estudios, el bajo peso al nacer (BPN) y la prematuridad destacaron entre los factores neonatales relevantes que pueden darse en los embarazos de adolescentes (Malbare Y et al., 2012; Azevedo et al., 2015). Un estudio realizado en

Brasil mostró que el 21,7% de los hijos de las adolescentes embarazadas nacieron prematuramente; este elevado número se debe a la inadecuada atención prenatal, la pobreza y los embarazos en zonas rurales (Surita et al., 2011).

Otro estudio señaló que no existe una relación convincente entre los factores socioeconómicos y los resultados neonatales de bajo peso al nacer y prematuridad. Sin embargo, señalaron una mayor combinación de factores genéticos, como la limitación del espacio uterino, el IMC, el bajo peso materno y la distribución desequilibrada de nutrientes entre la madre y el feto (Rodríguez et al., 2013).

La identificación de factores obstétricos agravantes en el embarazo adolescente demuestra que hay fragilidad en la atención obstétrica a este grupo de población. El número de consultas prenatales inadecuadas, la baja educación, el desempleo, la escasez en el uso de métodos anticonceptivos y preventivos, se manifestaron en la demanda de las adolescentes y pueden estar relacionados con los resultados negativos del parto y el nacimiento (Cecagno, 2020).

Por otra parte, Maldonado-Dúran (2011) explica que tanto si trata de un parto prematuro como de un embarazo normal, en la adolescencia siempre habrá un impacto importante en la vida emocional de la madre, que tardará en resolverse, ya que, además de todos los posibles males todavía tiene expresiones y juicios que repercuten en lo psicológico y que son cada vez más comunes en la vida de una madre adolescente.

Entre muchos estudios, los autores describen la relación entre el bajo poder adquisitivo y el tipo de nacimiento. Como por ejemplo el parto por cesárea que ofrece mayores proporciones entre las adolescentes embarazadas. Los factores que la literatura destaca como asociados a las cesáreas son: nivel de educación, la edad cronológica de la gestación; clase económica media alta o alta; considerar la cesariana como la vía de parto más segura; que el parto sea financiado por el sector privado; calidad de la atención prenatal; y la existencia de antecedentes y/o complicaciones clínicas y/o obstétricos de riesgo en el embarazo (Lopes, et al, 2020).

Asimismo, históricamente se ha debatido mucho sobre la adolescencia, con más énfasis en la complejidad y el impacto del embarazo, y en la actualidad, por ser, un problema de salud pública debe ser tratado. Y en lo posible ampliado, observando los problemas, los riesgos, y los aspectos vulnerables de las madres adolescentes y su entorno.

Se puede reducir la vulnerabilidad de las madres adolescentes y sus bebés mediante medidas de protección, teniendo en cuenta los factores de riesgo, aunque se puede ver dentro de este contexto que no todos los embarazos de adolescentes tienen un mayor riesgo obstétrico (Azevedo, et al, 2015).

Un embarazo, en los escenarios a los cuales se hace referencia en la adolescencia se asocia con un gran precipicio para la madre y el feto debido a la inmadurez fisiológica de la mujer, por lo tanto el crecimiento rápido como el desarrollo hormonal en la primera menstruación están marcados por cambios físicos significativos, así como el desarrollo de las glándulas mamarias o el útero y sus inserciones y una pelvis agrandada, que enmarca a este período como de predisposición a situaciones de riesgo, incluyendo el comportamiento sexual imprudente e involuntario relacionado con cambios psicológicos típicos de esta fase de la vida (Cruz; Carvalho, 2016; Ferreira et al., 2017).

En una entrevista en el diario angoleño, un informe de Jornal de Angola habló con la directora de los servicios ambulatorios de la Maternidad Lucrecia Paím, Eurídice Chongolola (2021), quien dijo que las principales causas del creciente número de embarazos precoces se encuentran en factores socioeconómicos, en el difícil acceso a la información sobre pubertad y sexualidad por parte de los padres, en la poca información en las escuelas e instituciones responsables.

De igual importancia es hacer referencia a la poca literatura existente con referencia a la ilusión de que tener un hijo temprano te da más responsabilidad. Otro factor acentuado es la aparición temprana del ciclo menstrual, provocada por una mala alimentación, ya que en la agricultura muchos alimentos se desarrollan rápidamente con productos hormonales. Estos productos tienen una influencia temprana en la sexualidad de los jóvenes (Jornal De Angola, 2017).

Por tanto, es de fundamental importancia observar la colocación de especialistas en lo que se refiere a los riesgos que corren estas adolescentes con un embarazo y todos los factores en torno a este problema, por ello, la Dra. Juliana de Biagi (2021) afirma que:

“los anticonceptivos más recomendados para adolescentes, por las organizaciones de salud, son los Métodos Anticonceptivos de Larga Duración (LARCs). Es decir, aquellas que no necesitan ser ingeridas a diario y son altamente efectivas en la prevención de embarazos no deseados. Los DIU de cobre, los DIU

hormonales y los implantes subdérmicos (aplicados en el antebrazo de la mujer) son algunas de estas alternativas. Los métodos a corto plazo, como las pastillas diarias, tienen una recomendación secundaria, ya que entre los adolescentes es muy común que se olviden o ingieran en el día y hora equivocados, aumentando la tasa de fracaso del método” (Saúde Debate, 2021, p. 01).

En general, es posible mencionar que el embarazo en la adolescencia se considera una situación de riesgo biológico tanto para las adolescentes como para los recién nacidos, ya que se observa que las características fisiológicas y psicológicas de la adolescencia harían que un embarazo en este periodo se caracterizara como un embarazo de riesgo, pues, hay pruebas que las embarazadas adolescentes pueden sufrir más complicaciones médicas durante el embarazo e incluso después de éste que las embarazadas de otros grupos de edad (Molina Gómez et al., 2019).

Algunas complicaciones como el intento de aborto, la anemia, la desnutrición, el sobrepeso, la hipertensión crónica, la preeclampsia grave, eclampsia, la desproporción cefalopélvica, y la depresión posparto están asociadas a la experiencia del embarazo adolescente, así también, comportamientos de riesgo como, por ejemplo, el consumo de alcohol y drogas o incluso la escasa atención prenatal durante el embarazo (Molina Gómez et al., 2019).

Por otro lado, en lo que respecta a la salud del bebé, el embarazo en la adolescencia se asocia con la prematuridad, el bajo peso al nacer, la muerte perinatal, la epilepsia, la discapacidad mental, los trastornos del desarrollo, el bajo coeficiente intelectual, la ceguera, la sordera y el aborto natural, además de la muerte durante la infancia. El bebé prematuro presenta mayores riesgos en la adaptación a la vida extrauterina debido a la inmadurez de órganos y sistemas; además de una mayor vulnerabilidad al desarrollo de enfermedades (Angulo Sevilliano et al. 2020).

2.7.4 La Cultura De La Edad Reproductiva En Algunas Regiones Africanas

El embarazo en la adolescencia se remonta a las civilizaciones antiguas. Las niñas se casaban y comenzaban su vida reproductiva en cuanto se producía la menarquia. En aquella época, el matrimonio concertado por los padres y el embarazo precoz eran una práctica habitual, ya que los niños eran considerados adultos en cuanto dejaban la infancia (Santos; Nogueira, 2009).

Después de la Revolución Industrial en Europa y de la Primera Guerra Mundial, las mujeres se incorporaron al mercado laboral en diversas actividades y sectores, que antes sólo realizaban los hombres. Estas jóvenes comenzaron a dividirse entre la vida profesional y las responsabilidades personales, un embarazo en este período compromete el crecimiento profesional, además de tener repercusiones en la vida financiera de la familia (Santos & Nogueira, 2009).

Hasta principios del siglo XX, el embarazo entre los 12 y los 19 años se consideraba un hecho normal para las costumbres de la época. A partir de la tercera década del siglo XX, la tasa de fecundidad de las menores de 19 años disminuyó en muchos países y el embarazo precoz pasó a estar "mal visto" por la sociedad (Tavares, 2011).

Después de la Segunda Guerra Mundial, se produjo un cambio en las costumbres y valores sociales, y los jóvenes se unieron cada vez más en grupos, con la práctica social como símbolo de Libertad (Santos; Nogueira, 2009).

En la segunda mitad del siglo XX, con los cambios en las costumbres, los comportamientos masculinos y femeninos cambiaron y la virginidad hasta el matrimonio dejó de ser moralmente relevante. En este periodo, el embarazo en la adolescencia empezó a preocupar a la sociedad. Actualmente, los padres han dado mayor libertad a sus hijos buscando no convertirse en un obstáculo en la vida de estos jóvenes (Tavares, 2011).

Según la OMS (2019) una de cada cuatro mujeres que desean retrasar o detener la concepción en la región africana no utiliza ningún método de planificación familiar.

Los motivos son la poca calidad de los servicios disponibles y la escasa variedad de métodos que se ofrecen. El escaso uso de anticonceptivos suele deberse a los conocimientos y las actitudes hacia la planificación familiar, la accesibilidad de los anticonceptivos y las relaciones de género con respecto a la capacidad de la mujer para negociar los términos de la actividad sexual.

Sin embargo, en la región africana, esta cuestión también está muy influenciada por aspectos culturales que deberían tenerse en cuenta en cualquier debate serio sobre la salud de las mujeres. De hecho, en muchas culturas africanas, la maternidad está en el centro del nexo social y se depositan grandes expectativas en las mujeres en edad reproductiva con respecto a los hijos que deberán tener. De la misma forma, la identidad

de una mujer se asocia a menudo con su capacidad para dar a luz, en algunos entornos tradicionales, por lo cual el objetivo principal de la socialización de las mujeres es capacitarlas para dar a luz, servir de comadronas a otras mujeres y criar a los hijos. Por lo tanto, bajo la presión cultural de tener hijos, las mujeres tienden a buscar la anticoncepción no tanto como un medio de evitar el embarazo, sino como un medio de gestionar su vida reproductiva para asegurar su posición en una sociedad dominada por su familia extensa.

Aunque estas consideraciones no se aplican por igual a todos los entornos, para muchas mujeres africanas, y desde luego para las que viven en entornos rurales, el acercamiento a la edad adulta y a la maternidad trae consigo presiones socioculturales que empezaron a conformar su experiencia cuando eran niñas, pero que ahora plantean dificultades a los determinantes ineludibles de su salud (Rodríguez, 2012).

En un intento por comprender las posibles causas asociadas al aumento de la incidencia del embarazo en la adolescencia en Angola, se destaca una enorme "red multicausal" que hace que este grupo de edad sea más susceptible a esta situación, con causas que varían según cada región (Kurauchi, Martis & Aquino, 2003).

En algunas regiones, la cultura exige que, en cuanto nacen los niños, ya se elijan sus parejas y futuros maridos, y se limita el contacto entre ellos, permitiéndose sólo después de la boda (matrimonio tradicional), donde se ofrecen regalos o bienes a la pareja para su manutención (Tavares, 2011). Por otro lado, hay regiones en las que el embarazo, tanto el temprano como el posterior de las adolescentes, se considera natural, por lo que el contexto cultural y los valores tradicionales (Tavares, 2011).

En Angola, las relaciones sexuales se inician entre los 11 y 12 años, lo que hace que muchas adolescentes se queden embarazadas antes de llegar a la edad adulta (Círculo Angolano Intelectual, 2014). Como la tasa de adolescentes sexualmente activas es muy alta (75%) y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos es bajo, los datos de la misma fuente indican que el 37% de las adolescentes de entre 14 y 17 años ya se han quedado embarazadas y el 17% de los chicos saben que han dejado embarazada a una adolescente. También se registró una alta incidencia de abortos inseguros en adolescentes, con un 50% de las adolescentes embarazadas que abortaron y el 75% de estos abortos fueron provocados o inducidos (Tavares, 2011).

En términos psicológicos y sociales, el embarazo en la adolescencia se asocia a la noción de riesgo en la medida en que implica la experiencia simultánea de dos importantes fenómenos del desarrollo: ser adolescente y ser madre. Normalmente, al menos entre los estratos de población más favorecidos económicamente, la adolescencia se considera un periodo de la vida en el que los jóvenes deben, en la medida de lo posible, explorar las posibilidades antes de tomar decisiones que requieren un mayor compromiso, como elegir una profesión, casarse y tener hijos. Sin embargo, la maternidad adolescente trae consigo una serie de expectativas y responsabilidades que limitan estas posibilidades de exploración, al tiempo que establecen un nuevo espacio para la formación de la identidad (Dias; Teixeira, 2010).

2.7.5 Embarazo Adolescente: La Experiencia De Las Madres Jóvenes

Quedar embarazada, la mayoría de las veces trae felicidad y se recibe, en general, con alegría. Sin embargo, se observa que el embarazo se produce cada vez más temprano. Desde los años 70, la maternidad adolescente se ha identificado como un problema de salud pública. Las niñas menores de 15 años se están quedando embarazadas, y esto no debe verse como algo natural, porque, además de las complicaciones físicas para la madre y el bebé, el embarazo adolescente tiene consecuencias psicológicas, sociales y económicas (Pariz; Mengarda; Frizzo, 2012).

Cuanto más jóvenes son las adolescentes, más tarde identifican su embarazo y, en vista de ello, acuden a los servicios de salud a una edad gestacional más tardía, hecho que retrasa el inicio del uso de la medicación indicada para las primeras semanas de embarazo, así como la realización de los exámenes necesarios para el primer trimestre de gestación. Los hijos de madres adolescentes pueden presentar prematuridad, enfermedades frecuentes, discapacidades e incluso la muerte en el primer año de vida.

Según Trombetta (2020), la mortalidad de los bebés nacidos de madres menores de 20 años es un 50% mayor que la de los nacidos de madres de entre 20 y 29 años. Debido a su corta edad, la joven madre a menudo no puede amamantar. También hay conflictos familiares, abandono escolar y pérdida de empleo, entre otros factores que hacen que aumente el círculo de la pobreza.

El embarazo adolescente interfiere en los proyectos de vida de la adolescente y de su familia y es una condición que se agrava cuando afecta a las familias de bajos ingresos. En muchos casos, las chicas acaban teniendo más de un embarazo durante la adolescencia, lo que confirma la falta de orientación y responsabilidad sexual (Silva, et al., 2012).

El apoyo de la familia es muy importante en las primeras etapas del embarazo. Sin embargo, la mayoría de las mujeres jóvenes buscan primero el apoyo de su pareja, y sólo después el de su madre y sus amigos. La suegra y otros familiares del padre del niño también forman una red de apoyo para la adolescente, desde el inicio del embarazo hasta después del nacimiento, ayudando en las tareas diarias, en las tareas domésticas y con el bebé, lo que contribuye a que la adolescente se sienta querida y protegida, además de permitir el desarrollo de su autonomía (Schwartz; Vieira; Geib, 2011).

La maternidad adolescente no sólo afecta a la joven, sino a todos los que la rodean, ya que es un acontecimiento que tiene consecuencias sociales, relacionadas con el estudio, el empleo y la relación con la familia, y fisiológicas, porque conlleva riesgos para la salud del bebé y de la madre.

Además, el nacimiento de un hijo conlleva un aumento de las responsabilidades. Por ello, es importante el apoyo de la familia, de los profesionales de la salud y de la comunidad en la que se inserta, para que las jóvenes no sufran prejuicios por ser madres a una edad temprana y para que conozcan la mejor manera de cuidar del bebé y de ellas mismas.

Según Heilborn (2008), el embarazo en la adolescencia se convertirá en un problema cuando, además de no haber sido previsto, repercuta negativamente en los proyectos de vida de las madres y padres jóvenes, haciendo aún más compleja su inserción en el mundo laboral y la continuación de sus estudios. La retirada de la adolescente de la escuela no sólo está determinada por el embarazo, sino que también puede ser el resultado de los prejuicios de los compañeros, la falta de apoyo de la escuela y de los amigos, la vergüenza por los cambios en el cuerpo y por poner en evidencia la vida de la adolescente. Cuando un adolescente abandona los estudios, está perdiendo multitud de oportunidades, como empleos, estabilidad en su vida económica y emocional y, principalmente, realización personal. De hecho, todas estas cuestiones

contribuyen al fracaso profesional y pueden provocar frustración, sentimientos de baja autoestima, insatisfacción y falta de perspectiva vital.

Existe una gran preocupación por las consecuencias que la maternidad temprana puede tener en la salud, la educación y el desarrollo económico y social. Esto se debe a que dificulta el desarrollo educativo y social de la adolescente, así como su capacidad para utilizar todo su potencial individual. Como resultado, hay un mayor índice de abandono escolar, desajustes familiares y dificultades para acceder al mercado laboral (Manfré; Queiróz; Matthes, 2010, p. 49).

La adolescencia es una fase marcada por los cambios, que pueden ser bastante perturbadores debido a los descubrimientos, las ideas opuestas a las de los padres, la formación de la identidad y una fase en la que las conversaciones implican citas, bromas y tabúes (Taborda; Silva; Ulbricht, y Neves 2014, p. 20).

Cuando se trata de un embarazo no planificado, los retos requieren mayor atención. La estrategia para desarrollar en los jóvenes la responsabilidad de los actos de la práctica sexual, así como la comprensión de los efectos de un embarazo no planificado, ha sido el foco de algunas inversiones educativas (Furlani, 2011, p.141). Según el autor, la creación de mecanismos que orienten, informe y sensibilicen a los adolescentes sobre la sexualidad, especialmente sobre la práctica sexual y sus consecuencias, es importante para despertar el interés de los jóvenes por conocer todos los riesgos derivados de los actos sexuales, así como los métodos de protección y prevención. Es esencial que reciban una orientación eficaz para que adquieran madurez y, de este modo, tengan la capacidad de tomar decisiones con conocimiento de causa y evitar embarazos no deseados.

2.7.6 Políticas Públicas De Acogida De Adolescentes Embarazadas

Como estrategia para disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil, el Ministerio de Salud de Angola puso en marcha el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario para el periodo 2012-2025. Este Plan incluye subprogramas para el bienestar de las mujeres, centrados en la revitalización de la municipalización de los servicios sanitarios con un enfoque en la reducción de la mortalidad materna y neonatal, la seguridad de los productos de salud reproductiva, la estrategia de salud sexual y reproductiva en línea

con el plan estratégico global estrategia de salud reproductiva para la región africana de la OMS (Ministerio de la Salud, 2021).

La lucha contra el embarazo adolescente es claramente un problema de salud pública, pero ¿dónde se puede llegar al público objetivo? Tras la expansión de los programas que buscaban la democratización del acceso a la educación y la enseñanza, el lugar más adecuado para llegar al público objetivo es la escuela. La unión de la sanidad y la educación pública para lograr los objetivos de reducir, y en el futuro extinguir, los embarazos precoces no deseados ha demostrado ser un camino atractivo y prometedor. Las políticas públicas siempre tienden a desarrollarse con métodos de prevención, ya que el objetivo es asegurar el derecho de todos, y colaborar para que los efectos de quienes ya han sido víctimas del problema sean lo más leves posibles (Sousa et al., 2018).

A medida que el Gobierno de Angola avanza en su compromiso de reducir la mortalidad y la morbilidad materno-infantil, es de gran importancia que todas las inversiones realizadas con este fin se utilicen de forma estratégica y de manera que se maximice la eficiencia, la equidad y la sostenibilidad.

Para promover de forma significativa el acceso y el uso de métodos modernos de planificación familiar (PF), Angola necesita establecer formalmente un Programa Nacional de Planificación Familiar que pueda gestionar todas las acciones de PF en el país. El programa de PF requiere el desarrollo y la aplicación de un plan estratégico que marque el camino a seguir, garantizando una acción coordinada y centrada por parte de las principales partes interesadas. Este plan estratégico de PF permitirá al Gobierno de Angola garantizar que la cooperación de todas las partes interesadas se realice de acuerdo con las prioridades nacionales.

Hay tres enfoques necesarios que requieren una acción prioritaria para aumentar el uso de métodos modernos de PF en Angola:

- a) Centrarse en los adolescentes y los jóvenes;
- b) Observar un enfoque de fortalecimiento de los sistemas.
- c) Abordar la necesidad de cambiar las normas sociales y reducir las barreras estructurales a los comportamientos saludables.

En Angola, el 48% de la población, o sea 10,5 millones de personas, tiene menos de 15 años y el 20% tiene entre 15 y 24 años. El desarrollo de Angola necesita que estas jóvenes generaciones estén sanas y cualificadas. Las deficiencias actuales en materia de salud sexual y reproductiva (SSR) de las adolescentes son más graves que las de las mujeres más maduras (IBEP 2010). Dado que los adolescentes representan una fracción importante de la población y se encuentran en el inicio de su vida sexual, la mejora de su SSR puede contribuir enormemente a lograr una población sana que pueda aprovechar las oportunidades educativas y profesionales. Esto puede generar un mayor desarrollo económico para el país (Ministerio de la Salud, 2014).

El fortalecimiento de los sistemas es una forma eficaz de orientar las inversiones para obtener resultados sostenibles a largo plazo. Los servicios de salud pública, incluida la PF, necesitan sistemas de apoyo (desarrollo de capacidades, gestión de la logística o de la cadena de suministro, supervisión, sistemas de información de gestión y seguimiento y evaluación) para funcionar de forma eficiente a lo largo del tiempo y poner servicios de PF de calidad a disposición de más angoleños, ayudándoles a tomar decisiones informadas sobre sus opciones reproductivas y apoyando a aquellos que deseen utilizar métodos modernos de PF. Algunos de los sistemas de apoyo existentes necesitan un refuerzo significativo, mientras que otros aún no se han establecido (Ministerio de la Salud, 2014).

Las personas en edad fértil, y en particular las jóvenes, necesitan ayuda para adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y cuidados personales, y necesitan apoyo social para poder tomar decisiones y adoptar comportamientos saludables en relación con su salud reproductiva. En la actualidad, existen varias normas sociales en Angola (por ejemplo, la falta de empoderamiento de la mujer, la aceptación social del embarazo en la adolescencia, la preferencia por las familias numerosas) que dificultan la adopción de comportamientos sexuales y reproductivos saludables. También hay que reducir las barreras estructurales (por ejemplo, el acceso deficiente a los servicios, un entorno que disuade a grupos clave como los adolescentes de buscar servicios de PF) (Hock-Long 2003). Al mismo tiempo, los miembros de la comunidad que influyen en las decisiones de otros también pueden beneficiarse de la información, convirtiéndose a su vez en promotores y facilitadores de los comportamientos individuales y el cambio social (Ministerio de la Salud, 2014).

A medida que el Gobierno de Angola avanza en su compromiso de reducir la mortalidad y la morbilidad materno-infantil, es de vital importancia que todas las inversiones realizadas con este fin se utilicen estratégicamente y de forma que se maximice la eficiencia, la equidad y la sostenibilidad.

Los estudios demuestran que la mortalidad materna es mayor entre las mujeres muy jóvenes. Para las adolescentes de 15 a 19 años que se quedan embarazadas, el riesgo de muerte es el doble que el de las mujeres más maduras, y cinco veces más que el de las menores de 15 años (McIntyre 2006, UNFPA 2005). La mortalidad materna también es mayor en las mujeres que se quedan embarazadas demasiado pronto (menos de dos años) después de un parto (Conde-Agudelo 2000, 2006).

El espaciamiento saludable de los embarazos es una vía probada para reducir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil (Conde-Agudelo 2000, 2006; OMS 2006). Garantizar la disponibilidad de servicios de planificación familiar (PF) integrales y de calidad para todas las personas y parejas que deseen utilizarlos es un enfoque eficiente y rentable para lograr este objetivo de reducir las tasas de mortalidad materna (Stover & Ross 2010).

Para promover significativamente el acceso y el uso de métodos modernos de PF, Angola necesita establecer formalmente un Programa Nacional de Planificación Familiar que pueda gestionar todas las actividades de PF en el país. El programa de PF requiere el desarrollo y la aplicación de un plan estratégico que marque el camino a seguir, garantizando una acción coordinada y centrada por parte de las principales partes interesadas. Este plan estratégico de PF permitirá al Gobierno de Angola garantizar que la cooperación de todas las partes interesadas se realice de acuerdo con las prioridades nacionales. La Estrategia de Planificación Familiar es el marco de referencia que se utilizará para guiar la planificación, implementación y evaluación de los esfuerzos de Angola en materia de PF durante el período 2014-2019.

Hay tres enfoques necesarios que requieren una acción prioritaria para aumentar el uso de métodos modernos de PF en Angola: - Centrarse en los adolescentes y los jóvenes. En Angola, el 48% de la población, o sea 10,5 millones, tiene menos de 15 años y el 20% tiene entre 15 y 24 años. El desarrollo de Angola necesita que estas jóvenes generaciones estén sanas y calificadas. Las deficiencias actuales en materia de salud

sexual y reproductiva (SSR) entre las adolescentes son más graves que en el caso de las mujeres más maduras (IBEP, 2010). Dado que las adolescentes representan una fracción importante de la población y se encuentran en el inicio de su vida sexual, la mejora de su SSR puede contribuir enormemente a lograr una población sana que pueda aprovechar las oportunidades educativas y profesionales. Esto podría generar un mayor desarrollo económico para el país.

Observación de un enfoque de fortalecimiento de sistemas. El fortalecimiento de los sistemas es una forma eficaz de orientar las inversiones para obtener resultados sostenibles y a largo plazo. Los servicios de salud pública, incluida la PF, requieren sistemas de apoyo (desarrollo de capacidades, gestión de la logística o de la cadena de suministro, supervisión, Sistemas de Información de Gestión (SIG) y seguimiento y evaluación) para funcionar de forma eficiente a lo largo del tiempo y hacer que los servicios de PF de calidad estén disponibles para más angoleños, ayudándoles a tomar decisiones informadas sobre sus opciones reproductivas y apoyando a aquellos que deseen utilizar métodos modernos de PF. Algunos de los sistemas de apoyo existentes necesitan un refuerzo significativo, mientras que otros aún no se han establecido.

Responder a la necesidad de cambiar las normas sociales y reducir las barreras estructurales a los comportamientos saludables. Las personas en edad fértil, y en particular las jóvenes, necesitan ayuda para adquirir conocimientos y desarrollar habilidades y cuidados personales, y necesitan apoyo social para poder tomar decisiones y adoptar comportamientos saludables en relación con su salud reproductiva. En la actualidad, existen varias normas sociales en Angola (por ejemplo, la falta de empoderamiento de la mujer, la aceptación social del embarazo en la adolescencia, la preferencia por las familias numerosas) que dificultan la adopción de comportamientos sexuales y reproductivos saludables. También hay que reducir las barreras estructurales (por ejemplo, el acceso deficiente a los servicios, un entorno que disuade a grupos clave como los adolescentes de buscar servicios de PF) (Hock-Long 2003). Al mismo tiempo, los miembros de la comunidad que influyen en las decisiones de otros también pueden beneficiarse de la información, convirtiéndose a su vez en promotores y facilitadores de los comportamientos individuales y el cambio social.

El Gobierno de Angola ha determinado que la mortalidad materna es uno de los problemas más graves que afectan al país, y se esfuerza por identificar y aplicar

estrategias para reducirla. Aunque se han realizado importantes avances, la tasa de mortalidad materna (TMM) sigue siendo elevada, con unas 450 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (ANGOP 2012). Además, la elevadísima tasa de fecundidad total, de 6,3 hijos por mujer (PRB 2012), conduce a una probabilidad de muerte materna de 1/29, que es una de las más altas del mundo (PRB 2011). La tasa de mortalidad infantil (TMI) también es elevada: 64 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (PRB 2012). A pesar de una renta per cápita (RPC) de 5.400 dólares al año, las tasas de mortalidad materna e infantil de Angola están a la par con las de países vecinos con ingresos mucho más bajos (Zambia, con una RPC de 1.380 dólares, tiene una RMM de 470 y una TMI de 88, y la República Democrática del Congo, con una RPC de 320 dólares, tiene una RMM de 670 y una TMI de 115). Los países vecinos con una renta per cápita similar a la de Angola tienen indicadores de salud significativamente mejores (Namibia, con una RPC de 6.400 dólares, tiene una RMM de 180 y una TMI de 34 [PRB 2011, 2012]).

Existen importantes deficiencias en la oferta de servicios de PF en Angola:

- a) Disponibilidad muy limitada de personal de PF cualificado y competente;
- b) Debilidades en los sistemas de apoyo (desarrollo de capacidades, logística, supervisión, sistema de información de gestión [SIG]);
- c) Número restringido de profesionales cualificados para crear y gestionar estos sistemas de apoyo.

En Angola, el acceso a los servicios de PF sigue siendo limitado, ya que sólo están disponibles en aproximadamente 403 puestos de prestación de servicios (PHP) dentro del sector público (instalaciones sanitarias), lo que supone menos del 15% de un total nacional de aproximadamente 2.778. Los centros de nivel superior (hospitales y centros de salud materno-infantil) suelen ofrecer todos los métodos reversibles, mientras que los de nivel inferior (puestos y centros de salud) suelen ofrecer únicamente métodos de corta duración. No existe un componente comunitario en la prestación de servicios de PF. La disponibilidad de métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada (DIU, implante) es aún más limitada. Aunque los DIU están teóricamente disponibles en la mayoría de los centros de PF, en la práctica los proveedores no siempre los ofrecen a las clientas (por razones como la falta de habilidades o de compromiso). Los implantes

se ofrecen en menos de 50 unidades en todo el país, todas ellas en las principales ciudades. No existe la posibilidad de utilizar métodos definitivos (ligadura de trompas o vasectomía) en ningún lugar de Angola con una atención normal. Los médicos y las enfermeras están autorizados a proporcionar todos los métodos disponibles en el país, pero su formación no les ayuda a prestar servicios de PF de calidad. Por lo general, carecen de habilidades de asesoramiento. Los técnicos sanitarios y otro personal auxiliar pueden proporcionar preservativos y la píldora, pero no están autorizados a distribuir inyectables (Normas de prestación de atención del Ministerio de Sanidad). No hay agentes comunitarios activos en la distribución de asesoramiento o métodos de PF.

Angola intenta aprovechar sus recursos naturales (petróleo, gas y diamantes) para sacar a su población de la pobreza. Sin embargo, a medida que cada generación supera a la anterior, es necesario invertir más recursos para mantener sólo el nivel actual de servicios. En las últimas décadas, muchos países de todo el mundo (e incluso de África - Namibia, Ruanda, Botsuana y, más recientemente, Etiopía y Malawi-) que han logrado reducir sus tasas de fertilidad están aprovechando esta tendencia para acelerar el desarrollo de sus economías (Gribble 2012). Con su gran población joven, Angola tiene la posibilidad de seguir el camino de esos países, en los que se han producido dos tipos de desarrollos:

- a) El descenso de las tasas de fertilidad ha dado lugar a que una generación más pequeña de niños y jóvenes sea apoyada por un mayor número de adultos económicamente productivos. Esto ha permitido a los padres invertir en sus hijos, lo que ha dado lugar a una mano de obra más sana, mejor educada y capacitada.
- b) Los gobiernos han invertido en capital humano (salud y educación) con la aplicación de políticas económicas sólidas y prácticas de buen gobierno. En conjunto, estos avances están permitiendo a estos países hacer crecer sus economías e iniciar el camino hacia el desarrollo sostenible. Esto es lo que se llama el dividendo demográfico (Gribble 2012).

El acceso a los métodos anticonceptivos es más limitado en el África subsahariana que en otros lugares. La prevalencia del uso de anticonceptivos en África

es de aproximadamente el 27%, menos de la mitad de la media mundial (Bisika et al., 2007). En Mozambique, el servicio público de salud es el principal proveedor de anticonceptivos. La mayoría de los servicios de planificación familiar se prestan a través de una red de clínicas de salud materno-infantil, donde se ofrecen gratuitamente anticonceptivos orales (píldoras), Depo-provera® (inyecciones), dispositivos intrauterinos (DIU), esterilización femenina y masculina, y preservativos masculinos y femeninos (Capurchande et al., 2016).

Las estadísticas en Angola son inexactas o inexistentes dado que los sistemas de salud son imperfectos y cuentan con pocos recursos, lo que hace que la mayoría de la población escape a las estadísticas oficiales al no recibir atención en los centros de salud (Chipalanga, 2014).

En Angola existen los siguientes tipos de anticonceptivos orales: anticonceptivos orales combinados (AOC) y anticonceptivos orales con progesterona (AOP). En cuanto a la anticoncepción de urgencia, se dispone del método Yuzpe (combinación de progestágeno y estrógeno), la píldora combinada Microginon® (levonorgestrel 0,15 mg y etinilestradiol 0,03 mg), el dispositivo intrauterino (DIU) Tcu 380 A y el anticonceptivo oral de urgencia (AOE) Postinor® (levonorgestrel 1,5 mg). En los hospitales y centros de salud públicos, estos métodos se adquieren con receta médica de forma gratuita (MINSA, 2013). Los citados anticonceptivos orales están disponibles en las farmacias comunitarias y se venden con receta médica (datos del Colegio de Farmacéuticos de Angola, 2011).

En los últimos años, la incidencia de los embarazos en adolescentes ha aumentado considerablemente en todo el mundo (Dadoorian, 2003). Según Santos y Silva (2000), las estadísticas demuestran que, cada década, crece el número de nacimientos de niñas cada vez más jóvenes, lo que contradice nuestros resultados. Sin embargo, hay que tener en cuenta el estudio realizado por Chipalanga (2014) que concluye que el 34% de las adolescentes embarazadas abandonan la escuela teniendo el embarazo como principal motivo de abandono, lo que resulta coincidente con los estudios de Faria y Zanetta (2008) que refuerzan esta idea al mostrar una tasa de abandono previa al embarazo de alrededor del 47%.

Estos datos también ponen de manifiesto la relación entre el embarazo y el abandono escolar, donde se considera que el embarazo conlleva un empeoramiento de la

situación socioeconómica de las adolescentes y limita sus posibilidades de cualificación e inserción en el mercado laboral, cada vez más exigente, lo que provoca una dependencia de la pareja o de la familia (Chipalanga, 2014).

Por ello, es notoria la existencia de políticas públicas de acogida de mujeres y de seguimiento ginecológico durante todos los periodos. Se trata de la prevención, la atención médica, los exámenes, la provisión de elementos preventivos para el embarazo y, sobre todo, el seguimiento médico y familiar de las mujeres.

CAPÍTULO III – PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

3 METODOLOGÍA

Toda investigación implica la recopilación de datos de diversas fuentes, sean cuales sean los métodos o las técnicas empleadas. Este material de origen general es útil no sólo para aportar conocimientos que sirvan de antecedentes al campo de interés, sino también para evitar posibles duplicaciones y/o esfuerzos innecesarios; también puede sugerir problemas e hipótesis y orientar hacia otras fuentes de recopilación (Lakatos, 2010).

Según Marconi & Lakatos (2010, p. 65), los métodos son el conjunto de procedimientos sistemáticos y racionales que, con mayor seguridad y economía, permiten alcanzar el objetivo - conocimiento válido y verdadero trazando el camino a seguir, detectando errores y asistiendo las decisiones del investigador. En otras palabras, es la forma en que se piensa en el trabajo.

Gil (2010) refiere como Tipo de investigación:

Tipo de investigación: debe aclararse si la investigación es de carácter exploratorio, descriptivo o explicativo. También debe aclararse el tipo de diseño que se adoptará (investigación experimental, encuesta, estudio de casos, búsqueda bibliográfica, etc.); población y muestra: implica información sobre el universo que se estudiará, la extensión de la muestra y cómo se seleccionará; recogida de datos: implica la descripción de las técnicas que se utilizarán para la recogida de datos. Deben incluirse modelos de cuestionarios, pruebas o escalas, cuando proceda. Cuando la investigación incluya técnicas de entrevista u observación, en esta parte también deben incluirse los guiones a seguir. Análisis de datos: implica la descripción de los procedimientos que se adoptarán tanto para el análisis cuantitativo (por ejemplo, pruebas de hipótesis, pruebas de correlación) como para el análisis cualitativo (por ejemplo, análisis de contenido, análisis del discurso) (Gil, 2010, p. 162).

En este sentido, el estudio científico debe ser objetivo porque trata de una realidad, racional porque utiliza la razón para llegar a resultados y no las conjeturas, sistemático porque necesita construir ideas organizadas, general porque le interesa responder a preguntas complejas, verificable porque permite comprobar la información y también falible porque asume que no es la verdad absoluta. El conocimiento científico también está sujeto a fallos y errores.

Partiendo de este supuesto, la metodología hace hincapié en los métodos de investigación que se aplicaron al estudio, es decir, determina cómo se hizo, con qué y dónde, enumerando todos los actores que participaron en el estudio.

La necesidad de investigar el tema en cuestión surge de un problema de salud pública cuya relevancia en Angola sigue siendo mitigada por la cultura local. Así, surge de un problema y de la curiosidad del autor sobre la situación epidemiológica de las adolescentes que se quedan embarazadas prematuramente en Luanda. Por lo tanto, como una actividad dirigida a satisfacer la necesidad de conocer el panorama de la salud pública local, y la búsqueda para resolver las preguntas que sólo se puede realizar a través del enfoque de la investigación.

3.1 Tipo de Trabajo

Se ha realizado un estudio cuanti-cualitativo, observacional, descriptivo y transversal en adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrecia Paím en Luanda – Angola en el año 2020.

Con relación a la metodología, la investigación se clasifica como cualitativa y cuantitativa. En la aplicación del análisis mixto cualitativo y cuantitativo, según la bibliografía consultada, el autor se convierte en la esencia de la obra, ya que recoge datos, los interpreta y conceptualiza, y los relaciona con los principios, relaciones y las definiciones temáticas y en relación a las teorías existentes, tal como lo realizado en este documento. La subjetividad de las características de este tipo de investigación y los criterios utilizados para determinar los resultados tienen tanto un valor exacto o márgenes porcentuales, como un valor de evaluación y descripción (Álvarez, 2011).

En cuanto al enfoque de la investigación, se trata de una investigación cualitativa y cuantitativa o mixta. La investigación cualitativa permite indagar los hechos y comprenderlos en su contexto, por lo cual fue aplicada en el lugar de origen de los hechos (objetos de estudio) y a partir de dicho análisis se pretende demostrar el resultado mediante el sentido lógico/coherente que presenta, es decir, el producido por el tratamiento científico aplicado.

Marconi y Lakatos, refieren que, en este tipo de investigación, el investigador va al campo a relevar y recolectar datos, los analiza y puede comprender la dinámica de los hechos (Marconi; Lakatos, 2019).

Según Gil (2017) la definición de recolección de datos secundarios se trata del conjunto de información que ya ha sido recolectada por otra persona durante un proceso de investigación diferente. Más rápidos de obtener y con un coste menor, pero en muchos casos no están actualizados y pueden afectar al éxito de la investigación.

Según manifiestan estos autores, los datos secundarios se recogen a través de: (a) publicaciones de organizaciones gubernamentales y empresas privadas; b) Libros; c) Registros; d) Artículos.

En otro parámetro, el análisis de datos cuantitativo se presenta a través de técnicas de medición estadística, a partir de la recolección de datos para su posterior análisis y mejor obtención de los resultados esperados (Augusto et al, 2013).

Según Freitas y Jabbour (2011) cuando el objetivo de la investigación es describir o explicar eventos o fenómenos insertos en el contexto, los métodos utilizados deben ser cualitativos. Sin embargo, destacaron que nada impide la necesidad de un trabajo complementario en sus elementos metodológicos, que contengan las características cuantitativas producidas por las herramientas utilizadas para completar el evento y, por lo tanto, combinar los métodos de investigación con la llamada triangulación de métodos, vuelve a la más rica en contenido y más precisa en cuanto a la información expuesta.

Para Vergara (2011) la investigación descriptiva como el proceso de resolución de problemas específicos que requieren soluciones más directas, cuyo propósito práctico es lograr y aplicar estas teorías a través de requerimientos humanos y técnicos. Sus principales características son: aplicación de conocimiento básico; puede ser retenido o no; producción de productos, procesos y patentes; nuevas tecnologías y conocimiento generado a través del proceso de investigación. Y Gil (2010, p. 32) describe la investigación descriptiva como una investigación que pretende determinar el estado, la perspectiva o los planes futuros en la respuesta recibida. A partir de estas condiciones, su evaluación se basa en la premisa de que las observaciones objetivas y directas pueden describirse y analizarse para resolver problemas y mejorar la práctica.

Por lo tanto, la investigación se clasifica como descriptiva porque es un estudio que busca comprender la frecuencia de ocurrencia de un fenómeno, su relación y conexión con otros de la misma naturaleza y las características principales, sin manipularlas, además de captar datos de la realidad (Thomas & Nelson, 1996).

Según Yin (2012, p. 23), "la investigación descriptiva describe las características de la población, pero explica las razones y el porqué de las cosas". Así, Lima-Costa y Barreto (2003) afirman que los estudios epidemiológicos descriptivos pueden hacer uso de datos disponibles en fuentes primarias (datos encontrados in loco para el desarrollo del estudio como informes, formularios, actas de reuniones, material recogido a través de entrevistas y/o observación participante) y datos de fuentes secundarias (datos preexistentes en Bases Nacionales de Investigación, cómo el Sistema Nacional de Salud de Angola, Sitio web oficial de la Maternidad Lucrecia Paím, Base de datos de atención a la maternidad Lucrecia Paím, entre otras).

La investigación cuantitativa - descriptiva consiste en investigaciones empíricas cuyo objetivo principal es la delimitación o el análisis de las características de los hechos o fenómenos, la evaluación de programas o el aislamiento de las variables principales o clave. Cualquiera de estos estudios puede utilizar métodos formales, que se acercan a los diseños experimentales, caracterizados por la precisión y el control estadístico, con el fin de proporcionar datos para verificar las hipótesis. Todos ellos emplean dispositivos cuantitativos con el objetivo de recoger sistemáticamente datos sobre poblaciones, programas o muestras de poblaciones y programas. Utilizan diversas técnicas, como entrevistas, cuestionarios, formularios, etc. y emplean procedimientos de muestreo" (Lakatos, 2010, p.170).

Según Polit, Beck e Hungler (2004, p. 270) se trata de una investigación cualitativa de tipo descriptivo, que se caracteriza por ser una modalidad de "inquisición sistemática, preocupada por comprender a los seres humanos y la naturaleza de sus transacciones consigo mismos y con su entorno". Este tipo de investigación se basa en la premisa de que el conocimiento de los individuos sólo es posible mediante la descripción de la experiencia humana.

La investigación cualitativa surge ante la imposibilidad de investigar y comprender mediante la estadística los fenómenos centrados en la percepción, la intuición y la subjetividad. Se centra en la investigación de los significados de las relaciones humanas, por lo que las acciones están influidas por las emociones y/o sentimientos que surgen ante las situaciones vividas en la vida cotidiana. Este tipo de investigación produce grandes cantidades de datos narrativos y prescinde del análisis

exhaustivo, el investigador cualitativo debe evitar controlar la investigación para que el estudio se mantenga en el contexto naturalista.

Según Denzin y Lincon (2006), la investigación cualitativa implica un enfoque interpretativo del mundo, lo que significa que sus investigadores estudian las cosas en su entorno natural, tratando de comprender los fenómenos en términos de los significados que las personas les atribuyen.

El enfoque cualitativo se basa en la premisa de que existe una relación dinámica entre el mundo real y el sujeto, una interdependencia viva entre el sujeto y el objeto, un vínculo inseparable entre el mundo objetivo y la subjetividad del sujeto. El conocimiento no se reduce a datos aislados, conectados por una teoría, el sujeto observador es parte integrante del proceso de conocimiento e interpreta los fenómenos, dándoles un sentido.

Para Minayo (2012) en el centro de la defensa del método cuantitativo como suficiente para explicar la realidad social está la cuestión de la objetividad. Para los positivistas, el análisis social sería objetivo si se realizara con instrumentos estandarizados y supuestamente neutrales. El lenguaje de las variables ofrecería la posibilidad de expresar generalizaciones con precisión y objetividad.

Este tipo de investigación valora la descripción detallada de los fenómenos y de los elementos que los rodean, llama la atención que, en la perspectiva cualitativa, el entorno natural es la fuente directa de datos y el investigador el instrumento principal, y los datos recogidos son predominantemente descriptivos.

Para Laville (2011) si la debilidad de la tasa de respuesta corre el riesgo de comprometer su proyecto, el investigador probablemente tendrá una ventaja al utilizar la entrevista. La entrevista estructurada, por ejemplo, se construye exactamente igual que un cuestionario uniforme con sus determinadas opciones de respuesta. La entrevista puede realizarse en una reunión entre el entrevistador y el entrevistado, pero también puede realizarse por teléfono.

Por lo tanto, la investigación descriptiva tiene como objetivo comprobar y explicar los problemas, hechos o fenómenos de la vida real con la mayor precisión posible según el impacto del entorno en ellos, observar y establecer relaciones y conexiones. Sin embargo, no interfiere en el entorno porque el objetivo es aplicar fenómenos relacionados con el medio ambiente.

En la investigación descriptiva, el estudio, el análisis, el registro y la interpretación de los hechos del mundo físico se llevan a cabo sin la interferencia del investigador. Y la investigación descriptiva puede presentarse bajo varios tipos: documental, estudios de campo y encuestas, siempre que se estudie la correlación de al menos dos variables.

El proceso descriptivo tiene como objetivo identificar las características, factores o variables que se relacionan con el fenómeno o proceso. Este tipo de investigación puede entenderse como un estudio de casos en el que, tras la recogida de datos, se realiza un análisis de las relaciones entre las variables para determinar un resultado posterior.

Gil (2019) hace referencia a las investigaciones descriptivas:

Estas investigaciones tienen como objetivo proporcionar un mayor conocimiento del problema, con el fin de hacerlo más explícito o constituir hipótesis. Se puede decir que estas encuestas tienen como objetivo principal la mejora de las ideas o el descubrimiento de intuiciones. Su planificación es, por tanto, bastante flexible, de modo que permite considerar los más variados aspectos relacionados con el hecho estudiado. En la mayoría de los casos, estas encuestas implican (a) estudio bibliográfico; (b) entrevistas con personas que hayan tenido experiencias prácticas con el problema investigado; y (c) análisis de ejemplos que "estimulen la comprensión" (Gil, 2019, p. 123).

La investigación descriptiva es, junto con la investigación exploratoria, la más realizada por los investigadores sociales que se ocupan de la actuación práctica. Es decir, todo lo que describe el contenido de varios autores es descriptivo. En este trabajo los datos proceden de varias fuentes, recogidos en diferentes fases de la investigación, a través de la observación y la entrevista "Encuentro entre dos personas, para que una de ellas obtenga información sobre un tema determinado" (Marconi & Lakatos, 1999, p. 94). Con la recolección de datos se pudo percibir la realidad de las relaciones cotidianas en el ámbito escolar y social, ya que el conjunto de información se analizó con base en el marco teórico para validar o no las hipótesis y desarrollar las conclusiones que fundamentan los resultados.

En cuanto a las inferencias de la investigación, se clasifican como investigación *observacional*. Durante la realización de la encuesta, el autor no tiene derecho a manipular, interferir o modificar ningún aspecto. Se utiliza ampliamente en la investigación de las ciencias sociales y biológicas, especialmente en las investigaciones epidemiológicas.

En los estudios observacionales no hay manipulación del factor de estudio. Pueden subdividirse en descriptivas y analíticas. Sin embargo, cabe señalar que los estudios descriptivos y analíticos no pueden considerarse mutuamente excluyentes. Por eso se prefiere denominar estos estudios como predominantemente descriptivos o predominantemente analíticos. (Carvalho y Rocha, 2016)

Así que, siempre según Carvalho y Rocha (2016), el estudio observacional predominantemente descriptivo, tiene como objetivo describir la ocurrencia de un evento (por ejemplo, una enfermedad) de acuerdo con varias exposiciones o características de las personas (sexo o género, edad, raza, nivel socioeconómico), el lugar (hospital, barrio, ciudad, país, etc.) y el tiempo (por ejemplo, la detección de un aumento importante en la frecuencia de un evento en un momento dado es uno de los criterios para diagnosticar epidemias). Los estudios descriptivos son especialmente útiles cuando se conoce poco sobre la frecuencia, la historia natural o los determinantes de una enfermedad y/o factor de salud pública.

El subperíodo del estudio se clasifica como "longitudinal" por tener un orden cronológico y ser un proceso que cambia con el tiempo. En cuanto a la dirección temporal de la investigación, es "retrospectiva", "a posteriori" o "cohorte histórica".

En cuanto a los procedimientos técnicos y la estrategia de investigación, el estudio se compone de tres modalidades: el Estudio de Caso, la Investigación Bibliográfica y la Investigación Documental.

Según Gil (2010) define el estudio de casos como "el estudio profundo y exhaustivo de uno o pocos objetos, de forma que permita su conocimiento amplio y detallado". Y Yin (2004) afirma que esta estrategia "es el método que pretende comprender los fenómenos sociales complejos, preservando las características holísticas y significativas de los acontecimientos de la vida real". El mismo autor añade que, este procedimiento técnico tiene como objetivo comprender el acontecimiento estudiado y, al mismo tiempo, desarrollar teorías más genéricas sobre el fenómeno observado. Va más allá de la descripción de hechos o situaciones, sino que pretende aportar conocimientos sobre el fenómeno estudiado y demostrar o contrastar las relaciones evidenciadas en el caso. El propósito del estudio de caso es explorar, describir, explicar, evaluar y/o transformar.

Según Rezende (2017), el estudio de caso está dado por el grado de control que se tiene sobre los eventos, procesos, mecanismos o factores relevantes y por el enfoque en las causas o efectos del fenómeno central de interés. En cuanto a la investigación de campo, Gil (2010) se refiere a la investigación de campo como el estudio de un solo grupo o comunidad, no necesariamente geográfica, con el fin de comprender la estructura social a través de la observación directa y aprovechar sus explicaciones e interpretaciones.

Como propósitos del estudio de casos, Yin (2004), clasifica como estudios de casos exploratorios y descriptivos, estos últimos, objeto de nuestro estudio describen uno o unos pocos ejemplos. Ayuda a la comprensión de los acontecimientos, se centra en las preguntas "Cómo" y "Por qué". Tienen objetivos bien definidos, con procedimientos formales estructurados dirigidos a la resolución de problemas o a la evaluación de cursos de acción alternativos. La descripción tiene como objetivo la comprensión completa del fenómeno.

Una investigación bibliográfica pretende poner al investigador en contacto directo con todo lo que se ha escrito, dicho o filmado sobre el tema respectivo. Por lo tanto, proviene de fuentes secundarias que abarcan bibliografías relacionadas con el tema de estudio, que van desde revistas, publicaciones sueltas, internet, colecciones y libros (Furasté, 2015).

En cuanto a la investigación documental, en la concepción de Yin (2012), se trata de documentos que son fuentes de información que aún no han recibido organización, tratamiento analítico y publicación como cuadros estadísticos, informes de empresas, documentos archivados en oficinas públicas, hospitales, fotografías, epitafios, obras originales de cualquier naturaleza, correspondencia personal o comercial entre otros.

De hecho, estos estudios constituyen un paso inicial o una base de datos para la posterior investigación comparativa y la construcción de la teoría (Fachin, 2010, p. 33).

3.2 Unidades de Análisis

Adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrecia Paím en Luanda – Angola en 2020.

3.3 Variables

Las variables demográficas y variables de interés utilizadas para delimitar el estudio son:

- a) Edad (años cumplidos),
- b) Residencia (Municipio),
- c) Nacionalidad,
- d) Historia Obstétrica (Gestaciones, Partos, Abortos),
- e) Estado Civil,
- f) Ocupación Actual
- g) Nivel de Escolaridad Finalizada;
- h) Per cápita Familiar;
- i) Embarazo Planeado;
- j) Embarazo Deseado;
- k) Residencia (antes del embarazo y actualmente);
- l) Con Quien Vive (antes del embarazo y actualmente);
- m) Reacción del parcerero al Embarazo (aceptación o negación);
- n) Reacción del tutor y/o familiar al Embarazo (aceptación o negación);
- o) Apoyo Familiar (si o no);
- p) Abuso antes del Embarazo (sexual, físico, verbal o mixto);
- q) Sus Padres están vivos y si viven juntos (si o no);
- r) Historia Familiar de Embarazo en la Adolescencia (si o no) / (quien);
- s) Relación Actual con: su Parcerero, Madre, Padre, Hermanos, Amigos y sus Profesores;
- t) Cuáles son tus Expectativas o Sueños con su: Futuro Bebe, Compañero, familia y Consigo mismo.

Sin embargo, como forma de estandarizar y operacionalizar las variables, se consideraron los aspectos según la tabla 3.

Tabla 3 – Variables de consideración de las preguntas y respuestas.

VARIABLES	TIPO	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
-----------	------	--------	------------------------	-----------

Edad	Cuantitativa continua	10 a 13 14 a 16 17 a 19	Será considerada la edad en años cumplidos al momento de la investigación, a partir de la cual las mujeres serán clasificadas en 3 grupos previamente definidos.	Frecuencia absoluta Promedio Aritmético Mediana Moda Porcentaje (frecuencia relativa por grupos etarios)
Gravidez anterior	Cuantitativa discreta	0 1 a 2 3 y más	Según el número de veces que la mujer quedó embarazada con anterioridad	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Partos anteriores	Cuantitativa discreta	0 1 a 2 3 y más	Según el número de partos que la mujer tuvo con anterioridad	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Abortos anteriores	Cuantitativa discreta	0 1 a 2 3 y más	Según el número de abortos que la mujer tuvo con anterioridad	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Estado civil	Cualitativa nominal politémica	Soltera Casada Marital Divorciada Viuda	Según el estado marital actual de la investigada	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Ocupación Actual	Cualitativa nominal politémica	Estudia Trabaja Desocupada Otra	Según la actividad que ejerce la mujer en la actualidad	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Religión	Cualitativa nominal politémica	Católica Protestante Musulmana Laica Otra	Según el tipo de religión practicada por la mujer	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Escolaridad	Cualitativa ordinal	1º Ciclo 2º Ciclo Técnico Medio Analfabeta	Según el nivel de escolaridad que la paciente tenga en el momento de la Investigación	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Percapita familiar	Cualitativa ordinal	Bajo Medio Medio-alto Alto	Según el nivel de ingreso monetario que la familia de la investigada tenga	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)

Embarazo planeado	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Se considerará SÍ, si el embarazo fue planeado con anterioridad. NO en caso contrario	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Embarazo deseado	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Se considerará SÍ, si el embarazo fue deseado con anterioridad. NO en caso contrario	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Residencia anterior	Cualitativa nominal politómica	(coloca lugares de residencia)	Según lugar donde residía con anterioridad	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Residencia actual	Cualitativa nominal politómica	(coloca lugares de residencia)	Según lugar donde reside actualmente	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Con quién vivía	Cualitativa nominal politómica	Esposo Tutor o/y familiar Hermanos Otros	Personas con quien vivía la investigada	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Con quién vive	Cualitativa nominal politómica	Esposo Tutor o/y familiar Hermanos Otros	Personas con quien vive la investigada	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Reacción del compañero al embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptación Negación	Según el tipo de reacción que su compañero tuvo al momento de la mujer quedar embarazada	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Reacción de los encargados al embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	Aceptación Negación	Según el tipo de reacción que los tutores tuvieron al momento de la mujer quedar embarazada	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)

Apoyo familiar	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Será considerado SÍ, si la mujer tuvo apoyo de su familia para tener su embarazo; NO en caso contrario	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Abuso antes del embarazo	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Será considerado SÍ, si la mujer tuvo algún tipo de abuso antes de tener su embarazo; NO en caso contrario	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Sus padres viven juntos	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Será considerado SÍ, si los padres de la investigada viven juntos; NO en caso contrario	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Historia familiar de embarazo en la adolescencia	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Será considerado SÍ, si en la familia existe historia de embarazo en la adolescencia; NO en caso contrario	Frecuencia absoluta Porcentaje (grupo más frecuente)
Relación actual con su compañero	Cualitativa ordinal	Buena Regular Mala	En dependencia del nivel de relacionamiento con su compañero al momento de la investigación	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Relación actual con su madre	Cualitativa ordinal	Buena Regular Mala	En dependencia del nivel de relacionamiento con su madre al momento de la investigación	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Relación actual con su padre	Cualitativa ordinal	Buena Regular Mala	En dependencia del nivel de relacionamiento con su padre al momento de la investigación	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Relación actual con sus hermanos	Cualitativa ordinal	Buena Regular Mala	En dependencia del nivel de relacionamiento con sus hermanos al momento de la investigación	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)

Relación actual con sus amigos	Cualitativa ordinal	Buena Regular Mala	En dependencia del nivel de relacionamiento con sus amigos al momento de la investigación	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)
Relación actual con sus profesores	Cualitativa ordinal	Buena Regular Mala	En dependencia del nivel de relacionamiento con sus profesores al momento de la investigación	Frecuencia absoluta Porcentaje (frecuencia relativa por grupos)

Fuente: Autor, 2021

3.4 Procedimientos

El análisis y el procesamiento de datos fue realizado usando el programa estadístico SPSS versión 2012, los resultados son presentados en forma de tabla y gráficos estadísticos elaborados con el programa de la Microsoft Office Excel 2019; se determinarán las frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcientos) para cada variable estudiada para el alcance de los objetivos del estudio.

El texto fue escrito en el programa Microsoft Office Word 2019 y su presentación será en el programa de Power Point 2019 de la Microsoft Office, utilizando la frecuencia y el por ciento como medidas estadísticas de las variables cuantitativas.

En función de los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario, se ha realizado el análisis de las variables cualitativas teniendo en cuenta la operacionalización y caracterización en el proceso, así como la transcripción y el registro de las respuestas obtenidas con el programa de Microsoft Excel 2019.

El estudio se ha realizado en dos (2) ambientes diferentes, el primero fue en la Maternidad Lucrécia Paím, específicamente en la consulta de adolescentes embarazadas, que se realizan los lunes, miércoles y viernes en el horario de las 13:00 – 16:00 hs, las consultas fueran realizadas por un equipo de trabajo formado por dos (2) enfermeras, dos (2) residentes en Ginecología y Obstetricia y un (1) especialista que es el autor de este estudio.

El segundo ambiente fue en los domicilios de las adolescentes embarazadas, para contactar sus tutores y/o familiares para solicitar el consentimiento informado y,

también para reconfirmar algunos datos fornecidos por las adolescentes embarazadas en la consulta de adolescentes embarazadas en la Maternidad Lucrecia Paím.

3.5 Técnicas e instrumentos

Sampieri, Collado y Lucio (2013) destacan que la recogida de datos es esencial para que el estudio produzca los mejores resultados. En un estudio cualitativo lo que se busca es obtener datos que se transformen en información. Es fundamental que el investigador sepa qué método de investigación utilizar, ya que en la investigación cualitativa no existe un único instrumento de recogida de datos. La recogida de datos se llevó a cabo en el período comprendido entre enero y diciembre de 2020.

Para llevar a cabo la investigación, se siguieron las siguientes actividades:

- a) Estudio bibliográfico: Las investigaciones bibliográficas se realizaron en libros, artículos, sitios web que son de fuentes gubernamentales, que abordan cada tema en su contexto. A partir del relevamiento bibliográfico, se elaboró la problemática de la investigación y se establecieron los objetivos generales y específicos.
- b) Visitas in situ: Se realizaron durante el periodo de investigación, ya que se trata de un lugar público al que pueden acceder todos los ciudadanos. Además, es el ámbito profesional del autor;
- c) Registro fotográfico: Todos los registros fotográficos se realizaron con la cámara de un smartphone, en el que se pudieron registrar fotos de la sala de maternidad y su estructura, de eventos convencionales y quirúrgicos, graduaciones y salas de atención al público;
- d) Cuestionarios: La información se obtuvo a partir de un cuestionario sistemático, de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 4 – Informaciones dispuestas en cuestionarios.

ITEM	DESCRIPCION	OPCIONES
Datos personales	Número de la historia clínica: Edad: Nacionalidad: Residencia (Municipio):	NP
Identificación de los factores clínicos	Antecedentes Obstétricos	Gestaciones Partos Abortos

Caracterización de los factores sociales	Estado Civil:	Soltera Casada Marital Divorciada Viúva
	Ocupación Actual	Estudia Trabaja Desocupada Otra
	Religión	Católica Protestante Muçulmana Otra Laica
	Nível de Escolaridad Concluída	1º Ciclo 2º Ciclo Técnico medio Analfabeta
	Percapita Familiar	Baja Media Media Alta Alta
	Embarazo Planeado	Si No
	Embarazo Deseado	Si No
	Residencia	Antes Actualmente
	Con Quien Vive	Antes Actualmente
	Reacción de su pareja al Embarazo	Aceptación Negación
	Reacción de su tutor y/o familiar al Embarazo	Aceptación Negación
	Apoyo Familiar	Si No
Abuso antes del Embarazo	Sexual Físico Verbal Mixto	

¿Tienes Padres?	Si No Si es si, viven juntos: Si No
Historia Familiar de Embarazo en la Adolescencia	Si No Quien
Relación Actual con su Compañero	Buena Regular Mala
Relación Actual con su Madre	Buena Regular Mala
Relación Actual con su Padre	Buena Regular Mala
Relación Actual con sus Hermanos	Buena Regular Mala
Relación Actual con sus Amigos	Buena Regular Mala
Relación Actual con sus Profesores	Buena Regular Mala
Cuáles son tus Expectativas o Sueños con su futuro bebe	Respuesta subjetiva
Cuáles son tus Expectativas o Sueños con su Compañero	Respuesta subjetiva
Cuáles son tus Expectativas o Sueños con su familia	Respuesta subjetiva
Cuáles son tus Expectativas o Sueños consigo mismo	Respuesta subjetiva

Fuente: Autoría propia, 2020.

Para el análisis de este estudio se aplicó la estadística descriptiva, que permite sintetizar una serie de valores de la misma naturaleza, permitiendo así una visión general

de la variación de estos valores, organiza y describe los datos de tres maneras: a través de tablas, gráficos y medidas descriptivas.

Según Guedes et al (2020), la estadística descriptiva trabaja con datos, que pueden obtenerse a través de una población o una muestra y permite resumir, describir y comprender los datos de una distribución utilizando medidas de tendencia central, medidas de dispersión, percentiles, cuartiles y deciles, y medidas de distribución (Guedes, 2020).

Este procedimiento fue realizado a través de la aplicación de un cuestionario AD-HOC previamente elaborado para la realización de este estudio y estadísticamente testado (test de α Cronbach) buscando fiabilidad y su consistencia interna para la reproductividad del mismo, con una clara explicación del objetivo del estudio y con el consentimiento informado y esclarecido firmado por su tutor y/o familiar, los datos recogidos fueron registrados en una base de datos creados previamente en una computadora, usando el sistema de Microsoft 2019, para esta finalidad. También se ha usado los registros estadísticos de la consulta de adolescentes embarazadas de la institución, a partir de los cuales se ha obtenido los datos cuantitativos referidos a: cantidad de adolescentes que asistieran al hospital en el periodo de 2020, las edades de las embarazadas asistidas y los controles prenatales.

La aplicación del cuestionario a las adolescentes fue por vía de la entrevista que fue realizada por uno de los médicos integrantes de la equipo.

Hubo un período de entrenamiento del equipo de trabajo para la familiarización y adquisición de habilidades para la aplicación del cuestionario y el uso de la base de datos (registro de datos en el computador).

A nivel cuantitativo se realizó una base de datos en el programa estadístico SSPS para la tabulación y frecuencia estadística de variables, recopilación de datos y análisis, así como la científica estadística.

En relación con la aplicación del análisis epidemiológico se utilizó como apoyo el programa epi-info, versión 7.0 como control y apoyo de datos epidemiológicos.

Para el tratamiento de los datos cuantitativos encuestados se utilizarán gráficos circulares, que tienen como objetivo la percepción del porcentaje de la encuesta respecto al número de personas que han respondido a determinadas preguntas.

En cuanto a la investigación cualitativa, se realizó un análisis de contenido que servirá de base para un análisis cualitativo de las entrevistas, de las observaciones, de las preguntas abiertas en los cuestionarios, ambos recogidos en la investigación in loco.

Por lo tanto, a nivel cualitativo fue la aplicación del cuestionario y entrevista a las adolescentes teniendo en cuenta las variables preestablecidas, a partir de la transcripción de las entrevistas la categorización y operacionalización de los datos obtenidos. En la Maternidad Lucrecia Paím y a sus tutores o/y familiares durante las visitas a sus residencias o sus hogares, para constatar la estructura familiar.

Según Scagliusi (2020), el análisis de contenido busca la interpretación del material cualitativo. Siendo, a partir de la lectura de los referentes teóricos, las entrevistas, el material recogido y los factores que determinan las características de la investigación, así como la situación vivida por el autor (aspectos psicológicos, contexto sociocultural y proceso de producción del mensaje). En otros términos, busca la interpretación del material adquirido en la recogida de datos.

3.6 Universo y muestra de la investigación

El universo fue constituido por todas las adolescentes embarazadas que fueran atendidas en la consulta de adolescentes embarazadas en la Maternidad Central Lucrecia Paím en Luanda – Angola en 2020.

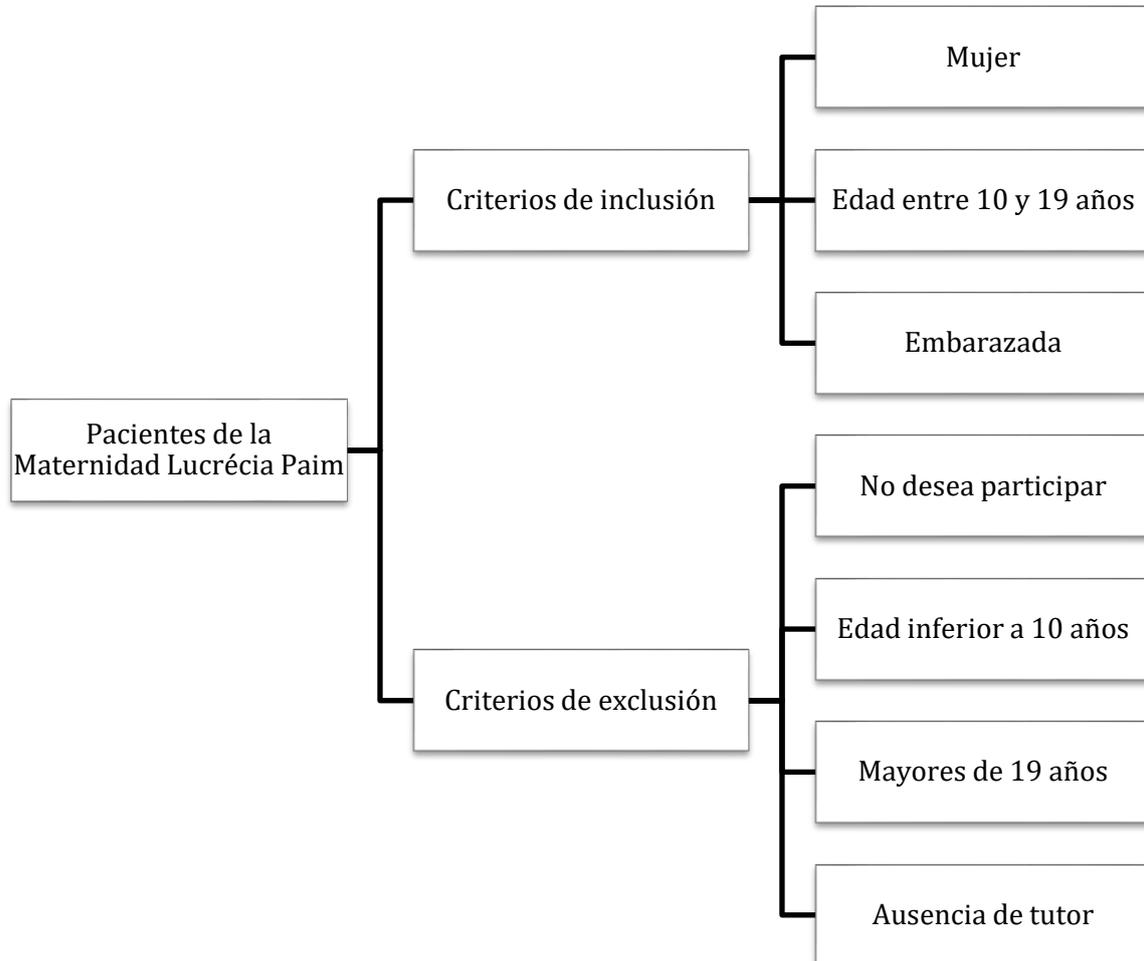
La muestra está formada por todas las adolescentes que reunieron los criterios de inclusión al estudio. Por lo tanto, se analizó un número preciso de 758 adolescentes embarazadas para apoyar esta investigación.

3.7 Selección de los sujetos de la investigación y criterios de inclusión y exclusión

Los sujetos incluidos en la investigación fueron: adolescentes embarazadas que, durante el período de 2020, acudieron a la consulta de adolescentes embarazadas de la Maternidad Lucrecia Paím para el seguimiento gestacional; equipo multiprofesional de salud de la Maternidad Lucrecia Paím; familiares de las adolescentes en período gestacional. Las inclusiones se producen en mujeres embarazadas de entre 10 y 19 años, que estaban en periodo gestacional y/o ya tenían hijos en la Maternidad.

Pero cabe destacar que, en algunas situaciones, durante los cuestionarios, algunos tutores ayudaron a responder a las adolescentes embarazadas, especialmente en situaciones en las que la mujer embarazada era menor de 15 años.

Figura 5 - Criterios de inclusión y exclusión aplicados al estudio.



Fuente: Elaborado por el autor, 2021.

En este contexto, los siguientes puntos de inclusión pueden ser puntuados para la aplicabilidad de este estudio, son:

- i. Mujeres;
- ii. Adolescentes de entre 10 y 19 años;
- iii. Padres y/o tutores de la adolescente embarazada;
- iv. Adolescentes que tuvieron seguimiento ambulatorio en la Maternidad Lucrécia Paím.

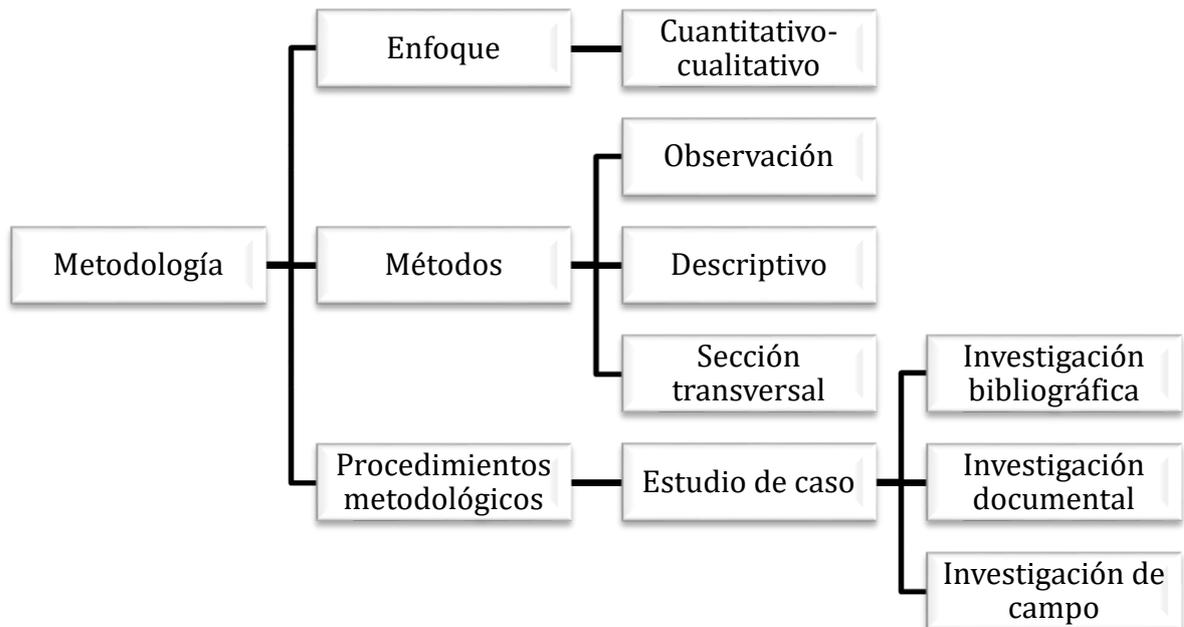
En cuanto a los criterios de exclusión, se excluyeron los varones, las mujeres menores de 10 años, mayores de 19 años y las adolescentes que no quisieran participar o que no tuvieran autorización de sus padres y/o tutores, así como las adolescentes que sus padres / tutores no quisieran participar durante las visitas en sus residencias.

3.8 Limitaciones del método

Los estudios de caso único tienen la limitación de no poder generalizar los resultados al universo, en este caso los sujetos de la investigación son limitados, pero pueden servir de modelo para la apreciación y formulación de una nueva herramienta de análisis.

Sin embargo, aunque existen dificultades, complejidades y riesgos, lo que se pretendía era que toda la investigación se realizara con rigor científico, para permitir conclusiones fiables y relevantes para la profundización del conocimiento. Por lo tanto, el proceso metodológico viene a permitir la aprehensión de la ciencia como un procedimiento vivo y no como un producto fragmentado, en base a esta perspectiva (Figura 5), se muestra la disposición metodológica de la Tesis.

Figura 6 – Disposición de la metodología de la Tesis.



Fuente: Elaborado por el autor, 2021.

Como se muestra en la Figura 5, que proporciona la estructura metodológica del trabajo, el estudio es cuanti-cualitativo y sus métodos son observacionales, descriptivos y transversales.

Cabe destacar que en los estudios transversales se evalúa a cada individuo por el factor de exposición y la enfermedad en un momento determinado. A menudo, el estudio transversal se lleva a cabo con un objetivo meramente descriptivo, sin ninguna hipótesis que evaluar. Algunos han utilizado el término encuesta para designar los estudios transversales realizados con este fin. La sección transversal El estudio transversal puede utilizarse como estudio analítico, es decir, para evaluar las asociaciones hipotéticas entre la exposición o características y evento. Sin embargo, existen limitaciones a la hora de intentar concluir cuál es la naturaleza de la relación entre la exposición y evento en estas situaciones.

Esta limitación está relacionada principalmente con el hecho de que la exposición y la enfermedad son evaluados al mismo tiempo (transversalmente). Una pregunta importante que puede quedar sin respuesta es qué apareció primero, el factor de exposición o la enfermedad. Otro punto que debe tenerse en cuenta en estos estudios transversales es la dificultad de separar los nuevos casos de la enfermedad de los que ya están presentes desde hace tiempo (Carvalho e Rocha, 2016).

De este modo, los estudios transversales reflejarán no sólo los determinantes de la enfermedad, sino también los de la supervivencia. A pesar de las limitaciones, los estudios transversales, al incluir individuos con y sin el evento y poder evaluar las asociaciones entre el evento y las exposiciones o características, pueden considerarse un paso adelante en la identificación de los determinantes de enfermedades, en comparación con los informes de casos o las series de casos. De hecho, hay situaciones en las que los estudios transversales pueden ser considerados como verdaderos estudios analíticos. Esto ocurre cuando el factor de exposición no está influenciado por el tiempo.

3.9 Ética de la investigación

La aplicabilidad de este estudio pasó por el proceso de Consentimiento Libre y Esclarecido, respetando la dignidad humana, en todas las etapas necesariamente observadas, de modo que los participantes, individuos o grupos que, por sí mismos y sus

representantes legales, expresaron su consentimiento a la participación en esta investigación de manera autónoma, consciente, libre e ilustrada. (ANEXO B, pag.191).

Cabe destacar que parte de la composición de los datos se realizó a través del sistema integrado de salud previsto en la Maternidad Lucrecia Paím, que pronto contó con la participación del equipo administrativo de la maternidad Lucrecia Paím. Se está dando como resultado entonces la sumisión de este estudio a la apreciación del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Maternidad Lucrecia Paím, ya que cuenta con datos secundarios y epidemiológicos de seres humanos y tiene como campo de estudio un ámbito hospitalario. Asimismo, se sometió al análisis del Comité Nacional de Ética del Ministerio de Salud de Angola. (ANEXO O, pág. 216).

En cuanto al interés de esta investigación, se afirma que no existe conflicto de intereses, considerando que los datos recolectados son de la misma manera que la realidad disponible en el ámbito profesional del autor. Sin embargo, debe considerarse que el estudio proporciona datos para futuras investigaciones que abarcan el panorama de la salud pública en la ciudad de Luanda - Angola.

3.10 Presentación de los datos obtenidos

Algunos estudios muestran que en Angola las relaciones sexuales se inician entre los 11 y los 12 años, lo que hace que muchas adolescentes queden embarazadas antes de llegar a la edad adulta (UNFPA, 2002, citado por Círculo Angolano Intelectual, 2014). Dado que la tasa de adolescentes sexualmente activos es muy alta (75%) y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos es bajo, los datos de la misma fuente indican que el 37% de las adolescentes de entre 14 y 17 años ya se han quedado embarazadas y el 17% de los chicos saben que han dejado embarazada a una chica. También se registró una alta incidencia de embarazos interrumpidos de riesgo en adolescentes, ya que el 50% de las adolescentes embarazadas abortaron y el 75% de estos abortos fueron provocados o inducidos (Chambata, 2015).

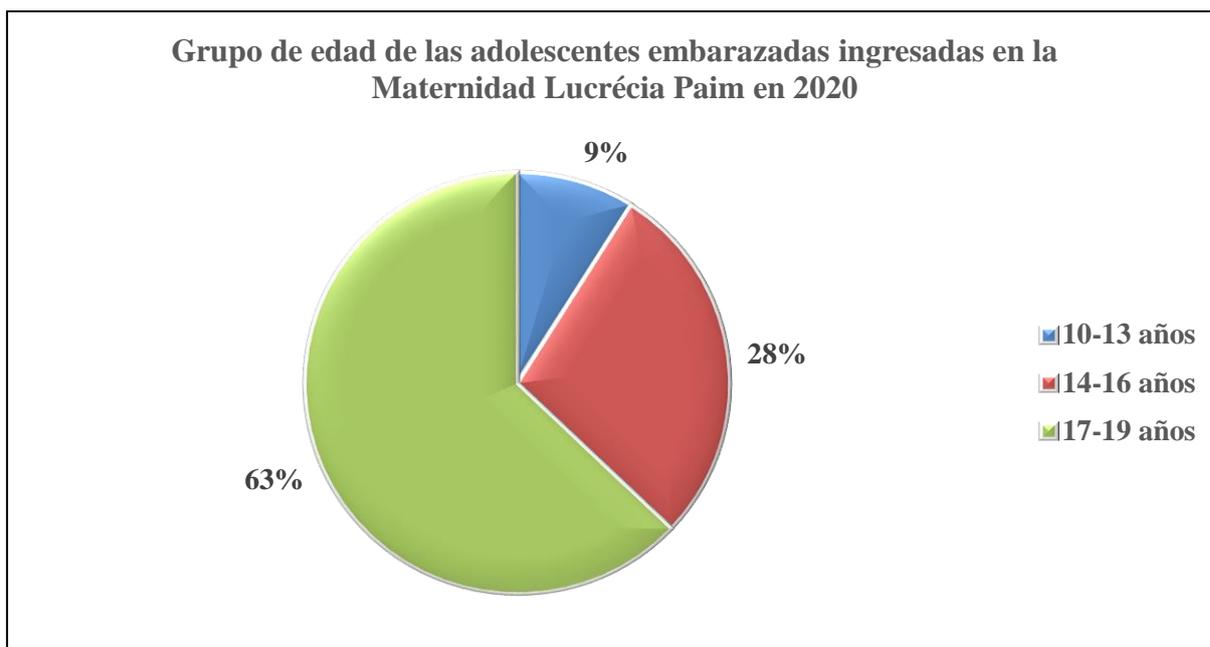
Así, los gráficos a continuación mostrarán la encuesta sobre el grupo de 758 adolescentes embarazadas admitidas en la Maternidad Lucrecia Paim en 2020, la nacionalidad de las embarazadas, las adolescentes que tuvieron un embarazo antes del proyecto, las adolescentes con embarazos anteriores, las adolescentes que abortaron, las

adolescentes que tuvieron partos anteriores; las adolescentes que abortaron; el estado civil de las adolescentes; la ocupación actual de las adolescentes; la religión de las adolescentes; el grado de escolaridad completado; el grado de escolaridad completado; el indicativo de embarazo planeado por las adolescentes; indicativo de embarazo planeado por adolescentes; indicativo de embarazo planeado por adolescentes; apoyo familiar; tipos de abuso experimentados antes del embarazo; adolescentes que tienen padre; antecedentes familiares de embarazo adolescente; relación actual con la pareja; relación actual con su madre; relación actual con su padre; relación actual con sus hermanos; relación actual con sus amigos; relación actual con sus profesores; expectativas o sueños sobre su bebé; expectativas o sueños sobre su pareja; expectativas o sueños sobre su familia; expectativas o sueños sobre sí misma.

Así, a través de estos datos es posible tener una visión amplia de la realidad de estas adolescentes que llegaron a verse afectadas por el embarazo y todas sus consecuencias positivas o negativas.

Por lo tanto, en este contexto y para una mejor comprensión de las características epidemiológicas y demográficas de las adolescentes embarazadas, se definió el rango de edad de las 758 adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrecia Paím. En el gráfico 1 se muestra lo siguiente.

Gráfico 1 - Grupo de edad de las adolescentes embarazadas ingresadas en la Maternidad Lucrecia Paim en 2020.



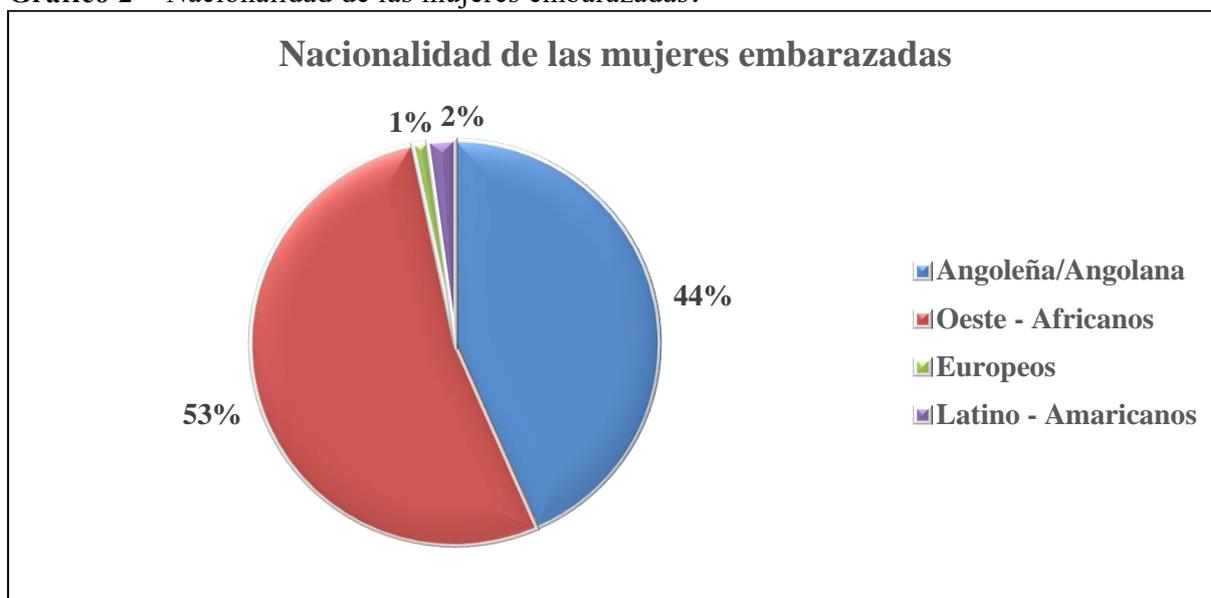
Según el Gráfico 1, que mide la edad media de las adolescentes embarazadas ingresadas en la Maternidad Lucrécia Paim en 2020, el 63% de las adolescentes tenían entre 17 y 19 años - adolescencia tardía. El 28% tenían entre 14 y 16 años - adolescencia media, y el 9% tenían entre 10 y 13 años - adolescencia temprana.

Tabla 5 – Grupo etario de las adolescentes embarazadas atendidas por la Maternidad Lucrécia Paím en 2020.

Grupo etario	Número	%
✓ Adolescencia Temprana (10-13 años)	68	9,0
✓ Adolescencia media (14-16 años)	213	28,1
✓ El final de la adolescencia (17-19 años)	477	62,9
TOTAL	758	100

Así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años, una fase del desarrollo caracterizada por una serie de cambios físicos, mentales y sociales que culminarán en las características de un adulto. Considerando os números de acuerdo con la tabla 4.

Como se puede observar en el Gráfico 2, que aborda la nacionalidad de las adolescentes embarazadas, el 53% son mujeres de África Occidental, el 44% son angoleñas, el 2% son latinoamericanas y sólo el 1% de esta población de mujeres son europeas.

Gráfico 2 – Nacionalidad de las mujeres embarazadas.

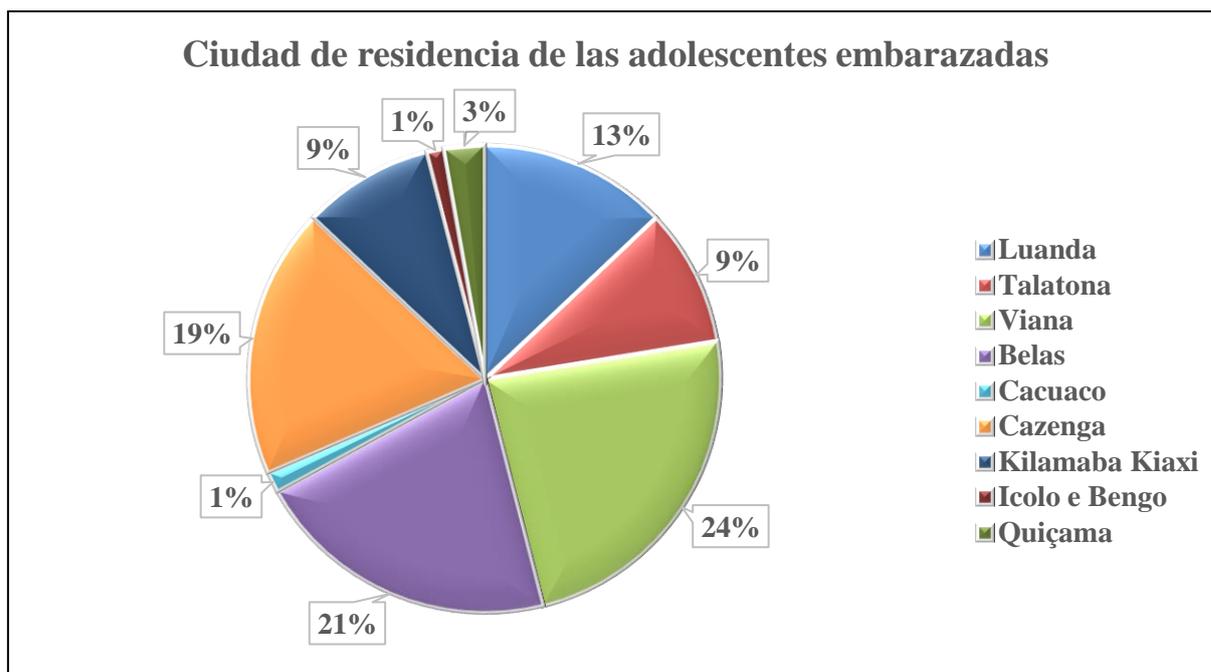
Cabe destacar que, por ser una maternidad de referencia, la maternidad Lucrécia Paím no se limita a atender únicamente a las mujeres angoleñas. Como se puede observar en la tabla 6.

Tabla 6 - Nacionalidad de las gestantes adolescentes atendidas por la Maternidad Lucrécia Paím en 2020.

Nacionalidad de la gestante	Número	%
✓ Angoleña / Angolana	329	43,4
✓ Oeste – africanos	404	53,3
✓ Europeos	09	1,2
✓ Latino – americanos	16	2,1
TOTAL	758	100

Como se puede ver en el gráfico 3, Ciudad de residencia de las adolescentes embarazadas, el 24% de estas adolescentes son de la ciudad de Quiçama, el 21% son de la ciudad de Belas, el 19% de la ciudad de Cazenga, el 13% de la ciudad de Luanda (donde se realizó la investigación). Siguiendo con, el 9% de la ciudad de Kilamada Kiaxi, Icolo y Bengo. Y, por último, la ciudad de Viana con un 3% y la ciudad de Talatona y Cacuaco en un ínfimo margen de sólo un 1%.

Gráfico 3 – Nacionalidad de las mujeres embarazadas.

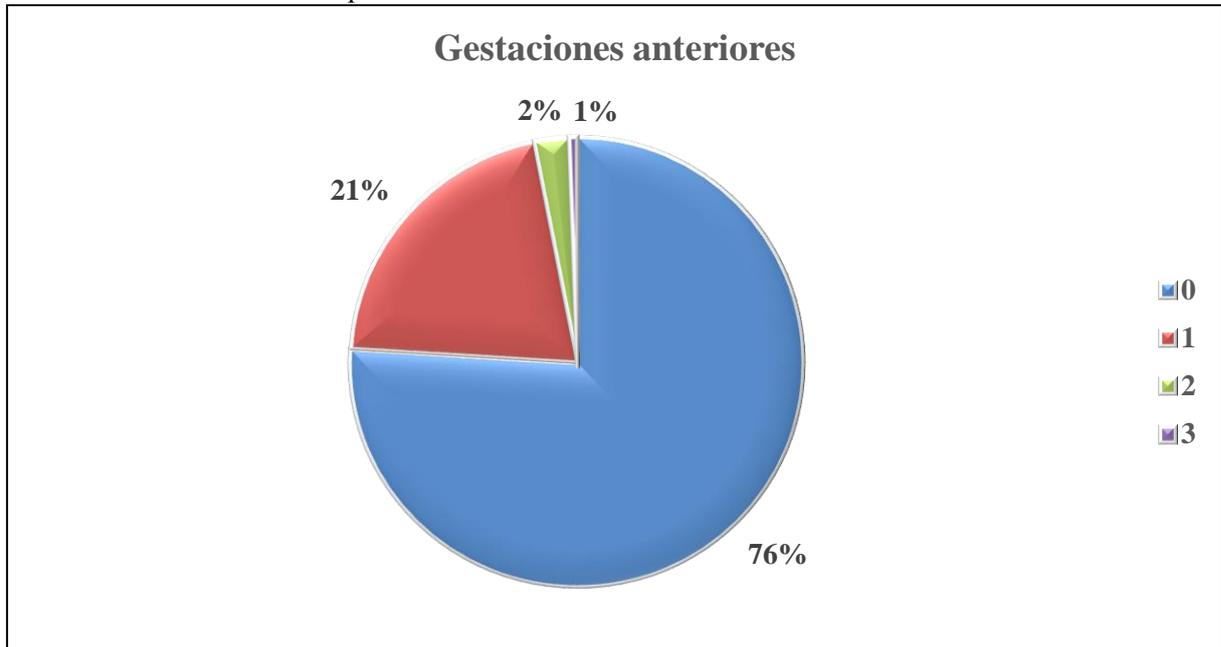


Pero, puede afirmarse que, la amplia concurrencia de mujeres adolescentes tiende, en definitiva, a aumentar las características obstétricas que se les insertan, como consta en la tabla 7.

Tabla 7 – Municipio de origen de las gestantes adolescentes atendidas por la Maternidad Lucrecia Paím en 2020.

Municipio de origen	Numero	%
✓ Luanda	98	12,9
✓ Talatona	72	9,5
✓ Viana	179	23,6
✓ Belas	159	21,0
✓ Cacuaco	11	1,4
✓ Cazenga	141	18,6
✓ Kilamba Kiaxi	68	9,0
✓ Icolo e Bengo	9	1,2
✓ Quiçama	21	2,8
TOTAL	758	100

En cuanto a los embarazos anteriores, se observa que la mayoría de las adolescentes, es decir, el 76%, no han tenido embarazos anteriores. Sin embargo, el 21% de estas adolescentes tenía sólo 1 (un) embarazo anterior, mientras que el 2% tenía 2 (dos) embarazos anteriores y el 1% tenía 3 (tres) embarazos anteriores.

Gráfico 4 – Adolescentes que han tenido embarazos anteriores.

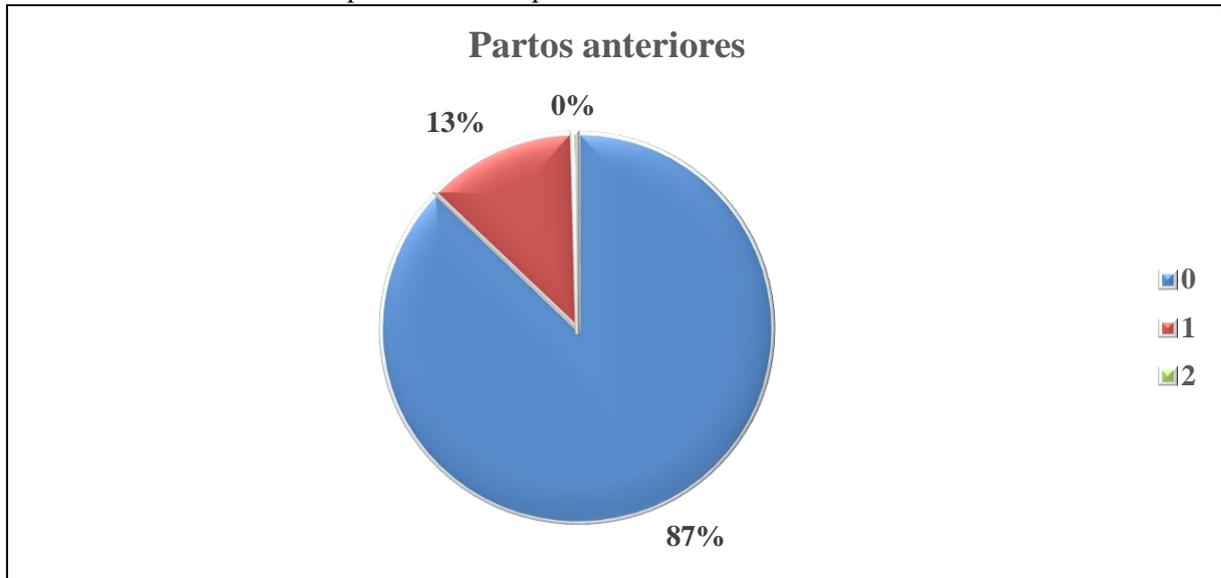
Se puede ver que a través de los hallazgos que la mayoría del grupo de investigación no había tenido embarazos anteriores, sin embargo, el embarazo recurrente ocurre mucho entre los adolescentes, muestra en la tabla 8.

Tabla 8 - Numero de gestaciones anteriores a 2020 de las adolescentes.

Numero de gestaciones anteriores	Cantidad	%
0	576	76,0
1	159	21,0
2	19	2,5
3	4	0,5
TOTAL	758	100

Los embarazos sucesivos en la adolescencia parecen ser el resultado de numerosos factores que pueden ser parte del contexto de vida de la adolescente, tales como: las condiciones socioeconómicas bajas, el inicio temprano de la actividad sexual, la baja adherencia a los métodos anticonceptivos, el vivir en una unión estable o estar casada y la deserción escolar (Almeida, 2016).

En el gráfico 5, en la estadística de adolescentes que han tenido partos anteriores, 87% de las adolescentes en período gestacional no tuvieron partos anteriores, 13% tuvieron 1 (un) parto anterior y ninguna tuvo 2 o más partos.

Gráfico 5 – Adolescentes que han tenido partos anteriores.

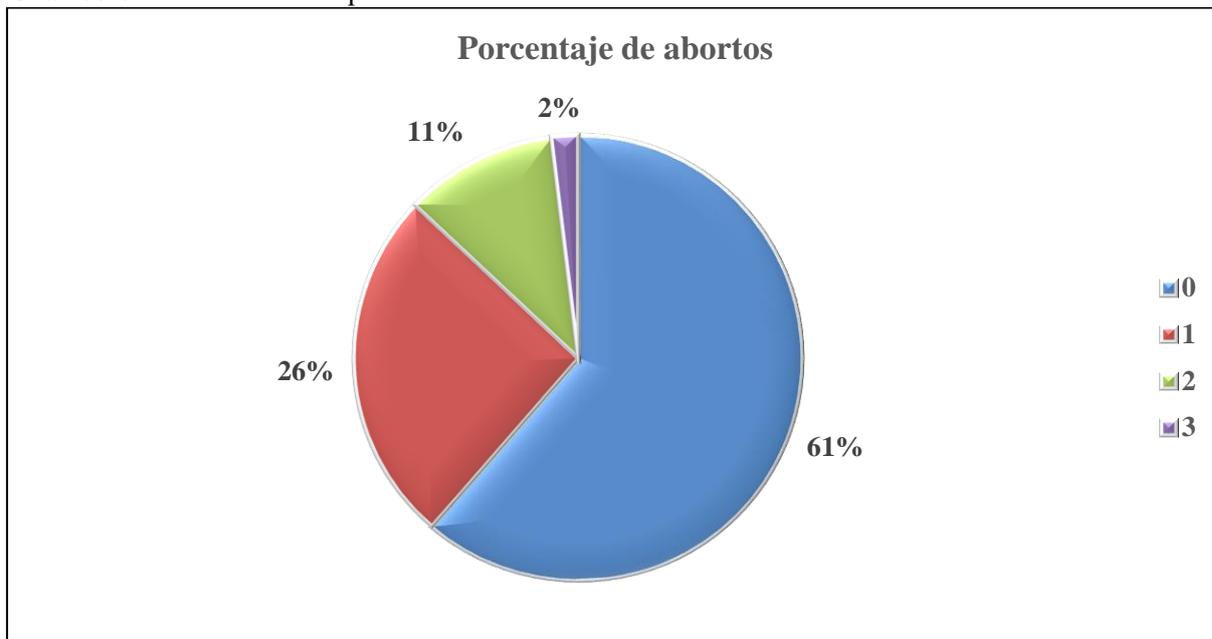
Así, en las cantidades tabuladas, se puede observar que, según la tabla 9, el número de adolescentes que han tenido partos anteriores es significativo.

Tabla 9 - Cantidad de Partos anteriores de las adolescentes.

Cantidad de partos	Cantidad	%
0	661	87,2
1	94	12,4
2	3	0,4
TOTAL	758	100

Teniendo en cuenta este tema, la prevención de un embarazo también depende del conocimiento y la posibilidad de ejercer diversas formas de sexo seguro. [...] El sexo seguro no se restringe al uso de insumos/dispositivos técnicos para la prevención (métodos anticonceptivos, como el preservativo y la anticoncepción de emergencia), sino que exige el desarrollo de habilidades relacionales y afectivas en el proceso de construcción de la autonomía juvenil, dimensiones fundamentales que permiten a los jóvenes reconocer y articular los deseos y límites sexuales, y aprender a anticiparse y prepararse para los actos sexuales sabiendo que este acto puede traer consecuencias que influirán en sus vidas (Cabral & Brandão, 2020).

En el universo de adolescentes atendidas en la Maternidad Lucrécia Paím en 2020, el 61% nunca tuvo una incidencia de aborto. Sin embargo, el 26% sufrió al menos 1 (un) aborto, el 11% sufrió 2 (dos) abortos y sólo el 2% sufrió una media de 3 (tres) abortos.

Gráfico 6 – Adolescentes que han tenido abortos.

Así, las causas son variadas entre el aborto inducido y el espontáneo, empezando por el cuerpo de estas adolescentes que aún no están preparadas para dar a luz a un niño. Ya que, las adolescentes que consiguen abortar pueden tener consecuencias físicas y psicológicas para siempre. Observado en la tabla 10.

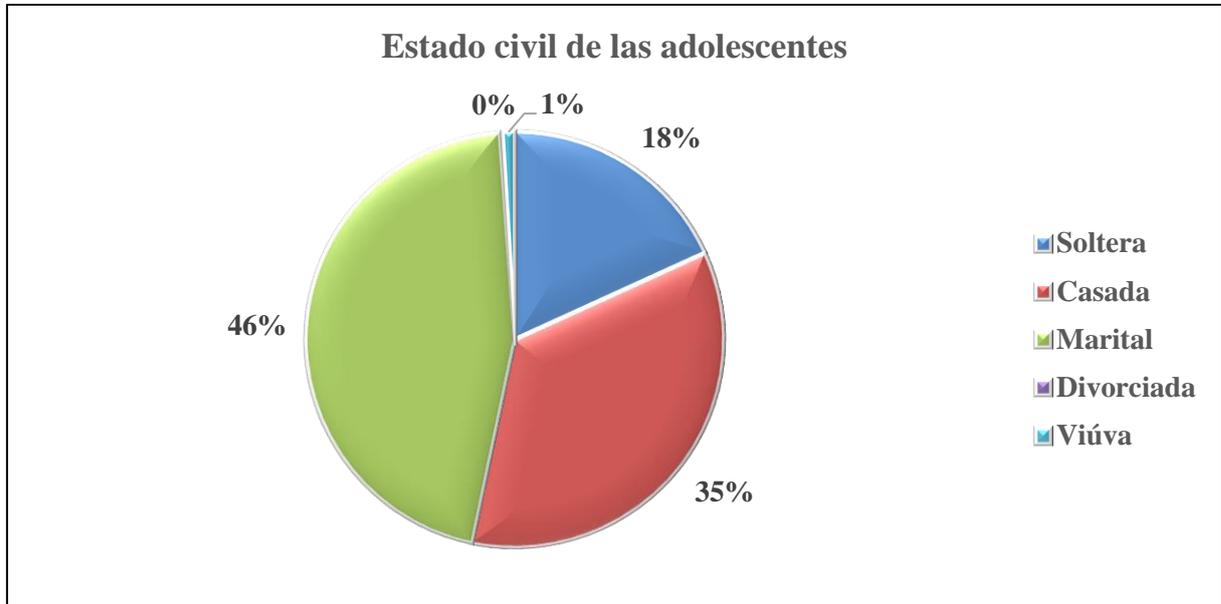
Tabla 10 - Número de Abortos anteriores de las adolescentes

Número de abortos anteriores	Cantidad	%
0	465	61,3
1	195	25,7
2	84	11,0
3	14	2,0
TOTAL	758	100

Sin embargo, en este escenario, las infecciones son muy comunes y pueden causar infertilidad femenina. Además, es habitual que aparezcan síntomas depresivos. También puede producirse un aborto espontáneo, principalmente debido a la exposición materna a medicamentos, alcohol, cigarrillos y otras drogas al principio del embarazo, cuando aún no ha sido identificado por la mujer. Además del aborto, esta exposición puede causar malformaciones en el feto (Amor Saúde, 2020). El gráfico 7 muestra que el estado civil de los adolescentes encuestados es mayoritariamente la unión marital, que

corresponde al 46%. Luego, el 35% está casado, el 18% de estos adolescentes es soltero y el 1% es viudo. Los demás, se observado en la tabla 10, seguido.

Gráfico 7 – Estado Civil de las adolescentes.



¿Cómo puede definirse el concepto de matrimonio en la mente de un adolescente? Según Vieira (2017), desde esta perspectiva, los hitos de la vida deberían o se producirían de forma secuencial, es decir, el final de los estudios, la entrada en el mercado laboral, la salida de la casa de los padres, luego la boda y el primer hijo. Sin embargo, esta realidad no es del todo igual, ya que estas adolescentes suelen ser objeto de matrimonios precoces. En los números son precisamente estos descritos en la tabla 11.

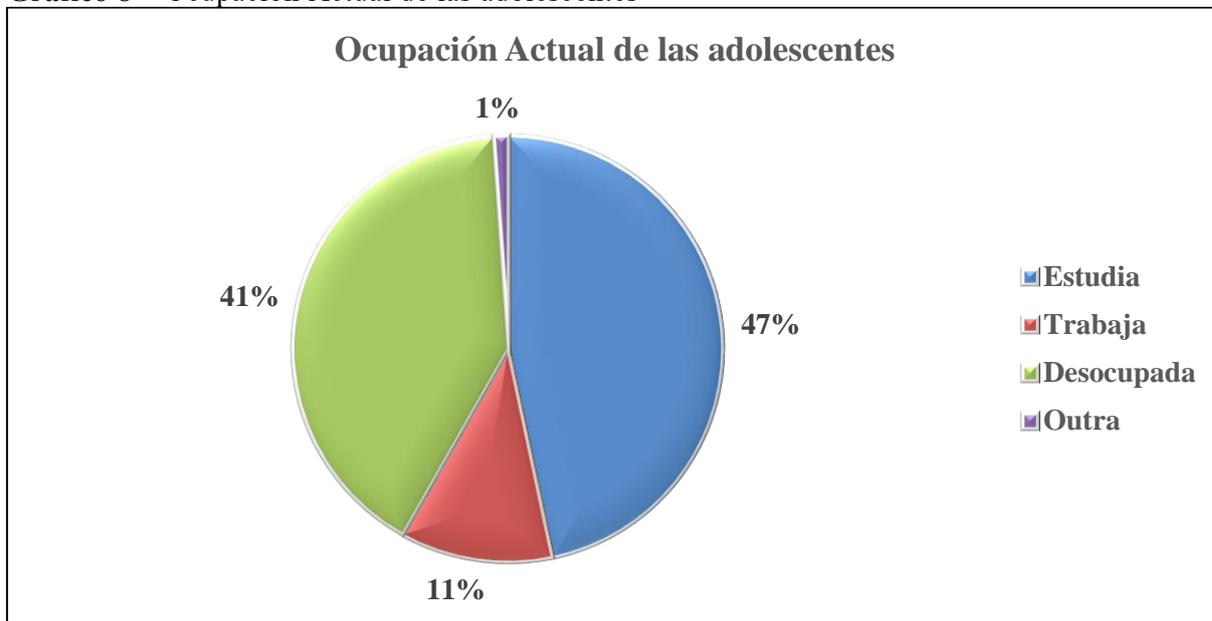
Tabla 11 – Estado civil de las adolescentes embarazadas en la Maternidad Lucrécia Paím.

Estado Civil	Número	%
✓ Soltera	138	18,0
✓ Casada	267	35,2
✓ Marital	346	45,6
✓ Divorciada	2	0,3
✓ Viuda	7	0,9
TOTAL	758	100

Como se puede ver en el gráfico 8, en lo que respecta a la ocupación de las adolescentes que son sólo estudiantes es del 47%. Le sigue otro 41% que no tiene

actividad, es decir, está desocupado. Los que trabajan suman el 11%. Y que tiene otra ocupación sólo el 1%.

Gráfico 8 – Ocupación Actual de las adolescentes

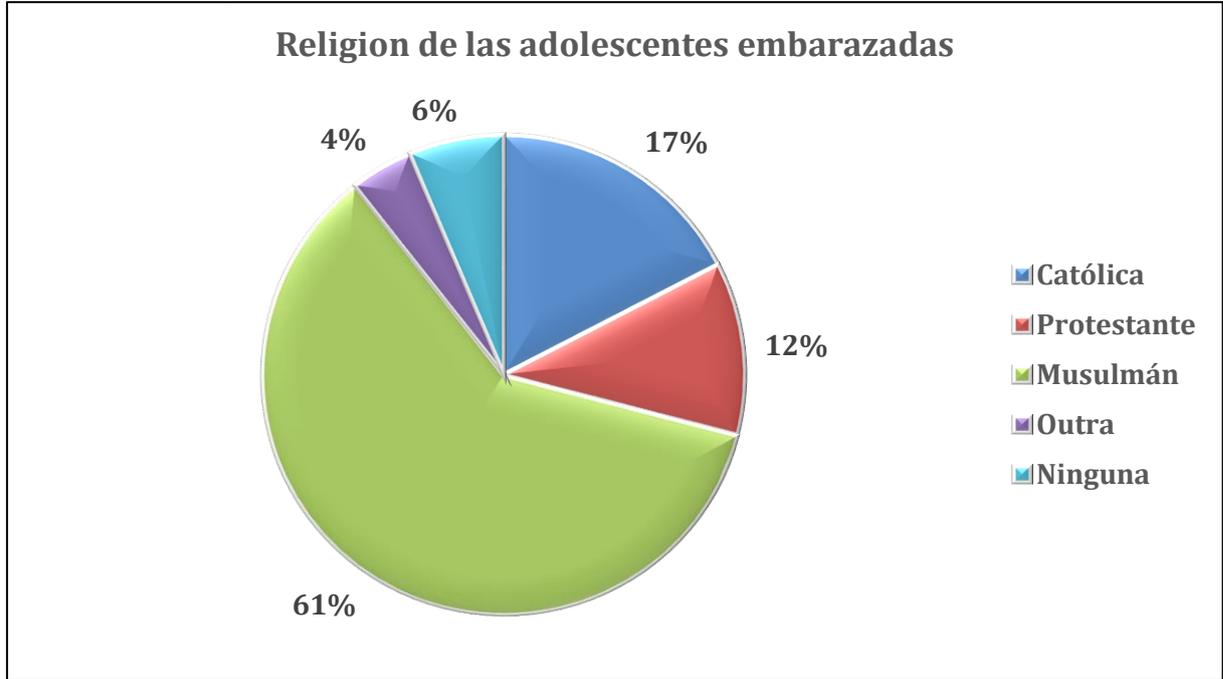


Según Nunes et al. (2012), la mayoría de las jóvenes embarazadas abandonan la escuela y las que deciden volver a ella tienen dificultades para terminar sus estudios. Les resulta difícil encontrar un trabajo, lo que agrava aún más la situación, ya que en la mayoría de los casos tendrán que asumir solas la responsabilidad de criar al niño. Muestras de las cantidades dar-se en la tabla 12.

Tabla 12 - Ocupación Actual de las adolescentes embarazadas.

Ocupación actual	Numero	%
✓ Estudia	354	46,7
✓ Trabaja	87	11,5
✓ Desocupada	309	40,8
✓ Otra	8	1,0
TOTAL	758	100

Para conocer las religiones de las adolescentes, tenemos el Gráfico 9, que indica que la mayoría de estas jóvenes son musulmanas, correspondiendo a una porción del 61% de las adolescentes embarazadas. Además, el 17% son católicos. Los protestantes tienen alrededor del 12%. Ninguna tiene un 6% de ellos. Y otros son sólo el 4%. Visto detalladamente en tabla 13.

Gráfico 9 – Religión de las adolescentes embarazadas.**Tabla 13** – Religión de las adolescentes.

Religión	Numero	%
✓ Católica	132	17,4
✓ Protestante	88	11,6
✓ Musulmán	458	60,4
✓ Otra	32	4,2
✓ Ninguna	48	6,4
TOTAL	758	100

En el gráfico 10, se puede visualizar sobre el grado de escolaridad completado o no, el 64% tiene el 2º Nivel. Están en el primer nivel, el 33%. Bachillerato y Técnico Medio, 1%. Siguiendo a Bachiller, el 1% y los analfabetos también, el 1%.

Gráfico 10 – Grado de escolaridad concluida por las adolescentes.

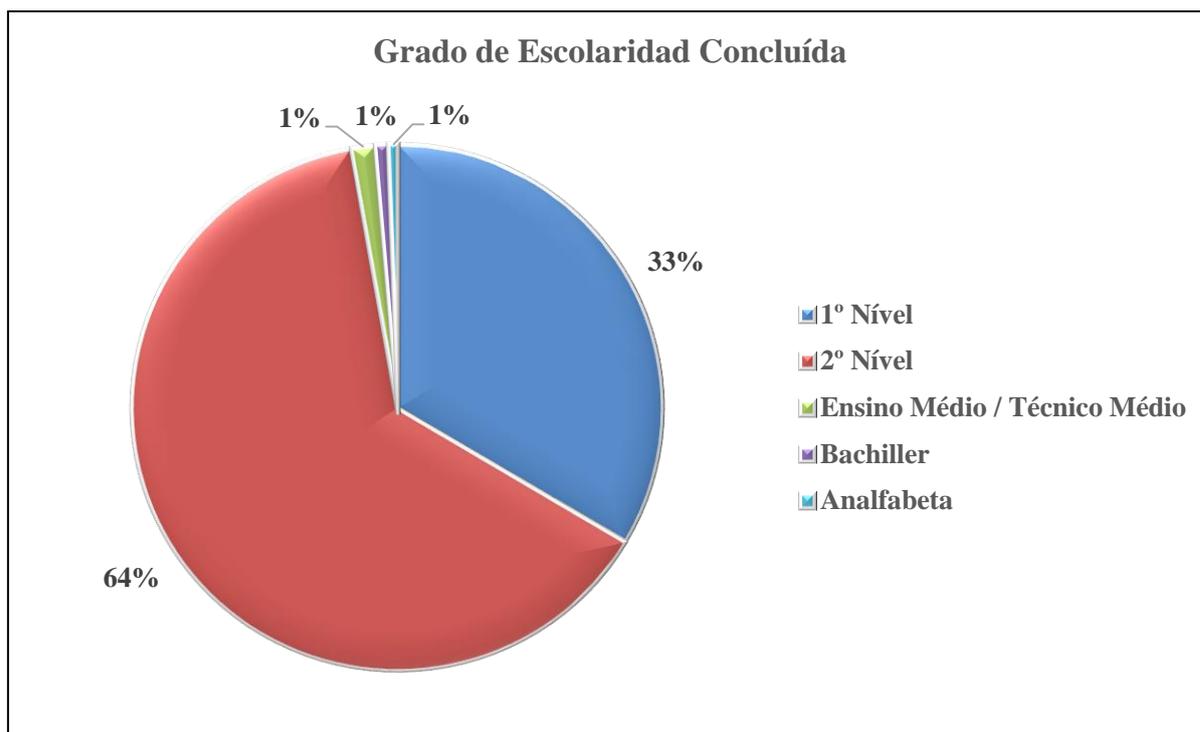


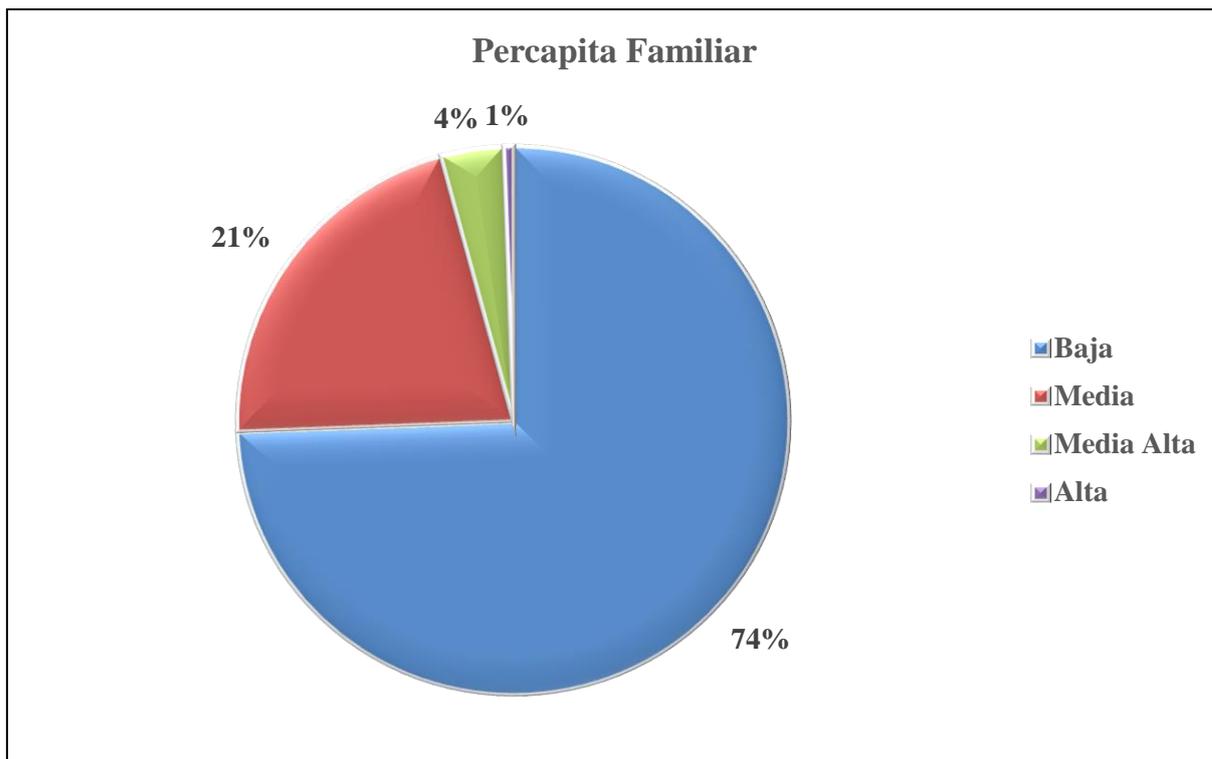
Tabla 14 - Grado de Escolaridad Concluída

Grado de escolaridad	Numero	%
✓ Iº Nivel /Ciclo de Escolaridad	254	33,5
✓ IIº Nivel /Ciclo de Escolaridad	483	63,7
✓ Ensino Medio / Técnico Medio	11	1,4
✓ Bachiller	6	0,9
✓ Analfabeta	4	0,5
TOTAL	758	100

Los niveles I y II son la escuela primaria I y II, y la mayoría de los adolescentes tienen una escolaridad incompleta. Véase la tabla 14.

Podemos comprobar en el gráfico 11, sobre la renta familiar per cápita que el 74% tiene una renta baja, el 21% tiene una renta familiar media, el 4% tiene una renta media alta, y el 1% una renta per cápita alta.

Gráfico 11 – Renta familiar Percapita



El resultado es una baja renta per cápita por familia, ver datos en la tabla 15.

Tabla 15 - Per cápita Familiar

Percapita familiar	Numero	%
✓ Baja	564	74,4
✓ Media	162	21,3
✓ Media Alta	28	3,7
✓ Alta	4	0,6
TOTAL	758	100

Las madres jóvenes se encuentran en una situación en la que tienen que dedicar mucho tiempo al cuidado del niño, cuidado que genera gastos materiales, lo que las lleva a depender económicamente de otras personas. Y esta dependencia financiera se deriva del menor nivel educativo y de las menores oportunidades de experiencia en el mercado laboral (OGIDO; SCHOR, 2012).

En general tanto en Angola, como en varias partes del mundo a la similitud de lo que sucede es muy común, las adolescentes que se embarazan son de familias de bajos ingresos y con bajo nivel de escolaridad que conviven en contextos de pobreza.

Como podemos observar en el gráfico 12, la indicación de embarazo planeado por parte de los adolescentes, el 81% dijo que sí era planeado. El 19% no planifico.

Gráfico 12 – Indicativo de embarazo planeado por las adolescentes.

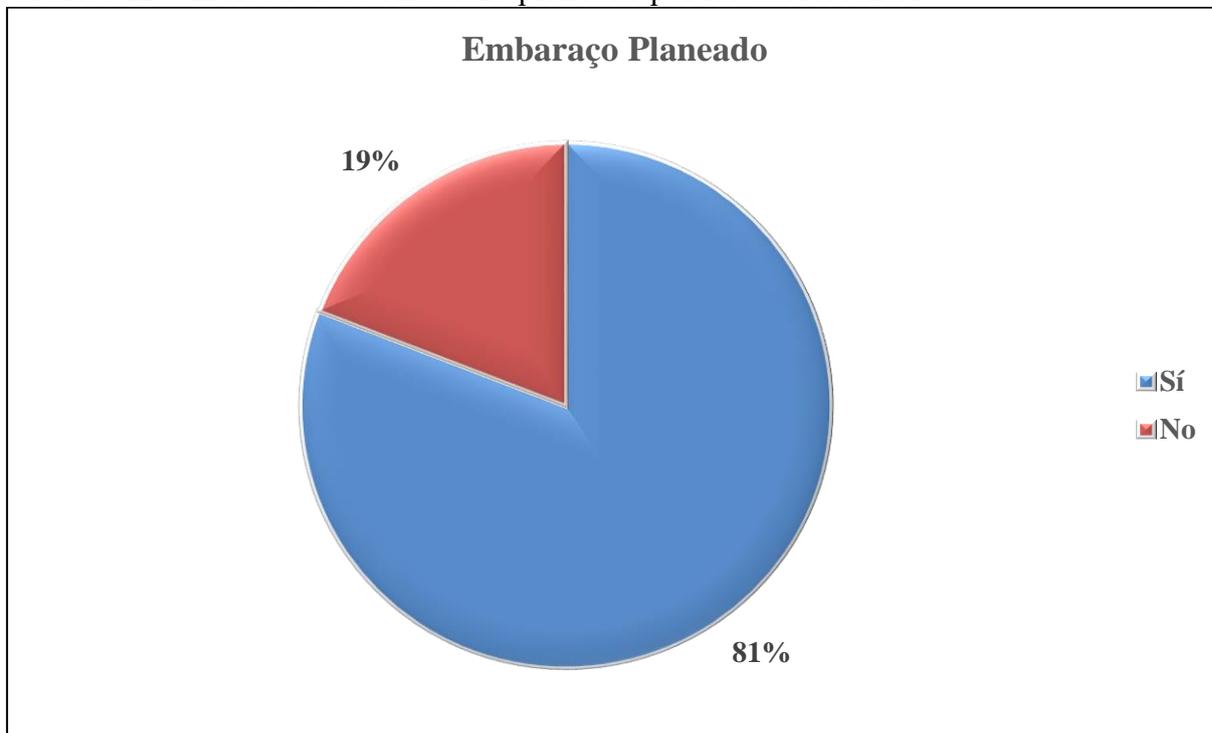


Tabla 16 - Embarazo Planeado

Embarazo planeado	Numero	%
✓ Si	613	81
✓ No	145	19
TOTAL	758	100

En el gráfico 13, si se trata de la encuesta de adolescentes que tuvieron el embarazo deseado fue del 66%. La adolescente que tuvo un embarazo no deseado fue el 34%.

Gráfico 13 – Indicativo de embarazo deseado por las adolescentes.

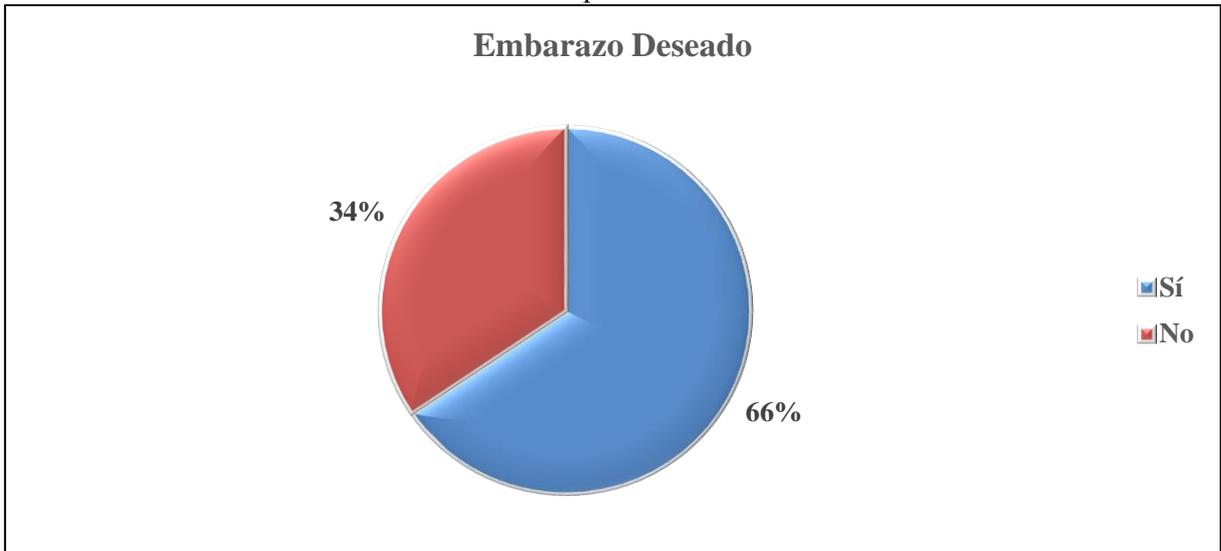


Tabla 17 - Embarazo Deseado

Embarazo deseado	Numero	%
✓ Si	497	65,5
✓ No	261	34,5
TOTAL	758	100

En el gráfico 14, Adolescentes que viven en la misma casa antes del embarazo, el 91% no está en el hogar familiar. En cuanto a sólo el 9% sí, siguen viviendo en la misma casa.

Gráfico 14 – Adolescentes que viven en la misma casa antes del embarazo

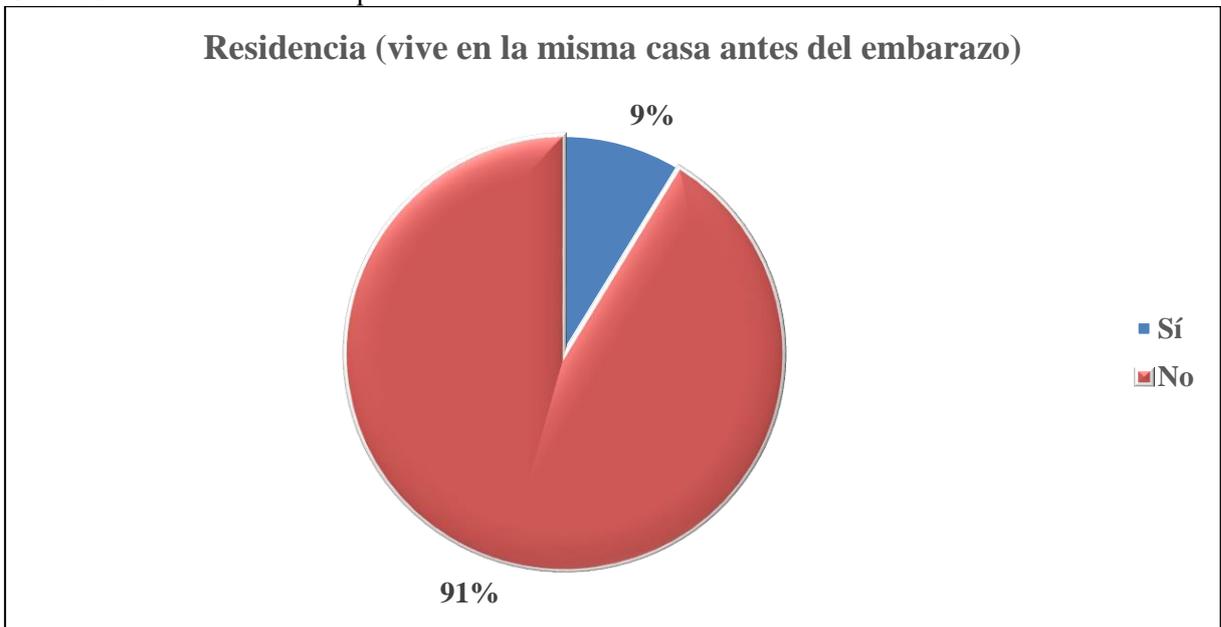
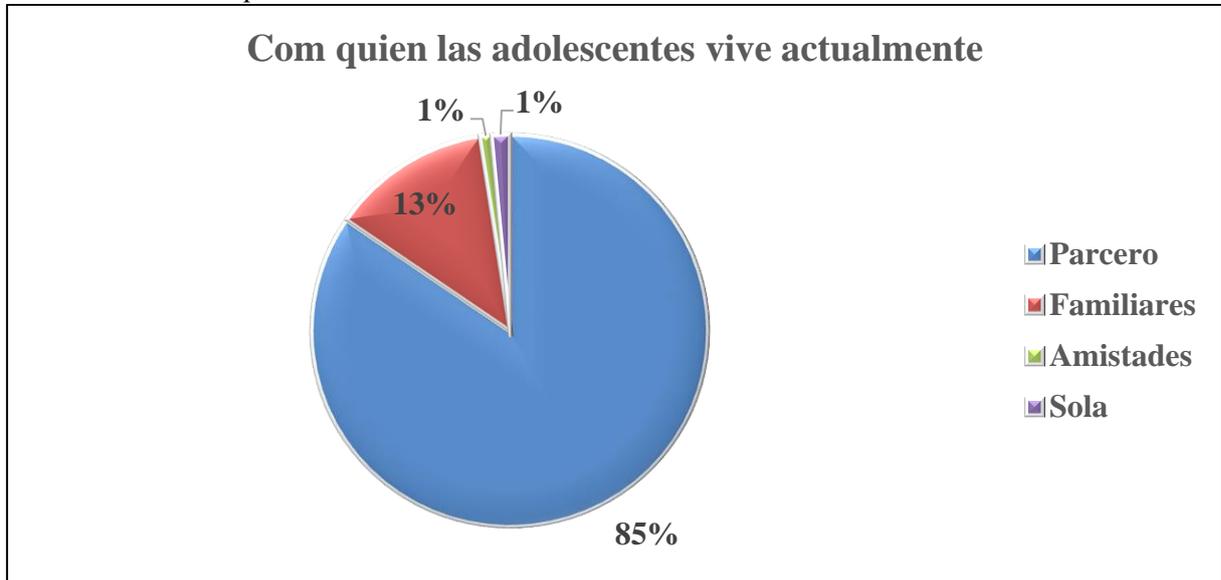


Tabla 18 - Residencia (vive en la misma casa antes del embarazo)

Residencia	Numero	%
✓ Si	66	8,7
✓ No	692	91,3
TOTAL	758	100

Son varias las razones que llevan a estas jóvenes a salir de casa, ya que el embarazo en la adolescencia trasciende los valores presentes en el contexto social cercano, abarcando también los factores y valores basados en el contexto familiar, que son esenciales tanto para aprehender la influencia de la familia en la ocurrencia del embarazo como para entender cómo será vivido y representado por la joven. abandonan sus estudios y tienen mayores dificultades para conseguir un empleo.

En el gráfico 15, sobre la encuesta de con quién viven las adolescentes, el 85% indica que viven con su pareja. Y viven con familiares el 13%. Vive con amigos o solo el 1%.

Gráfico 15 – Con quien las adolescentes viven.

En el universo de la investigación, la mayoría de las adolescentes declararon vivir con seis parejas. Según Winnicott (1961/2005) señala que los adolescentes son inmaduros y los adultos además de necesitar reconocer la "inmadurez" de los adolescentes tendrán que creer y actuar su madurez como nunca antes. Para este autor, la

adolescencia es una época en la que se reviven las etapas de maduración, además de otras dinámicas, con el objetivo de alcanzar la madurez.

Tabla 19 - Con Quien Vive actualmente

Con quien vive	Numero	%
✓ Parceros	641	84,5
✓ Familiares	99	13,0
✓ Amistades	7	1,1
✓ Sola	11	1,4
TOTAL	758	100

Sin embargo, la propia relación de pareja y el significado de la misma maduran al afrontar la maternidad y la paternidad, la asociación en el cuidado de los hijos, así como al adquirir un nuevo y más amplio estatus en la sociedad (Días, 2017). Para este autor, "En los buenos casos, la familia tiene su propio crecimiento no sólo porque sus miembros, centralmente el padre y la madre, maduran como individuos [...]" (Días, 2017).

Y el gráfico 16, con reacción del parceros al embarazo de acordó con la encuesta el 72% se decepcionó. El 27% lo negó y el 1% fue indiferente.

Gráfico 16 - Reacción del parceros al embarazo



Entre el universo de la investigación, la mayoría contaba con la aceptación del acompañante, sin embargo, no siempre es así; en muchos casos, el acompañante no

acepta la responsabilidad de la adolescente embarazada. La adaptación de la madre adolescente a las nuevas responsabilidades desencadena una mayor confianza para desarrollar el rol maternal desde el momento en que necesita ir a vivir con su pareja. La joven tiene la posibilidad de adaptarse mejor a la maternidad y encontrar la manera de superar las dificultades y reforzar el vínculo con el bebé y ocupar el rol familiar.

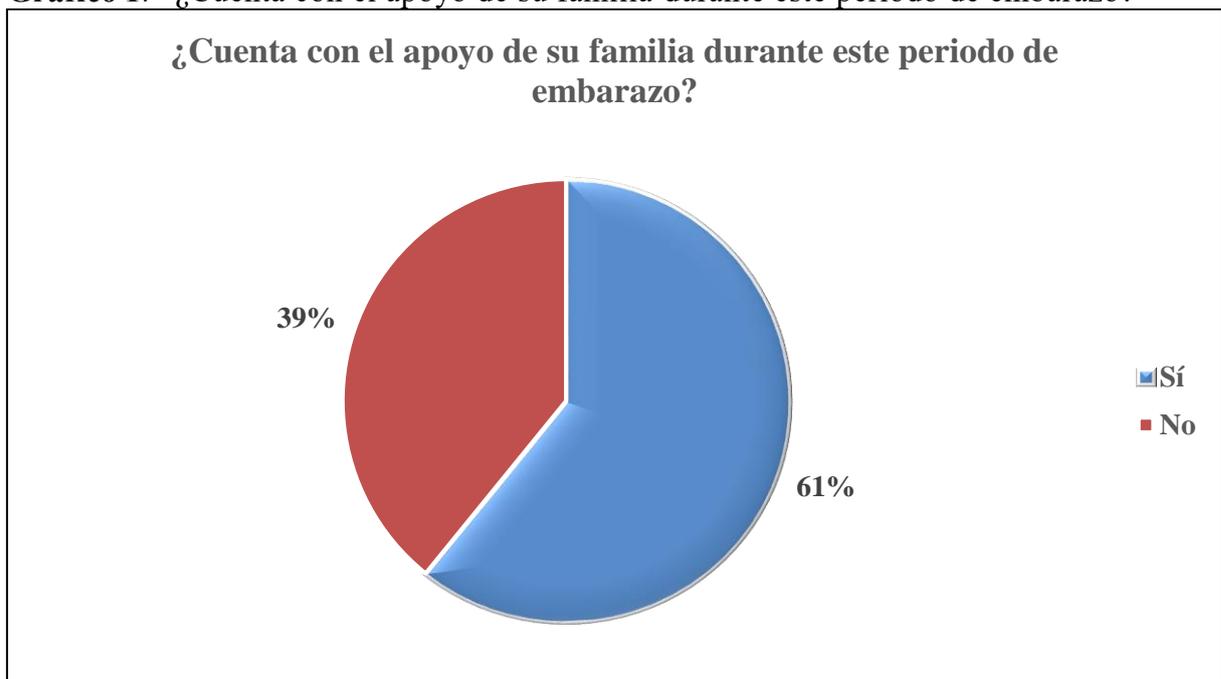
Tabla 20 - Reacción de su pareja al Embarazo

Reacción del parcerero al embarazo	Numero	%
✓ Aceptación	616	81,2
✓ Negación	139	18,4
✓ Indiferente	3	0,4
TOTAL	758	100

La experiencia de la adolescente con la maternidad parece tener un aspecto positivo, ya que hay ganancias emocionales efectivas y afirmación de la autoestima de la madre. Asume el papel de madre y adulta, esperado por la sociedad, y se siente plenamente capacitada para desempeñar este papel (Marino et al, 2013).

En el gráfico 17 relacionado con el apoyo de la familia, donde el 61% de los adolescentes encuestados sí tenía apoyo y el otro 39% no tenía apoyo de la familia.

Gráfico 17- ¿Cuenta con el apoyo de su familia durante este periodo de embarazo?



El embarazo en la adolescencia nunca es algo fácil de afrontar, cada familia lo

afronta de una manera diferente, según sus creencias, religiones y costumbres, pero el apoyo familiar es muy importante en este difícil momento. Cuando una adolescente se ve embarazada, es natural que sienta miedo, inseguridad, y al no saber qué hacer en algunos casos por miedo a las represalias familiares, algunas incluso toman medidas drásticas. Por lo tanto, el apoyo familiar aporta seguridad psicológica a la madre, hace que no sienta miedo, sino que se sienta segura tanto para ella como para su bebé, y esto trae como consecuencia un embarazo más tranquilo, más pacífico, sin conflictos, lo que genera muchos beneficios para ambos (Botelho et al, 2018).

Tabla 21 - Apoyo Familiar

Apoyo familiar	Numero	%
✓ Si	461	60,8
✓ No	297	39,2
TOTAL	758	100

En el Gráfico 18, Abusos sufridos antes del embarazo el 45% sufrió abusos variados. El 29% sufrió abusos verbales. El 22% sufrió abusos físicos y el 4% sufrió abusos sexuales.

Gráfico 18 – ¿Ha sufrido algún tipo de abuso antes del embarazo?

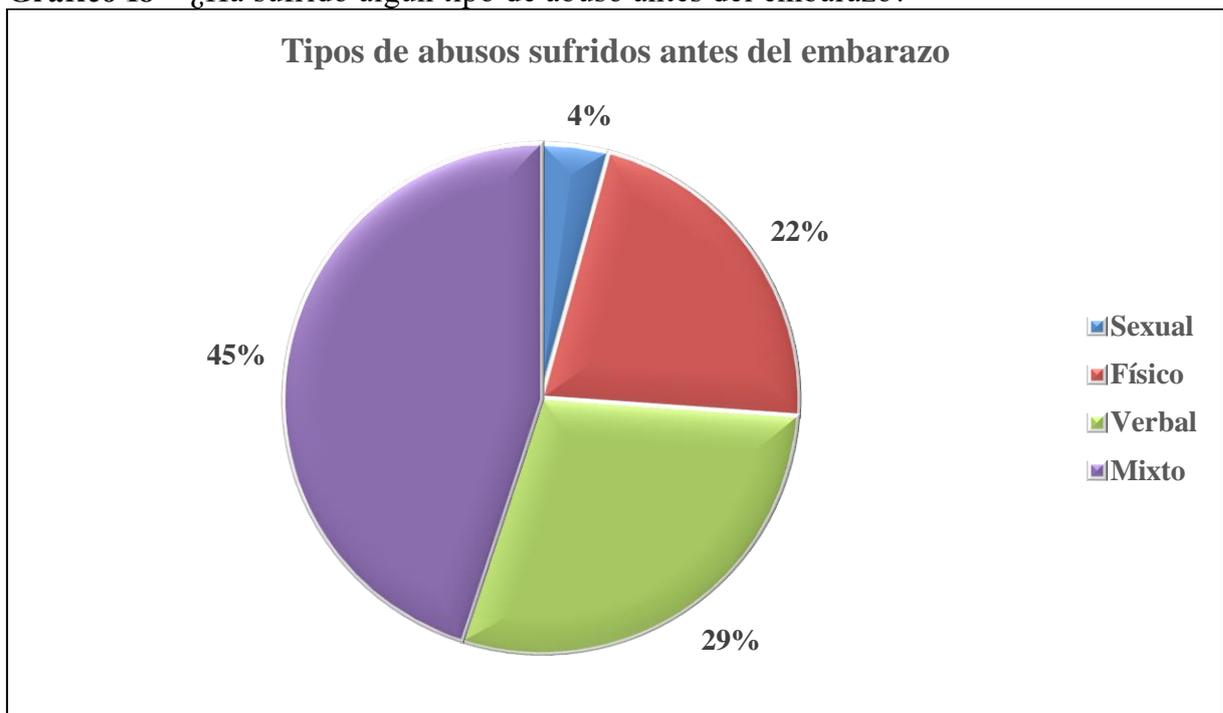
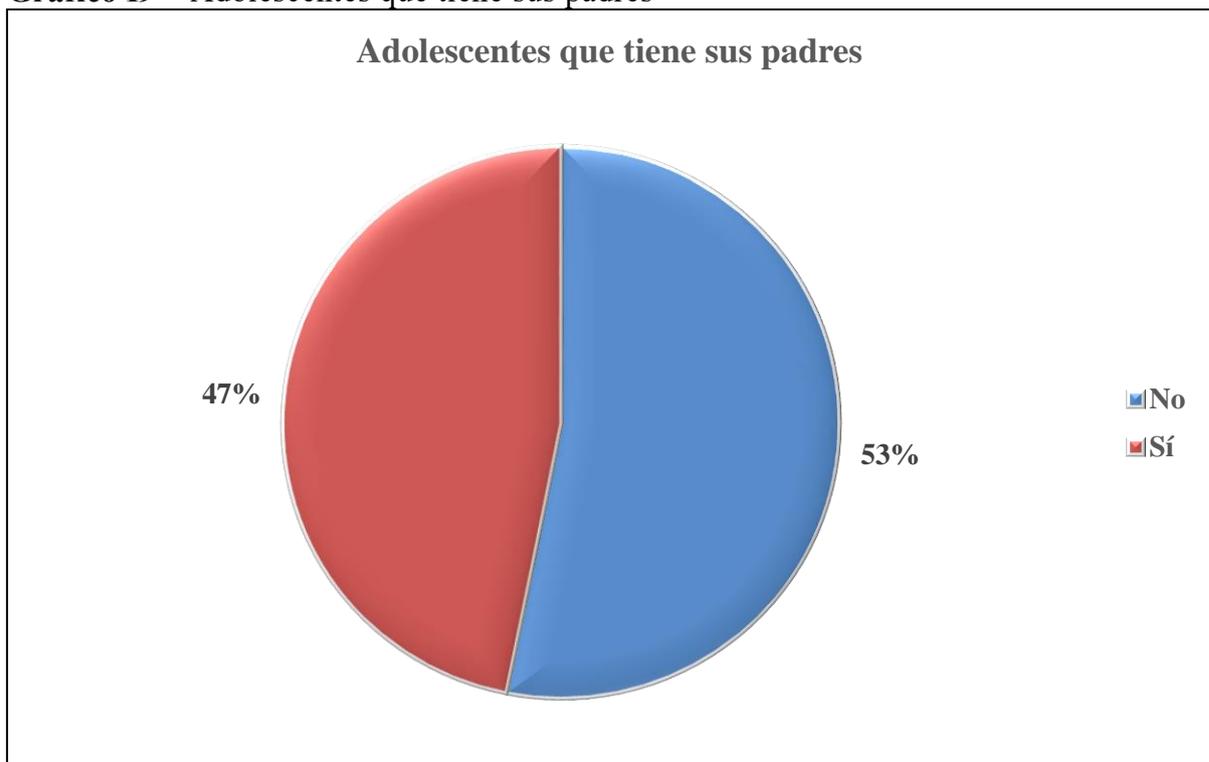


Tabla 22 - Abuso antes del Embarazo

Abuso antes del embarazo	Numero	%
✓ Sexual	32	4,3
✓ Físico	166	21,9
✓ Verbal	219	28,8
✓ Mixto	341	45,0
TOTAL	758	100

Según los informes, la mayoría de las adolescentes afirman haber sufrido diversos abusos y la violencia doméstica es difícil de eliminar porque se produce en el ámbito privado, dentro del entorno familiar, y está amparada por las leyes del silencio, el miedo y la impunidad de sus agentes: hay que apoyar y proteger a los niños y adolescentes. Hay cinco tipos de violencia: física, sexual, psicológica, de abandono y formas específicas que se manifiestan como el síndrome de Münchhausen, la violencia química y el homicidio cuando el joven no puede soportar más.

En el gráfico de la Figura 19, que trata de los adolescentes que aún tienen a sus padres, el 53% no tiene padres y el 47% sí, tiene a sus padres vivos.

Gráfico 19 – Adolescentes que tiene sus padres

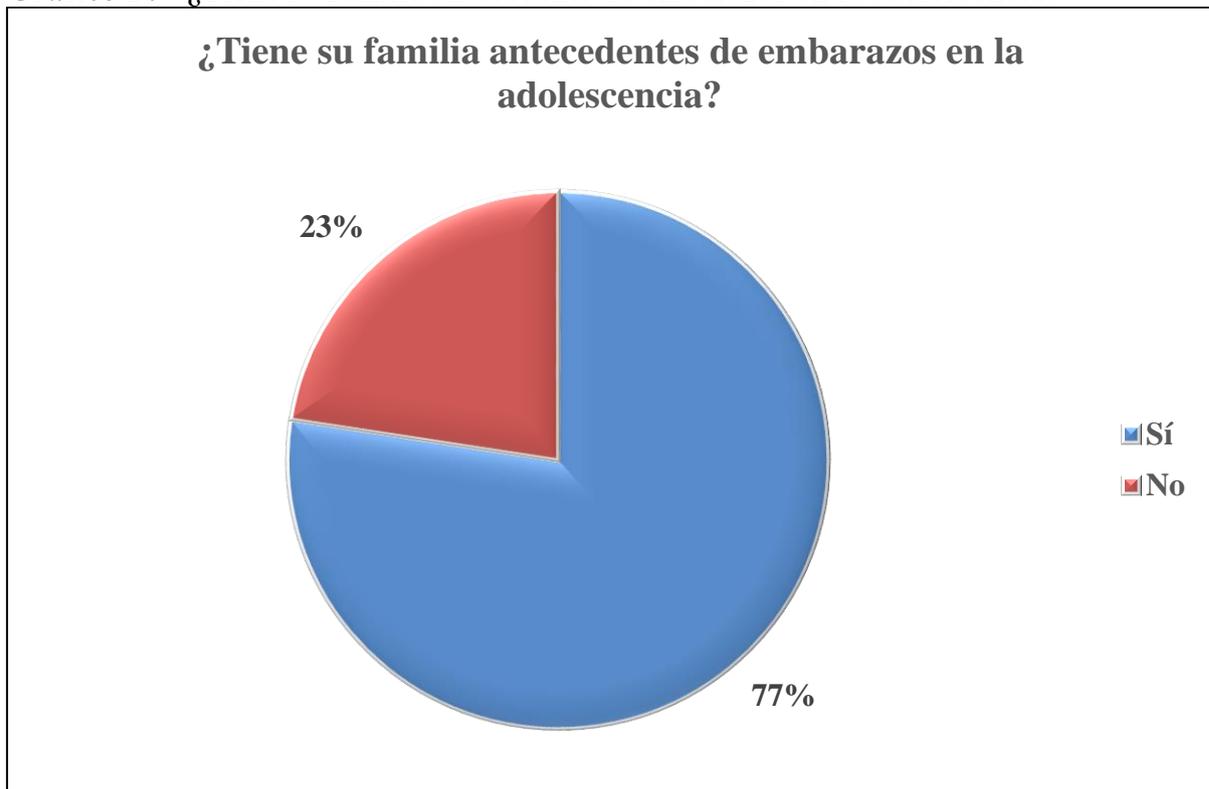
¿Tabla 23 - Tienes Padres?

Tienes padres			Numero	%
✓ Si	Viven juntos	Si	114	15,0
		No	241	31,8
✓ No			403	53,2
TOTAL			758	100

El mundo ha ido sumando las grandes transformaciones en las configuraciones familiares que han dado lugar a la aparición de nuevas composiciones, cada vez es menos frecuente que los niños nazcan y permanezcan toda su vida con una familia nuclear que la tradicional formada por dos adultos de ambos sexos y sus respectivos hijos y las familias monoparentales, formadas por cualquiera de los padres y su descendencia.

En el gráfico 20, -Historia familiar de embarazo en la adolescencia- la mayoría, el 77%, tenía antecedentes de embarazo en la adolescencia y sólo el 23% no tenía antecedentes.

Gráfico 20– ¿Tiene su familia antecedentes de embarazos en la adolescencia?



Es decir, como se puede observar los adolescentes encuestados forman parte de ambas estructuras familiares y con la mínima diferencia de la que cuenta con la presencia del padre y la que no.

Tabla 24 - Historia Familiar de Embarazo en la Adolescencia

Historia familiar de embarazo en la adolescencia	Numero	%
✓ Si	587	77,4
✓ No	171	22,6
TOTAL	758	100

Como se puede observar la mayoría de las adolescentes tienen antecedentes de embarazo adolescente en su familia, nos lleva a observar que a lo largo de este hecho es recurrente en la familia este tema siempre está en la historia que puede ser favorable o no a las adolescentes ya que lo que estas madres pasaron no les gustaría que les pasara a sus hijas

En el gráfico 21, Relación actual con su pareja, el 56% afirma tener una buena relación. El 35% dice tener una mala relación. Y el 9% afirma tener una relación regular.

Gráfico 21 – ¿Cómo es tu relación actual con su compañero?



Tabla 25 - Relación Actual con su Compañero

Relación actual con su compañero	Numero	%
✓ Buena	423	55,8
✓ Regular	69	9,1
✓ Mala	266	35,1
TOTAL	758	100

Como podemos ver en lo grafico 22, Relación Actual con su Madre, el 76% afirma tener una buena relación con su madre incluso después del embarazo. El 17% dice tener una relación regular con su madre. Y el 7% dice tener una mala relación con su madre.

Gráfico 22 – ¿Cómo es tu relación actual con tu madre?**Tabla 26 - Relación Actual con su Madre**

Relación actual con su madre	Numero	%
✓ Buena	573	75,6
✓ Regular	128	16,9
✓ Mala	57	7,5
TOTAL	758	100

Asumiendo que la madre en estos momentos es más comprensiva por ser mujer y quizás incluso haber pasado por la misma situación, entonces la relación se vuelve pasiva. Además, las relaciones positivas entre la joven madre y su familia favorecen tanto la provisión de apoyo emocional como el apoyo financiero necesario para mantener a la joven y a su hijo (Maranhão, 2018).

En el Gráfico 23, Relación actual con el padre, el 45% respondió que tenía una mala relación con su padre. El 31% dijo que tenía una buena relación. El 24% dijo que tenía una relación regular. La encuesta muestra que la relación con la figura paterna es más difícil, porque el padre es siempre el más autoritario y difícil de aceptar fácilmente.

Gráfico 23 – ¿Cómo es tu relación actual con tu padre?



Tabla 27 - Relación Actual con su Padre

Relación actual con su padre	Numero	%
✓ Buena	235	31,0
✓ Regular	182	24,0
✓ Mala	341	45,0
TOTAL	758	100

Dado lo anterior, es muy común la decepción de los padres, pues existe un idealismo de un futuro para el hijo y cuando este futuro se ve interrumpido por un embarazo causa cierto susto, pero no dar la atención necesaria puede causar daños irreversibles en la vida de esta joven.

El gráfico 24 muestra la relación actual con sus hermanos en una escala de buena, regular y mala. El 54% tiene una buena relación. El 31% tiene una relación regular. Y el 15% tiene una mala relación. La relación familiar con los hermanos se considera en su mayoría buena, ya que a los hermanos les gusta asumir el papel de tío o tía de alguna manera se sienten importantes al asumir este papel y aun así ayudan a cuidar al bebé, de alguna manera esta relación ayuda de manera positiva a la convivencia familiar.

Gráfico 24 – ¿Cómo es tu relación con tus hermanos?



Tabla 28 - Relación Actual con sus Hermanos

Relación actual con sus hermanos	Numero	%
✓ Buena	409	54,0
✓ Regular	238	31,4
✓ Mala	111	14,6
TOTAL	758	100

En el Gráfico 25, relación actual con los amigos, el 83% confirmó tener una buena relación con los amigos. El 14% regular y el 4% dijo tener una mala relación con sus amigos. Los embarazos no deseados en adolescentes se señalan como una barrera social y un grave problema de salud pública, especialmente en los países en desarrollo.

Gráfico 25 – ¿Cómo es tu relación actual con tus amigos?

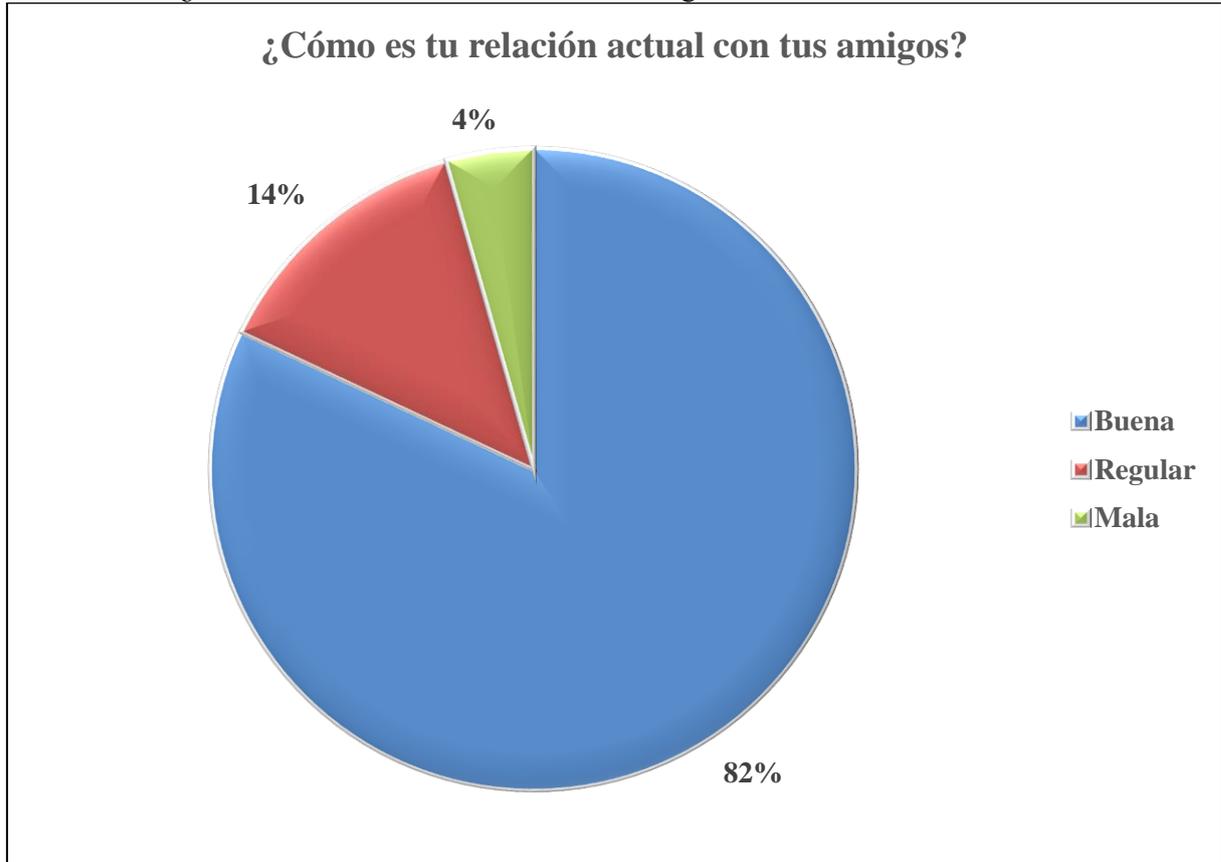


Tabla 29 - Relación Actual con sus Amigos (a)

Relación actual con sus amigos	Numero	%
✓ Buena	622	82,1
✓ Regular	103	13,6
✓ Mala	33	4,3
TOTAL	758	100

Asociados a estos fracasos están los problemas que surgen tras este acontecimiento, como son: el abandono escolar, la desaprobación familiar, la discriminación social y el embarazo de riesgo. Cuando el embarazo en la adolescencia es aceptado por la familia, la pareja y los amigos, es probable que la propia adolescente

se convierta en madre y acepte al niño de una manera más acogedora, constituyendo su verdadero papel de mujer y madre, incluso de manera precipitada (Lima Tifa, 2016; Sousa Axa, et al., 2012, apud, Souza, 2020).

Según la encuesta podemos comprobar en el gráfico 26, relación actual con sus profesores. El 49% dijo que no tenía una buena relación con su profesor, es decir, que se consideraba una mala relación. El 39% dijo que tenía una relación regular. Y sólo el 12% tenía una buena relación con su profesor.

Gráfico 26 – ¿Cómo es tu relación actual con tus profesores?

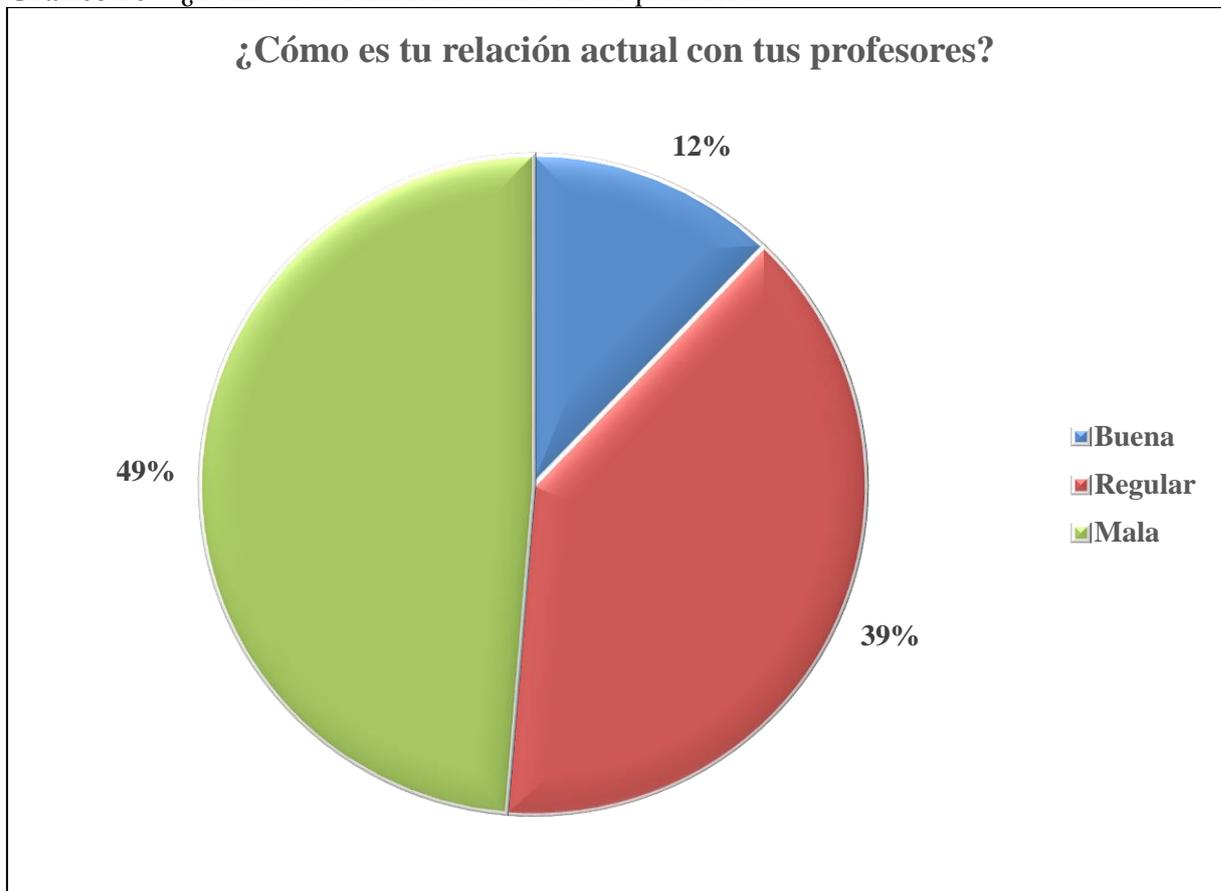


Tabla 30- Relación Actual con sus Profesores

Relación actual con sus profesores	Numero	%
✓ Buena	92	12,2
✓ Regular	297	39,1
✓ Mala	369	48,7
TOTAL	758	100

Algunos factores pueden estar relacionados con el abandono escolar y la deserción y pueden ser internos, como la difícil relación con los profesores, la organización escolar con reglas, el exceso de contenido escolar, o externos, como las condiciones familiares, la necesidad de trabajar para ayudar a los padres a mantener a la familia y las diferencias de clase que cambian las relaciones sociales (Hago, 2011; Souza et al., 2012).

En el Gráfico 27, Expectativas o sueños con su bebé, el grupo encuestado 62% afirma que cría al bebé. El 33% no sabe cómo plantearlo. El 5% dice que lo donará. Ningún adolescente tendría el valor de matarlo 0%.

Gráfico 27 – ¿Qué expectativas o sueños tiene para su bebé?

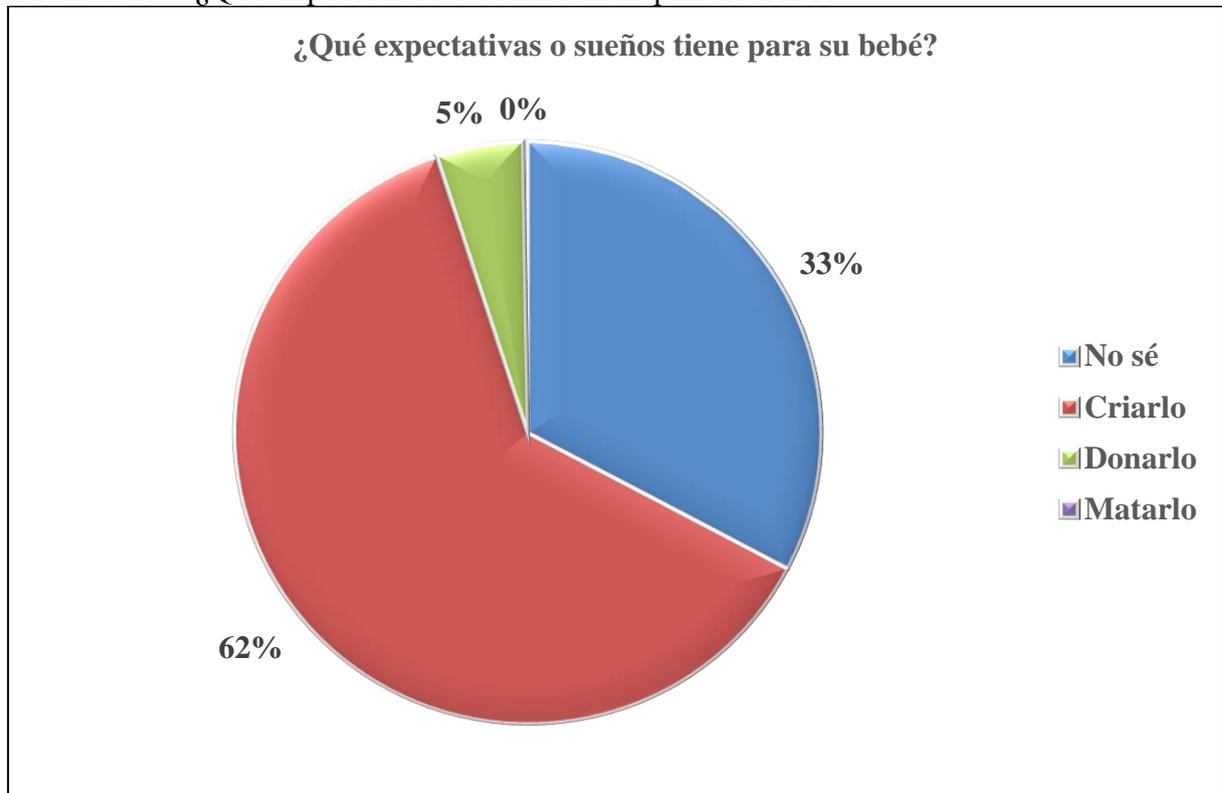


Tabla 31 - Expectativas o sueños con su bebe

Expectativas o sueños con su bebe	Numero	%
✓ No sé	248	32,7
✓ Criarlo	472	62,3
✓ Donarlo	36	4,7
✓ Matarlo	2	0,3

TOTAL	758	100
--------------	------------	------------

En el Gráfico 28 Expectativas o sueños con su pareja, el 82% espera seguir juntos y casados. El 13% no lo sabe. Y el 5% quiere una separación. La mayoría de las adolescentes embarazadas o que ya han tenido un bebé sueñan con formar una familia junto a su pareja, pero en algunos casos esto no sucede por numerosas razones que van desde la compulsión o incluso el maltrato y la falta de experiencia para afrontar la vida adulta, lo que les lleva a desear la separación.

Gráfico 28 – Expectativas o sueños con su compañero.



Tabla 32 - Expectativas o sueños con su Compañero

Expectativas o sueños con su compañero	Numero	%
✓ No sé	96	12,6
✓ Continuar / Casar	621	82,0
✓ Dejarlo / Separación	41	5,4
TOTAL	758	100

En este sentido, se entiende que el embarazo adolescente no sólo implica problemas individuales, sino que afecta a todo el contexto de la vida de la adolescente, siendo la familia un elemento clave para la organización o desorganización de este proceso, así como la ausencia o presencia de la pareja, elemento crucial en la aceptación y conducción de la maternidad (Silva et al. 2014).

En el gráfico 29, Expectativas o sueños con su familia, el 47% sigue con su familia. El 28% no sabe. El 25% dice haber abandonado a su familia.

Gráfico 29 – Expectativas o sueños con su familia



Tabla 33 - Expectativas o sueños con su familia

Expectativas o sueños con su familia	Numero	%
✓ No sé	213	28,1
✓ Continuar con su familia	359	47,3
✓ Abandonar su familia	187	24,6
TOTAL	758	100

Se trata de un proceso dinámico que abarca la evolución del comportamiento del individuo y sus recursos psicológicos, sociales y ambientales. Así, un mayor grado de resiliencia puede permitir a las mujeres embarazadas la capacidad de hacer frente a las

transformaciones del embarazo, y puede facilitar el acceso a los recursos esenciales para afrontar los miedos, las ansiedades, las fluctuaciones hormonales y el nuevo rol social, así como ayudar a promover la autonomía, la responsabilidad y la satisfacción de ser madre (Rêgo; Cavalcanti; Maia, 2018).

Se observa que las adolescentes construyen su identidad como madres a partir de su experiencia gestacional y de la construcción de una identidad de mujer-madre, y manifiestan la importancia de permanecer en la familia para sentirse seguras y acogidas; quizás está el miedo a la sociedad, el miedo a no saber qué hacer fuera de la zona de confort que es el seno familiar.

En el gráfico 30 se cuestionó con la adolescente las expectativas o sueños con ella misma. El 47% estudia. El 24% trabaja. El 22% no sabe. Otros sólo el 7%.

Gráfico 30 – Expectativas o sueños consigo mismo



Tabla 34 - Expectativas o sueños consigo mismo

Expectativas o sueños consigo mismo	Numero	%
✓ No sé	164	21,7
✓ Estudiar	357	47,0
✓ Trabajar	183	24,2
✓ Otra	54	7,1
TOTAL	758	100

Lo primero que ocurre realmente es que el adolescente abandona la escuela por diversos factores. El problema social del embarazo en la adolescencia ha sido ampliamente discutido a lo largo de los años, la gran preocupación gira en torno a las dificultades dispensadas a las jóvenes madres en la crianza de sus hijos, además de la castración de fases de la vida necesarias para la formación de la mujer. Entre las numerosas dificultades que nacen con la responsabilidad de ser madre a muy temprana edad, la garantía del derecho a la educación se ha convertido en uno de los problemas más graves, ya que en casi todos los casos la madre adolescente no tuvo tiempo de completar la vida académica en la educación básica, y en la mayoría de los casos decide abandonar sus estudios para ejercer la maternidad (Castro et *al.*, 2018).

Así, tras el periodo de gestación, los adolescentes comienzan a desear volver a los estudios y a planificar un futuro en el que, además de las posiciones sociales ya destacadas, quieren también el desarrollo socioeconómico.

Así pues, los resultados se discutirán en función de cada característica observada en la encuesta de datos obtenida. Está dividido en temas que abordan las características epidemiológicas de las adolescentes - que discute el perfil de la mayoría de las adolescentes embarazadas atendidas por la unidad de salud; el perfil social, ya que toda la estructura social.

En este estudio, se observa que el embarazo cultural tiene un significado asociado a su nivel socioeconómico, siendo que, para las adolescentes de niveles socioeconómicos más aventajados, el embarazo representa la destrucción de los planes futuros, mientras que, para las adolescentes menos aventajadas, representa una bendición, y parte del "poder femenino" de la mujer.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrecia Paím en Luanda – Angola

Teniendo en cuenta los datos recogidos en 2020 en la respectiva investigación de campo, el rango de edad de las 758 adolescentes varía entre los 10 y los 19 años, siendo de hecho recurrente en el periodo del final de la adolescencia, donde estas mujeres están entrando en la edad adulta. Sin embargo, sigue siendo preocupante el hecho de que, aunque en menor número, el embarazo precoz se haya producido en la preadolescencia y la adolescencia media. Esto nos lleva a la situación de la falta de preparación física y psicológica para la creación y concepción de un hijo.

Es en la adolescencia, con la pubertad, que suele ocurrir el inicio de la actividad sexual (BRASIL, 2015a). La influencia del contexto social y familiar, asociada a las características de inmadurez emocional e impulsividad que generalmente están presentes en la fase adolescente, puede resultar en comportamientos considerados de riesgo, como la iniciación sexual precoz y la falta de protección durante las relaciones sexuales (Pratta; Santos, 2007).

Para evidenciar el estudio, se entrevistó a un total de 758 adolescentes en embarazo adolescente, cuyas condiciones sociales, psicológicas y la estructura se abordan a partir de un cuestionario estándar, como se adjunta.

La Maternidad Lucrecia Paím (MLP) de Luanda es el hospital de referencia para la atención materna y neonatal. Aunque ha sido rehabilitada recientemente (2010) y cuenta con buenas instalaciones, esta unidad sanitaria se enfrenta a grandes dificultades para hacer frente a una demanda que supera sus capacidades, derivadas de una gran escasez cuantitativa y cualitativa de recursos humanos especializados. En el servicio de urgencias de la MLP se atienden diariamente entre 150 y 200 pacientes y se realizan entre 60 y 80 partos al día, mientras que en la guardería/unidad de cuidados especiales ingresan aproximadamente 1.000 recién nacidos al trimestre.

De acuerdo con la Tabla 5, podemos ver numéricamente el rango de edad de las recurrencias del embarazo, que traza el perfil de las adolescentes embarazadas que fueron atendidas en la maternidad Lucrécia Paím. En la recopilación de estos datos, las adolescentes en los periodos preadolescente y adolescente medio están en su mayoría acompañadas por sus padres o compañeros, cuya clase de edad no es similar.

Un embarazo prematuro, según lo establecido por Azevedo, et al., puede dar lugar a numerosas complicaciones tanto para el bebé como para la madre. En el caso de las mujeres jóvenes, existe un riesgo de síndrome de embarazo hipertensivo (SHG), diabetes gestacional, anemia y complicaciones en el parto. En cuanto a los bebés, pueden nacer con bajo peso y enfermedades respiratorias. Estas y otras implicaciones contribuyen a la incidencia de la mortalidad materna y neonatal (Azevedo, et al., 2014).

En África, en general, es habitual que las jóvenes sean prometidas en matrimonio antes de llegar a la edad adulta. Tradicionalmente, la cultura es un factor importante en lo que respecta a los embarazos, ya que los adolescentes se ven obligados a asumir roles sociales a una edad temprana.

En cuanto a la nacionalidad de las mujeres embarazadas (tabla 6) en el contexto, la mayoría de las adolescentes atendidas no residen sólo en Angola, sino que proceden en masa de África Occidental¹ o de la llamada África del Oeste, que son los países Benín, Burkina Faso, Níger, Guinea, Cabo Verde, Ghana, Costa de Marfil, Gambia, Nigeria, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Mauritania, Senegal, Sierra Leona y Togo.

Hay que tener en cuenta que Angola es un país accesible a la inmigración. Por lo tanto, a Luanda², como su capital, es el punto de acceso para personas de diversas partes del mundo. Por lo tanto, la nacionalidad angoleña no es la única que compone la maternidad de Lucrécia.

Además, las adolescentes embarazadas de las ciudades vecinas (tabla 7) también se desplazan para ser atendidas en la unidad Lucrécia Paím. Inevitablemente, ocurre que

¹ A região da África Ocidental encontra-se a oeste do continente.

² Luanda OTE é a capital e a maior cidade de Angola. Localizada na costa do Oceano Atlântico, é também o principal porto e centro económico do país.

la mayoría son de los municipios de Viana, Belas y Cazenga³.

La amplia concurrencia de mujeres adolescentes tiende, en definitiva, a aumentar las características obstétricas que se les insertan. Por lo tanto, entender la situación y/o la historia de salud de estas mujeres es primordial, para influir aún más en la necesidad de la inserción de políticas públicas eficaces y destacar su historia obstétrica. Algunos factores de riesgo ya están presentes cuando una mujer se queda embarazada. Estos factores de riesgo incluyen:

- a) Algunas características físicas y sociales de la mujer
- b) Problemas en un embarazo anterior
- c) Ciertos trastornos que surgen antes del embarazo
- d) Exposición a agentes que pueden dañar al feto
- e) Otros problemas que aumentan el riesgo

Según la tabla 8, la mayoría de las adolescentes no tenían embarazos anteriores, pero un número considerable de 159 mujeres ya tenían su segundo hijo y el 3% el tercero o el cuarto, incluso sin planificación familiar.

Teniendo en cuenta que el panorama de embarazos anteriores, medido más bajo a 0, los partos anteriores (tabla 9) están en un nivel bajo, por lo que se considera que, aunque de manera precoz el embarazo en el periodo de la adolescencia, la recurrencia es baja. Lo que no evita generar complicaciones a las mujeres que aún no han entrado en la edad adulta y no han terminado su escolarización.

De igual forma, el número de abortos ocurridos con las adolescentes (Tabla 10) es visto de manera significativa por la institución, ya que implica directamente en el cuadro clínico de las gestantes, lo que contribuye al surgimiento de complicaciones de alto riesgo para la salud, tanto de ellas como del feto. Así, el 25,7% de las adolescentes tuvo al menos un aborto, y otro 13% entre dos y tres recurrentes.

Hay varios factores responsables de causar un aborto, sin embargo, la mayoría de las veces, la causa de un aborto es indeterminada. Para tratar de averiguar la causa de un

³ A partir de 2011, a anterior «grande Luanda» deu origem a três municípios: Luanda, Belas, Cazenga Viana, Kissama, Cacucaco e Ícolo e Bengo. O município de Luanda é formado por 7 distritos: Ingombota, Kilamba Kixi, Luanda, Maianga, Rangel, Samba e Sambizanga.

aborto, es necesario un examen de laboratorio con material abortivo. Dicho procedimiento es concedido por la Maternidad Lucrécia Paím.

Entre los factores que provocan el aborto, se encuentran principalmente las anomalías cromosómicas resultantes de problemas en los gametos, la fecundación o en el proceso de división celular embrionaria. Estos problemas pueden estar relacionados con factores hereditarios, pero en la mayoría de los casos se producen por casualidad.

Otros factores importantes que también provocan el aborto son las infecciones, como la toxoplasmosis y la sífilis; las alteraciones uterinas, como el útero septado (malformación en la que existe la presencia de un tabique que puede dividir toda la cavidad uterina e incluso el canal cervical); los factores inmunológicos, como el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (caracterizado por trombosis arterial y venosa, además de complicaciones y muerte fetal); y los factores endocrinos, como las alteraciones en la producción de hormonas tiroideas.

Soares, Galli y Viana (2010 apud Santos; Silveira, 2017, p. 54) señalan que "el aborto es una parte importante de la demanda de las mujeres que buscan servicios de salud, siendo este un momento de vulnerabilidad física y emocional de las usuarias". También denuncian que a menudo la atención a estas mujeres en los hospitales es inhumana, marcada por las largas esperas, el ayuno, la falta de información, la violación de la intimidad, las actitudes de recriminación, culpabilización y castigo a las usuarias.

Los datos publicados por el Instituto Guttmacher en 2017 mostraron que, en los países en desarrollo, de los 206 millones de embarazos estimados, el 43% son no planificados, la incidencia del embarazo no planificado aumenta el riesgo de muerte materna debido a los abortos inseguros, dicho esto, las acciones de planificación familiar contribuyen a reducir el número de abortos inducidos (Guttmacher, 2017).

Sin embargo, para las situaciones de abortos criminales, Angola tiene una legislación que castiga a los causantes, teniendo como descrito en su texto lo siguiente:

Artículo 139 (Aborto)

El que, por cualquier medio y sin el consentimiento de una mujer embarazada, la haga abortar será castigado con pena de prisión de 2 a 8 años.

Artículo 140 (aborto consentido)

1. El que, por cualquier medio y con el consentimiento de la mujer embarazada, la haga abortar será castigado con pena de prisión de hasta 3 años.

2. En la misma pena incurrirá la mujer embarazada que consienta un aborto provocado por un tercero o que, por culpa propia o ajena, se haga abortar.

3. Si el aborto previsto en los números anteriores tiene por objeto ocultar la deshonra de la mujer, será castigado con pena de prisión de hasta 2 años.

Artículo 141 (Aborto agravado)

1. Cuando del aborto o de los medios empleados resulte la muerte o una lesión grave para el cuerpo o la salud de la mujer embarazada, la pena máxima aplicable se incrementará en un tercio.

2. La misma pena se aplicará al agente que se dedique habitualmente a la práctica del aborto o lo realice con ánimo de lucro.

3. La agravación prevista en este artículo no se aplicará a la propia mujer embarazada.

Las perspectivas psicológicas que surgen de la tríada mujer-embarazo-aborto están directamente relacionadas con cuestiones de género y aspectos sociodemográficos. Es común que las mujeres pasen por un proceso de autocastigo como resultado de los valores culturales de la sociedad cuando no están de acuerdo con el título de madre, mientras que el progenitor masculino no es incluido de manera consistente en el tema de la paternidad, dado que la sociedad machista-patriarcal privilegia y muchas veces excluye a los hombres de la culpa social en relación con la perspectiva familiar (Romio, Roso, Cardinal, Basso, & Pierry, 2015).

4.2 Perfil social de las adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrécia Paím en Luanda – Angola

Desde el punto de vista biopsicosocial, el embarazo en la adolescencia se determina tempranamente, siendo uno de los eventos más preocupantes relacionados con la sexualidad en esta etapa. Puede determinar agravaciones familiares y sociales, con graves efectos en la vida de la madre adolescente, del niño y de la familia.

Según el Tabla 11, el estado civil de la mayoría de los adolescentes es casado o conyugal, es decir, viven con sus cónyuges. Pero, aun así, una pequeña cantidad vive soltera y se queda embarazada antes de tiempo. En este sentido, se puede afirmar que el punto de discusión es sobre la educación sexual presente en las escuelas o en la vida cotidiana de estos adolescentes.

En 2015, UNICEF destacó en sus eventos la situación de Angola en lo que respecta al matrimonio infantil. Viendo eso, la situación recurrente en el país, y que involucra a niños de entre 11 y 15 años. Esta práctica está relacionada con las tradiciones, las creencias y la pobreza del país (UNICEF, 2015).

Cómo se véase la tabla 12, cuando se trata de la ocupación de las adolescentes, a mayoría no está trabaja, vive apenas por lo sustento de sus maridos o padres. Visto que, cuando una niña se queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente, y rara vez para bien. Puede terminar su educación, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión y la dependencia.

En la actualidad, con la evolución y el crecimiento de la presencia femenina, la inclusión de las mujeres en el mercado laboral puede verse como un acontecimiento socializador, que durante décadas se produjo sólo entre los hombres. Se espera que las adolescentes estudien y trabajen, no que se queden embarazadas y tengan hijos.

Los matrimonios precoces forman parte de la cultura africana, ya que las familias tradicionales planean matrimonios entre sus hijos o incluso con hombres mayores que por alguna razón están solos o han enviudado. En teoría, la mayoría de las adolescentes angoleñas están en unión marital con hombres que no corresponden a su edad.

La religión es otro factor que influye directamente. Históricamente, África es un país cuyas tradiciones se basan en las grandes religiones tradicionales, como el catolicismo, el pentecostalismo, el espiritismo y la umbanda. Sin embargo, como no podía ser de otra manera, han sufrido las influencias del contexto sociocultural. Pronto surgió la religión musulmana, que abarca la mayor parte de la población adolescente disponible en la Maternidad (observado en tabla 13).

Según un artículo publicado en la revista Galileo (2020) es imposible hablar de religión en África sin abordar primero la variedad étnica del continente y la historia de la colonización y la diáspora. Actualmente, las religiones abrahámicas predominan en el territorio africano: El cristianismo, el islam y el judaísmo son las creencias de más del 91% de la población. Las religiones tradicionales son practicadas por el 8% de la población, según el World Christian Encyclopedia. (Marasciulo, 2020).

De este modo, el cristianismo se extendió en África desde la aparición de la religión debido a la presencia romana en el continente. También nacieron en África

importantes figuras del cristianismo, como San Mauricio, San Agustín de Hipona, el teólogo Tertuliano y los papas Víctor I, Melquíades y Gelasio I (Marasciulo, 2020).

En este contexto, la determinación de la madurez sexual es una cuestión de juicio subjetivo y existe una fuerte creencia entre la mayoría de los musulmanes y los eruditos, basada en la Sharia, de que casar a una niña menor de 13 años es una práctica aceptable para los musulmanes. Así, cientos de jóvenes musulmanes se ven obligados a casarse por la presión de sus padres o tutores.

Según datos de Naciones Unidas en 2015, solo en África Occidental había una media del 42% de mujeres de entre 20 y 24 años que se casaron siendo niñas. Ese mismo año, en el continente africano había 125 millones de mujeres casadas antes de los 18 años, es decir, unos 700 millones en todo el mundo (ONU, 2015). A partir de ahí, la situación educativa y el rol social de la niña/adolescente pasa a ser otro, dejando de estudiar y convirtiéndose en esposa y madre.

Según UNICEF (2018), alrededor de 1,9 millones de niños de 6 a 11 años y 2,8 millones de niños de 12 a 18 años no están en sus respectivos sistemas de educación primaria y secundaria. Si se observa la tabla 14, la mayoría de las adolescentes sólo tienen el nivel I de educación, es decir, el nivel primario. Garantizar el buen funcionamiento de los sistemas de educación preescolar, primaria y secundaria es una prioridad, pero debe ir unida a campañas que fomenten el fin del matrimonio infantil y adolescente.

En la actualidad, la educación escolar es prácticamente una obligación de los Estados que consiste en la promoción de políticas que aseguren la educación, especialmente para el nivel obligatorio y gratuito. En el caso particular de Angola, la promoción de políticas que garanticen la gratuidad de la enseñanza obligatoria es una tarea fundamental asignada al Estado angoleño (art. 21.g) de la CRA1). Esta tarea se concreta en la creación de condiciones que aseguren una educación de calidad, mediante el cumplimiento de los principios generales de la Educación. A la luz de este principio constitucional, en la Ley Básica del Sistema Educativo y de Enseñanza, la educación es entendida como un proceso planificado y sistematizado de enseñanza y aprendizaje, que tiene por objeto la preparación integral del individuo para las exigencias de la vida individual y colectiva (art. 2 n.º 1, de la Ley n.º 17/16 de 7 de octubre). El cumplimiento

de este propósito requiere, por parte del Ejecutivo y sus socios, acciones concretas de intervención educativa, enmarcadas también en las agendas globales 2030 de Naciones Unidas y 2063 de la Unión Africana.

Estos factores educativos influyen directamente en la economía de una determinada región, por lo que es esencial entender cómo funciona la renta per cápita de estos adolescentes. Conforme a tabla 15, en general tanto en Angola, como en varias partes del mundo a la similitud de lo que sucede es muy común, las adolescentes que se embarazan son de familias de bajos ingresos y con bajo nivel de escolaridad que conviven en contextos de pobreza.

Es inevitable que, las cifras de matrimonios de adolescentes sean alarmantes, ya que se basan en la cultura y la religión africanas. Sin embargo, después del matrimonio, la percepción de la construcción de la familia se convierte en el resultado de la unión (aunque sea temprana) de las adolescentes. De este modo, se transforma a la adolescente en esposa y más tarde en madre.

Desde la perspectiva de la teoría sistémica de la familia, una idea importante para entender el funcionamiento de las familias es el ciclo vital familiar. De este modo, el embarazo se convierte en un resultado del matrimonio y, por tanto, la mayoría de los embarazos se producen de forma planificada.

En comento a la tabla 16, el embarazo planificado conlleva menos riesgos tanto para la madre como para el bebé, ya que esta madre tiene todo el cuidado con su salud, puesto que ya se espera. Por otro lado, un embarazo no planificado es aquel que no fue planeado por la pareja o la mujer. Generalmente, se debe a la ausencia o al uso incorrecto de métodos anticonceptivos y a la falta de información, y puede conllevar grandes riesgos tanto para el bebé como para la madre. Sin embargo, las dificultades para ejercer los derechos sexuales y reproductivos han expuesto a las mujeres a una serie de situaciones que comprometen su salud, incluidas las consecuencias de un embarazo no planificado.

Desde la perspectiva de los derechos reproductivos, la elección de un embarazo pasa por el ámbito de la racionalidad, siendo el resultado del ejercicio de la autonomía y la libertad reproductiva, por lo que consideramos que los embarazos no planificados son aquellos que resultan de un proceso en el que no hubo una decisión consciente de la mujer o la pareja para su ocurrencia (Coelho, 2011).

El embarazo en la adolescencia, especialmente cuando el niño no es deseado, conlleva grandes riesgos y costes tanto para la madre como para el niño. Factores como la pobreza, la desnutrición, la inmadurez reproductiva y la desigualdad de género comprometen la salud de las madres adolescentes y de sus hijos. El mayor porcentaje de embarazos en adolescentes se concentra en grupos con condiciones sanitarias inadecuadas y que viven en situaciones de vulnerabilidad. Asimismo, el embarazo temprano se asocia a situaciones que limitan el desarrollo personal de los adolescentes e influyen en la formación y estabilidad de las uniones de pareja que impactan en el propio resultado del embarazo (Welti, 2000 apud Guzmán-Mercado et al, 2016).

Según la Tabla 17, que destaca que la mayoría (exactamente, 497) de las adolescentes embarazadas deseaba la maternidad, indica que no sólo la cultura y las inserciones educativas de enseñanza sobre la reproducción influyen en el embarazo durante este período. Las propias adolescentes desean y/o han deseado la maternidad, ya sea por su propia realización o por el deseo de formar una familia. Las otras 261 mujeres entrevistadas no lo deseaban, y el embarazo acaba siendo fruto del matrimonio.

La asociación entre los diversos factores que se asocian a la ocurrencia del embarazo no planeado, revela la necesidad de estudiarlos por separado para que se implementen políticas públicas que minimicen los riesgos y logros de un embarazo no planeado, a pesar de ser un problema de salud pública, son pocos los estudios nacionales enfocados a la investigación y reducción de los altos índices de embarazo no planeado; sólo el programa de planificación familiar sin políticas públicas dirigidas a dichos factores se vuelve ineficaz para planear el momento del embarazo.

Según Mendonça y Araújo (2010) apud Santos y Silva (2019), desde la perspectiva de que al tener un embarazo deseado todo fluye de forma positiva, porque los cuidados y el seguimiento se hacen realmente de forma adecuada. Sin embargo, la mayoría de los embarazos de adolescentes no son planificados y dan lugar a embarazos no deseados, y a menudo son el resultado de la falta de uso de métodos anticonceptivos o incluso de la violencia sexual. Sin embargo, el mayor índice sigue siendo la falta de información o la desinformación, ya que como los adolescentes desconocen los métodos anticonceptivos o los conocen de forma incorrecta, acaban manteniendo estos mitos, como por ejemplo pensar que el dispositivo intrauterino (DIU) dificulta la relación o que el coitus interruptus es eficaz para evitar el embarazo.

El mismo autor también señaló que el conocimiento de los anticonceptivos es parte del proceso de aprendizaje y toma de decisiones, y que el conocimiento en sí mismo no es decisivo, porque la educación sexual es un proceso en el que los jóvenes no sólo deben obtener información razonable, sino también explicar sus propios valores a los que tiene un pensamiento crítico para que pueda tomar decisiones responsables, es decir, expresar su experiencia, vivencia, conocimiento y valores a través de la conducta (Mendonça; Araújo, 2010, apud Santos; Silva, 2019).

En contraste con las causas y ocurrencias de los embarazos, muchas de las adolescentes se van a vivir con sus cónyuges después del matrimonio, y comienzan a depender exclusiva y/o literalmente de sus parejas. La familia, e incluso la presencia de la madre, está ausente para el asesoramiento y otras cosas. Según la investigación, la mayoría de los adolescentes entrevistados viven con sus parejas (tabla 18 y 19), por lo que pueden dedicarse a los cuidados matrimoniales dictados por la sociedad y la cultura africanas.

Factores como el abandono escolar y la dificultad para volver a la escuela, el aplazamiento o el compromiso de los proyectos de estudio, el surgimiento de conflictos familiares, la dificultad para establecer una familia con plena autonomía económica e independencia de los padres y la menor posibilidad de calificación profesional son implicaciones en la vida de las adolescentes que experimentan un embarazo no planificado (Taborda; Silves; Neves, 2014).

En cuanto a la reacción ante el descubrimiento del embarazo, el estudio reveló que la mayoría de las parejas de los adolescentes/jóvenes lo aceptaron muy bien, pero dijeron que se enfrentaron a algunas dificultades al principio porque era un hecho que provocaba muchos cambios en sus vidas. Ante esos datos, la reacción familiar puede ser de aceptación, decidiendo el matrimonio de la adolescente (tabla 20).

La paternidad genera un periodo de transformaciones, ya que el padre asume un papel importante derivado de los cambios y readaptaciones para establecer nuevos roles de responsabilidad. Implica no sólo la cuestión de las transformaciones, sino también una cuestión social, que debe ser analizada y comprendida, ya que determina nuevos proyectos en la vida cotidiana.

En la encuesta hay un punto positivo, porque la mayoría de los adolescentes dicen tener una buena relación con sus parejas, esta convivencia es muy importante

tanto para esta pareja que empieza a tener una vida con responsabilidades como para el niño que crecerá en un hogar armonioso. Porque los conflictos de convivencia dos trae consecuencias psicológicas muy dañinas para ambos, porque un niño que crece en medio de la discusión es una de las consecuencias es un niño triste y un adolescente enojado un ciclo de transformaciones cuando se inicia el conflicto para los padres.

Siguiendo la misma línea de pensamiento, el apoyo familiar también es algo fundamental para el desarrollo del niño y el mantenimiento de la salud de la mujer embarazada. Como resultado de la investigación (Tabla 21), 461 adolescentes contaban con apoyo familiar, frente a 297 que no podían contar con la familia, ya sea por conflictos familiares o por condiciones sociales.

El apoyo de la familia es muy importante en las primeras etapas del embarazo. Sin embargo, la mayoría de las jóvenes buscan primero a su pareja como apoyo, y sólo después a su madre y a sus amigos. La suegra y otros familiares del padre del niño también forman una red de apoyo para la adolescente, desde el inicio del embarazo hasta después del nacimiento, ayudando en las tareas diarias, en las tareas domésticas y con el bebé, lo que contribuye a que la adolescente se sienta querida y protegida, además de permitir el desarrollo de su autonomía (Schwartz; Vieira; Geib, 2011).

Así, se entiende que el embarazo en la adolescencia trasciende los valores presentes en el contexto social próximo, abarcando también los factores y valores basados en el contexto familiar, que son esenciales tanto para aprehender la influencia de la familia en la ocurrencia del embarazo como para entender cómo será vivido y representado por la joven (Silva; Nakagawa; Silva, 2020).

En el contexto familiar y social, los problemas de abuso físico, verbal, mixto y sexual siguen siendo enfáticos en el curso del proceso de crecimiento de los adolescentes, a menudo practicados no sólo por las parejas, sino por los padres, hermanos y otras figuras familiares. Considerando la tabla 22, las adolescentes sufrieron algún tipo de abuso antes del embarazo, siendo físico, sexual y verbal. Resultando en muchos casos, abortos o problemas psicológicos a la madre y al adolescente.

La educación sexual integral y completa forma parte de la promoción del bienestar de los adolescentes y los jóvenes haciendo hincapié en el comportamiento sexual responsable, el respeto a los demás, la igualdad y la equidad de género, así como la protección contra los embarazos no deseados, la prevención de las infecciones de

transmisión sexual/VIH, la defensa contra la violencia sexual incestuosa y otras violencias y abusos.

La historia familiar del embarazo en la adolescencia se produce de manera sociocultural, por lo que es notable que la sociedad crea que esta situación está normalizada. Pero, el embarazo en la adolescencia suele interrumpir un proyecto de vida idealizado y planificado por su familia y, cuando las jóvenes se enamoran, no pueden reflexionar conscientemente sobre sus actos. Luego se encuentran embarazadas durante un curso escolar, o un trabajo, o incluso cuando acaban de entrar en el mercado laboral.

Por lo tanto, la presencia de la familia es esencial para las adolescentes, según la Tabla 23, la mayoría de los adolescentes no tienen padre, 403 de ellos no tienen una figura masculina y los que la tienen no viven con ellos. En cuanto a relación con las personas demás de la familia, las niñas adolescentes que tienen una buena relación con sus compañeros, madres, hermanos y amigos, siendo considerable y favorable a su situación de salud (tabla 25, 26, 28 y 29).

Si, por un lado, las madres que estuvieron embarazadas (tabla 24) durante la adolescencia pueden ser más comprensivas con la situación de sus hijas, apoyándolas en este momento de sus vidas (Silva & Salomão, 2003), también pueden tener una reacción más negativa ante el embarazo, especialmente debido a sus propias experiencias de miedo y prejuicio. En el primer caso, las madres buscan ofrecer apoyo para afrontar las representaciones negativas vinculadas al periodo, en el segundo caso, las madres pueden compartir y revivir sus propias representaciones y experiencias negativas relacionadas con el embarazo durante el periodo (Deus; Dias, 2020).

Para algunas mujeres, ser abuela puede significar que serán coeducadoras (Dias, Hora, & Aguiar, 2010), mientras que, para otras, serán madres sustitutas de sus nietos (Cardoso & Brito, 2014; Mainetti & Wanderbroocke, 2013; Pinto, Arrais, & Brasil, 2014), o incluso guían a sus hijas en la crianza y educación de sus nietos para transmitir sus conocimientos (Zanatta & Arpini, 2017). En este sentido, son un referente importante, una fuente de apoyo e identificación para las adolescentes (Álvarez-Nieto, Pastor-Moreno, Linares-Abad, Serrano-Martos, & Rodríguez-Olalla, 2014).

Por otro lado, la mayoría de los adolescentes tienen una mala relación con sus padres y profesores (tabla 27 y 30). En cuanto a los padres, es el proceso de aceptación del embarazo y, todavía, la mayor parte se debe a la cultura machista presente en la

sociedad africana. Y en cuanto a los profesores, se refieren a la situación de abandono de los estudios.

Sin embargo, independientemente de las causas y los deseos de cada adolescente, lo cierto es que el embarazo precoz es un problema de salud pública, ya que provoca riesgos para la salud de la madre y del bebé y tiene un impacto socioeconómico, ya que muchas de las embarazadas.

Así, frente a todos los cambios físicos y psicológicos que se observan en esta fase del desarrollo, se puede entender que el adolescente es una figura social que, aunque algo pasiva ante el entorno que le rodea, ya no es ese niño que recibe todo el apoyo de los adultos. Es decir, ahora necesita cuidar de su familia y el ideal sería sin conflictos, pero desgraciadamente entre lo real y lo ideal todavía hay conflictos que hay que resolver en la vida de estos adolescentes.

Sin embargo, Ogido y Schor (2012) informan de que entre las dificultades a las que se enfrentan para incorporarse al mercado laboral está, además del abandono de los estudios, la falta de alguien que cuide de sus hijos mientras ellas trabajan. Llama la atención que cuando se trata de perspectivas de vida, el discurso de muchas de estas jóvenes sólo se refiere al momento posterior al nacimiento del bebé, donde su deseo es cuidar al niño, trabajar para poder educarlo (Ogido; Schor,2012).

Se observaron las perspectivas según la Tabla 31, 32 y 33, en las que los adolescentes desean criar a sus hijos, mantener el matrimonio y seguir formando una familia. El rol materno es algo que modifica la vida de las mujeres y el vínculo afectivo se hace aún mayor durante el embarazo.

Según Moreira y Rasera (2010) el papel de la madre, especialmente la buena madre, se constituye como alguien que se esfuerza por responder y realizar lo que se espera de ella y, por lo tanto, es vista como una figura activa en el proceso de orientación, educación y desarrollo de sus hijos. Con ello, el niño se sitúa como un ser pasivo y dependiente que necesita la máxima atención y cuidados.

Por lo tanto, el hecho de trabajar fuera, estudiar o cualquier otra actividad que desvíe a la madre de su función principal tiende a cuestionar su propia capacidad de ser madre. Y al situar como función principal de la madre el cuidado del hijo y destacarla como la única capaz de satisfacer completamente las necesidades del niño, cuando no

puede asumir este rol, su imagen de madre está marcada por sentimientos de culpa, ansiedad, angustia y preocupación constante (Moreira y Rasera, 2010).

Las adolescentes relataron el temor de ser una buena madre. Puede haber una preocupación por el reconocimiento de su papel como madre del niño, el deseo de ser reconocida, teniendo en cuenta que este niño puede pasar más tiempo con la abuela que con la madre, debido a que esta adolescente tuvo que volver a la escuela y al trabajo. En otras declaraciones, este miedo está relacionado con no poder desarrollar el papel de madre en el sentido de no saber cuidar al niño.

En cuanto a sus perspectivas y expectativas sobre sí mismas, las adolescentes embarazadas afirman el deseo de trabajar, volver a estudiar y crecer en la vida (tabla 33 y 34). Las adolescentes mostraron que, antes del embarazo, no pensaban en proyectos de futuro y, en la experiencia actual, su incertidumbre se debía principalmente a la baja formación y a la interrupción de los estudios, porque imaginaban que tendrían dificultades para aceptar un trabajo y ayudar económicamente a la familia. Frente a las adversidades vividas, surgieron perspectivas asociadas a la superación de estas dificultades y a la autoafirmación en el rol de madre. Así, pretendían cuidar a sus hijos, protegerlos y no dejar que pasaran por las mismas trayectorias de sufrimiento a las que ellos estaban sometidos.

Se observó que la vida de las adolescentes estaba inmersa en un amplio contexto de relaciones sociales, educativas y familiares, además de problemas personales que les impedían obtener los recursos necesarios para protegerse de un embarazo no planificado. Las experiencias de maternidad fueron vividas con conflictos ambivalentes por ser madres jóvenes, pero quisieron criar y educar a sus hijos, incluso con condiciones mínimas de supervivencia. Se sugiere que el enfrentamiento de las vulnerabilidades y el embarazo en la adolescencia puede ser optimizado con la actuación de profesionales de las unidades básicas de salud dotados de recursos estructurales y humanos que desarrollen el seguimiento y la orientación de esas jóvenes, especialmente las enfermeras que realicen la planificación y la ejecución de actividades educativas para adolescentes, centradas en la salud sexual y reproductiva, aspectos recomendados en las políticas de salud que integran la atención primaria y la escuela.

En este aspecto, se añade que, para ampliar las oportunidades de diálogo y la autonomía de los adolescentes, es fundamental incluir a los padres, los educadores y el personal sanitario en un proyecto integrado que implique a los sectores de la salud y la

educación, vigilando y estimulando la asunción de prácticas sexuales seguras con la posibilidad de reducir la tasa de embarazos no planificados.

Buscando comprender la trayectoria de las adolescentes en su primer embarazo, las narrativas expresaron experiencias y fomentaron razones, cambios y realidades derivadas de este evento. Las participantes asumieron las relaciones sexuales sin el uso de anticonceptivos debido a la inmadurez y expusieron que los conocimientos previos sobre sexualidad y prevención del embarazo no respaldaban las actitudes de protección; demostraron, en muchos casos, las dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos y la falta de eficacia de los servicios de atención como la salud, la educación y los recursos familiares.

4.3 Características analizadas en el panorama psicosocial de las adolescentes durante el embarazo

Son muchos los problemas a los que se enfrentan las adolescentes embarazadas: falta de apoyo familiar, falta de reconocimiento de la paternidad, imposición del matrimonio por parte de los padres, entre otros. También sufren las críticas de los miembros de la familia debido a las presiones sociales que conlleva o a los problemas financieros. Así, son rechazadas, abandonadas y no reciben el apoyo esencial que necesitan para afrontar el embarazo, así como la vida después del nacimiento del niño.

Como afirma Socal (2003, p. 76 apud Priori, 2008, p.16), el embarazo en la adolescencia es un problema complejo porque implica dos fenómenos del desarrollo humano: la adolescencia y el embarazo. La adolescencia es un período de crecimiento y desarrollo humano, en el que se observan cambios rápidos y sustanciales en la vida y el cuerpo de los niños, como el crecimiento acentuado del cuerpo, la aparición de nuevas formas físicas y estéticas, las transformaciones en el funcionamiento orgánico, la construcción de nuevas relaciones intersubjetivas y las manifestaciones peculiares de nuevos sentimientos, formas de pensar y comportarse que reflejan nuevas identidades e inserciones en el mundo interno y externo de la familia. El periodo de gestación está lleno de cambios físicos, psicológicos, hormonales, neurológicos, sociales y familiares.

La salud reproductiva depende de una serie de condiciones socioculturales favorables, como servicios sanitarios de calidad, condiciones de vida adecuadas y estabilidad social.

Los factores de riesgo psicosocial que afectan a los adolescentes son:

- a) Disfunción familiar;
- b) Enfermedad psiquiátrica;
- c) La violencia doméstica;
- d) Pobreza, migración, situación de la calle, refugiados;
- e) Consumidores de drogas psicoactivas (alcohol-tabaco-cocaína-crack);
- f) Automedicación
- g) Embarazo resultante de una violación/relación extramatrimonial;
- h) Rechazo al embarazo
- i) Intento de aborto
- j) Falta de apoyo familiar: madre, pareja
- k) Inicio tardío de la NP;
- l) Dificultad de acceso a los servicios de atención prenatal

Se observa que el contexto familiar influye en la aparición de embarazos precoces. En las familias en las que hay violencia y falta de diálogo, el comportamiento de las niñas se ve mermado; no tienen una red de apoyo con el respaldo emocional necesario, ni alguien en quien puedan confiar para expresar sus dudas y temores. Además, otros factores, como el nivel socioeconómico y el entorno social en el que se insertan las adolescentes, contribuyen a que sean madres (Picanço, 2015).

La maternidad adolescente no sólo afecta a la joven, sino a todos los que la rodean. Es un acontecimiento que tiene consecuencias sociales, relacionadas con el estudio, el empleo y la relación con la familia, y fisiológicas, porque conlleva riesgos para la salud del bebé y de la madre. Además, el nacimiento de un hijo conlleva un aumento de las responsabilidades. Por ello, es importante el apoyo de la familia, de los profesionales de la salud y de la comunidad en la que se inserta, para que las jóvenes no sufran prejuicios por ser madres a una edad temprana y para que conozcan la mejor manera de cuidar del bebé y de ellas mismas.

El embarazo precoz aporta a la vida de la adolescente una complejidad de emociones y conlleva graves consecuencias y transformaciones en su cuerpo. Dadoorian

(2003) "destaca que hay dos factores responsables de la ocurrencia de embarazos en adolescentes, los biológicos y los no biológicos, que incluyen cuestiones culturales y psicológicas". Además de provocar muchas transformaciones físicas, desencadena varios sentimientos y sensaciones, que pueden ir desde la alegría de ser madre y la emoción de saber que una nueva vida nacerá de ella hasta el miedo por la responsabilidad que le espera y los cambios que se producirán en su vida.

Los sentimientos y, en consecuencia, sus manifestaciones son muy diferentes, ya que cada mujer/persona tiene su personalidad, su forma de ser, de actuar y de afrontar las situaciones de la vida. Cuando se trata de adolescentes, la diversidad de sentimientos es aún más variada y extensa. Según estudios científicos, no es recomendable quedarse embarazada en la fase de la adolescencia, porque se considera el periodo de desarrollo corporal y psicológico. En la fase de la adolescencia, el cuerpo de la niña aún no está preparado para el desarrollo de un bebé.

En esta condición, la adolescente tampoco tiene la suficiente madurez psicológica para ser madre y asumir todas las responsabilidades de la maternidad. Un embarazo en esta fase va acompañado de una turbulencia de sentimientos positivos y/o negativos, como sorpresa, alegría, miedo, tristeza, angustia, ansiedad exagerada, vergüenza y rechazo, entre otros. Los elementos responsables de desencadenar estos sentimientos/emociones también son diversos. Sin embargo, consideramos como principales la madurez o inmadurez psicológica, la confianza en sí mismo o la falta de confianza, la planificación y/o la falta de planificación.

Teniendo en cuenta los fenómenos emocionales de la adolescencia, un embarazo puede potenciar las crisis y los conflictos familiares, especialmente cuando se produce de forma precoz y no planificada. Las crisis y los conflictos se deben a los rápidos cambios biológicos y psicológicos implicados en este proceso, como el fuerte crecimiento de peso, la aparición de nuevas formas (tanto físicas como estéticas), las transformaciones en el funcionamiento orgánico, las manifestaciones de nuevos sentimientos, la construcción de nuevas relaciones intersubjetivas y su inserción en el mundo interno y externo de la familia (Taborda; Silva; Ulbricht; Neves, 2014, p.20).

Estos sentimientos comienzan a surgir desde la sospecha del embarazo. Pero el descubrimiento es uno de los momentos más impactantes, porque el contacto con lo

nuevo implica el surgimiento de diversas emociones y sentimientos, como la desesperación, el desánimo, la preocupación, la inseguridad, el miedo, la ansiedad, el rechazo, la culpa, la tristeza y la angustia, agravados cuando la adolescente se siente abandonada, sin el apoyo del padre y la familia del bebé. Esta falta de apoyo también puede despertar el deseo de abortar o desencadenar una depresión. Sin embargo, para algunos adolescentes, este descubrimiento proporciona alegría, entusiasmo, euforia, satisfacción, felicidad y el hito de una nueva vida (Rodrigues; Silva; Gomes, 2019).

La mayor parte de los estudios que caracterizan al embarazo adolescente como problema provienen de una perspectiva epidemiológica, haciendo mención a los impactos que éste tiene en la salud de la mujer y el recién nacido. El embarazo en la adolescencia requiere una mayor comprensión de los procesos y contextos en los que se produce para prevenir riesgos y/o situaciones de vulnerabilidad en la vida de las jóvenes embarazadas y sus hijos. Además, también es necesario comprender qué factores de protección del desarrollo individual y familiar pueden estar asociados a este fenómeno.

Del total de adolescentes analizados, la mayoría optó por el abandono escolar. Ya que sus aspiraciones se limitaban a casarse, cuidar de sus hijos, con la remota posibilidad de continuar sus estudios, con un futuro vital limitado.

El abandono escolar representa la interrupción brusca de las posibilidades de desarrollo educativo y el alejamiento inesperado de los adolescentes de su grupo de amigos, viéndose obligados a realizar tareas y funciones en el estrecho entorno familiar para las que aún no están preparados.

En esta línea, Tabora, Silva, Ulbricht y Neves (2014), al investigar las consecuencias del embarazo adolescente considerando las diferencias socioeconómicas, señalaron las consecuencias negativas en los diferentes niveles sociales. Según los autores, las principales consecuencias negativas del embarazo en esta etapa de la vida fueron: el impedimento para completar las funciones de la adolescencia, los conflictos familiares, el aplazamiento o el compromiso de los proyectos de estudio, la disminución de las posibilidades de cualificación profesional (con los consiguientes problemas en las oportunidades de incorporación posterior al mundo laboral) y las dificultades para establecer una familia con plena autonomía, autogestión y proyectos de futuro. Las familias con menores ingresos, aunque inicialmente aceptaron mejor el embarazo,

fueron las que indicaron un mayor impacto negativo en la escolarización y en las perspectivas laborales futuras de la madre adolescente.

En este contexto, se observó que el nicho social, económico y afectivo de los adolescentes no difiere de la idea de los autores mencionados. Esto sólo es evidente en este estudio.

4.4 Factores de Prevención por la Maternidad Lucrécia Paím

Uno de los factores de prevención más importantes es la educación, un hecho indudable para la salud plena, tanto individual como colectiva. En este sentido, es importante considerar la educación que aborda la sexualidad y la salud reproductiva, tanto en el entorno familiar como en la escuela, con un enfoque científico, y en los programas de promoción de la salud. No sólo en lo que respecta a los acontecimientos biológicos, sino también a la convivencia respetuosa entre chicos y chicas, a las actividades sexuales con responsabilidad y a la protección -métodos anticonceptivos-, especialmente durante la adolescencia.

La educación sexual integral forma parte de la promoción del bienestar de los adolescentes y los jóvenes haciendo hincapié en el comportamiento sexual responsable, el respeto a los demás, la igualdad y la equidad de género, así como la protección contra los embarazos no deseados, la prevención de las infecciones de transmisión sexual/VIH, la defensa contra la violencia sexual incestuosa y otras violencias y abusos.

Organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) especifican guías metodológicas y operativas cuyas características se enumeran brevemente a continuación.

- a) Basarse en los principios y valores de los derechos humanos y sexuales, sin distinción étnica y de género, religiosa, económica o social, en los mensajes de comunicación;
- b) Información precisa y atenta, científicamente probada, sobre la salud sexual y las infecciones que se pueden transmitir por vía sexual, la anticoncepción, las cuestiones de género y el tratamiento de la violencia;

- c) Metodologías participativas con énfasis en la comunicación y el desarrollo de un pensamiento crítico, constructivo y saludable en la toma de decisiones, incluso sobre los comportamientos y la sexualidad;
- d) Promoción de la educación sexual como parte de los programas sobre los derechos de salud y la protección social de los niños y adolescentes/jóvenes, incluida la cuestión del embarazo precoz.

En este contexto, garantizar el desarrollo integral en la adolescencia y la juventud es una responsabilidad colectiva, que necesita articular a la familia, la escuela y la sociedad, y articularse con las políticas públicas para la atención integral de la salud en todos los niveles de complejidad.

Trabajar por la salud de los adolescentes requiere empatía y una visión holística del ser humano en su ciclo vital, con un enfoque sistémico de sus necesidades, que no se limite a la prevención de enfermedades y dolencias o a la atención clínica, sino que incluya también la prevención del embarazo.

Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación cualitativa y la complejidad del tema abordado, no pretendemos establecer generalizaciones sobre la forma en que las adolescentes embarazadas perciben y crean significado para su realidad. La relevancia de este estudio está ligada, especialmente, al análisis de la realidad investigada, sus especificidades y puntos de convergencia con estudios ya realizados y la evidencia de que es necesario desarrollar muchos otros estudios.

Los resultados de este estudio apuntan a la reproducción de patrones de comportamiento social ligados al nivel de ingresos, al nivel educativo y al género. Los adolescentes entrevistados no tienen una reflexión crítica sobre su situación y su futuro, sus angustias se sitúan en el presente y en afrontar los problemas inmediatos. Llama la atención la ausencia de un proyecto de futuro que, junto con las transformaciones propias de la adolescencia, puede situar el embarazo como "solución" a los impases y dificultades relacionados con la transición de la infancia a la edad adulta.

Ante este escenario, es necesario cuestionar, en términos generales, la eficacia del conjunto de políticas públicas que deberían estar orientadas a la promoción de la ciudadanía y a la creación de condiciones concretas para la construcción de otros proyectos de vida viables para los adolescentes de bajos ingresos. De manera específica,

cuestionar el papel de las instituciones de salud y educación que, a pesar de reconocer el problema, son incapaces de articular acciones que puedan transformar esta realidad.

El embarazo adolescente, innegablemente, coexiste con potenciales riesgos sociales y de salud para los adolescentes, y es de gran importancia contar con una red de asistencia que inserte a los jóvenes en sus acciones de promoción de la salud, especialmente en la discusión y difusión de información sobre planificación familiar.

El acceso de los adolescentes a los servicios sanitarios es sumamente importante para promover una planificación familiar informada, autónoma y adecuada. Sin embargo, existen barreras geográficas, administrativas y psicosociales para el acceso. Los estudios demuestran que las principales barreras para que las jóvenes adolescentes accedan a los servicios sanitarios antes del embarazo son administrativas y psicosociales.

Por último, un embarazo precoz y no planificado puede dar lugar a una situación psicológica la sobrecarga emocional y social en el desarrollo del adolescente de la adolescente, contribuyendo a los cambios en su vida futura además de perpetuar el ciclo de la pobreza, educación precaria, falta de perspectiva de vida, ocio y el empleo y, en consecuencia, en la búsqueda de mejores condiciones de vida de la vida. La inestabilidad económica contribuye a una reacción en cadena. Primero la adolescente abandona sus estudios para asumir otras responsabilidades derivadas de la nueva función el nuevo papel que asume, el de madre. Siguiendo, entonces, el bajo nivel de escolaridad y el precario nivel de instrucción llevan a dificultad para entrar en el mercado laboral, así como la estabilidad conyugal y el estado de salud del de la adolescente y su hijo, especialmente en ausencia la ausencia de apoyo familiar. El proyecto de vida del adolescente es, por tanto, extremadamente comprometida por el embarazo temprano, haciendo que la posibilidad de la posibilidad de conseguir éxitos que puedan mejorar sus condiciones socioeconómicas sus condiciones socioeconómicas.

CONCLUSIÓN

Lo expuesto anteriormente permite concluir que, una intrincada red de factores confiere al embarazo en la adolescencia un alto grado de riesgo para la madre y el niño, especialmente para los que proceden de entornos con bajos ingresos. Las consecuencias perversas del embarazo en la adolescencia se dejan sentir tanto en la morbilidad/mortalidad de la madre y el bebé como en las repercusiones económicas, educativas-escolares y sociales. Actuar educativamente es una forma de afrontar este problema.

En respuesta al objetivo específico "Determinar los factores clínicos de las adolescentes embarazadas que son atendidos en la Maternidad Lucrécia Paím", una mujer que se queda embarazada a una edad temprana puede presentar graves problemas durante el embarazo, incluido el riesgo de muerte. Entre los factores biológicos que merecen ser mencionados, podemos citar los riesgos de prematuridad del bebé y de bajo peso, la muerte prenatal, la anemia, el aborto natural, la preeclampsia y la eclampsia, el riesgo de rotura del cuello uterino y la depresión posparto.

A pesar de todos los riesgos, es fundamental informar que la mayoría de los problemas derivados del embarazo en mujeres muy jóvenes podrían evitarse con una atención prenatal eficaz. Sin embargo, las investigaciones describen que las mujeres que se quedan embarazadas a una edad muy temprana a menudo intentan ocultar su embarazo y simplemente no reciben atención prenatal en el momento adecuado. Además, es frecuente el intento de interrupción del embarazo, lo que retrasa aún más la búsqueda de atención médica especializada.

Con respecto al objetivo de "Identificar los factores sociales de las adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrécia Paím", el panorama en el que se encuentran los adolescentes y su relación social con sus padres, familiares y conocidos presentes en su entorno social dicen mucho sobre su comportamiento y sus ambiciones. Que incluso en las situaciones en las que la cultura es un factor preponderante para el matrimonio precoz y da lugar a un embarazo, estas mujeres siguen siendo dependientes de sus cónyuges y todavía, se convierten en dependientes de sus deseos, dejando de estudiar, trabajar y luego, dedicándose exclusivamente a la familia.

Es importante destacar que, a pesar de producirse en diferentes grupos, el embarazo en la adolescencia está directamente asociado a los bajos ingresos, la baja

educación y las pocas perspectivas de futuro. Varios estudios demuestran esta relación, incluidos los datos del gobierno. Muchas personas creen que el problema del embarazo en la adolescencia radica exclusivamente en que muchas madres y padres a esta edad no tienen la madurez ni los ingresos necesarios para crear una nueva vida. Sin embargo, el problema va más allá de los factores psicológicos y económicos.

En este contexto, la natalidad no acompaña la evolución de la sociedad, ya sea económica o social. Sólo hay adolescentes que dan a luz, sin ninguna perspectiva inicial de la vida. Estas cifras afectan a la población en general, y especialmente al desarrollo del país.

En el contexto africano, la acusación de matrimonio precoz a las adolescentes ha estado presente durante generaciones, siendo impuesta por la propia sociedad. Por lo tanto, la inclusión de campañas públicas sobre la necesidad de la independencia financiera, el seguimiento de la escuela, eventos que hacen que la sociedad entienda que el adolescente aún no está listo para cumplir con la responsabilidad materna.

En el transcurso de este trabajo quedó claro que las adolescentes no reciben todo el apoyo necesario de sus familias, sino que se limitan a seguir un flujo impuesto por la sociedad: nacer, crecer, casarse, reproducirse y envejecer, sin planificación ni nada parecido. Es un hecho que, si las etapas de la infancia y la adolescencia están bien desarrolladas, la probabilidad de tener un adulto exitoso es mayor.

También en el contexto de la respuesta, con respecto al objetivo de "Puntuar las características psicosociales de las adolescentes embarazadas en su contexto familiar y escolar", el embarazo en la adolescencia sigue siendo un dilema en Angola, especialmente en las zonas periféricas, siendo notorias las numerosas consecuencias de las adolescentes embarazadas en el intraparto, el posparto y el preparto. Al darse cuenta del contexto social y epidemiológico de estas jóvenes, se promueve en la sociedad la comprensión de que es necesario implementar políticas públicas y mostrar que no sólo los métodos anticonceptivos previenen la aparición de tales complicaciones.

Caracterizar los patrones para perfilar a las adolescentes embarazadas se convirtió en algo relativo en esta investigación, ya que la Maternidad Lucrecia Paim atiende a regiones de toda África Occidental. Por lo tanto, parte de las características mayoritarias son que el embarazo se produce en adolescentes que están en la fase tardía de la adolescencia, que residen en Luanda y ciudades vecinas.

A pesar de lo que muchos piensan, los adolescentes de hoy en día tienen conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos, ya que la información se proporciona en las escuelas, la televisión e incluso en Internet. Sin embargo, la mayoría no sabe cómo prevenirse adecuadamente, no entendiendo cómo funciona cada método, utilizándolos de forma incorrecta o simplemente abandonando su uso por motivos personales.

Sin embargo, las acciones educativas que hacen hincapié únicamente en un enfoque biológico de la planificación familiar no han sido eficaces si tenemos en cuenta las estadísticas relativas a la salud reproductiva de los adolescentes. Para que la educación contribuya efectivamente a la reducción de este tipo de embarazos, se deben considerar todas las dimensiones, con especial énfasis en la dimensión sociocultural en la que encontramos fuertes determinantes del embarazo no deseado. Abordar esta dimensión educativamente significa abrir un espacio dentro y fuera de la escuela para el debate sobre la identidad femenina en un proceso que abarque la totalidad del ser humano.

En cuanto al objetivo “Describir las necesidades y expectativas de las adolescentes embarazadas relacionadas con el desarrollo escolar, el trabajo, las expectativas con su hijo y las relaciones”, se percibió que cuando se educan y emancipan, las adolescentes son un motor de progreso, transforman las comunidades y contribuyen a la prosperidad económica sostenible.

Hay que entender que el embarazo sigue siendo algo que implica a la mujer mucho más que al hombre. El embarazo no sólo provoca la modificación del cuerpo y la generación de una vida, sino también el abandono escolar, la abdicación de la juventud, los sueños frustrados y la madurez precoz. Además, el periodo de la adolescencia determina en gran medida el futuro del individuo en la transición a la edad adulta.

Cabe destacar que no sólo las características culturales son determinantes del embarazo adolescente, sino el tema de la vulnerabilidad social, en el que afectan principalmente a las poblaciones que viven en condiciones de vulnerabilidad y demuestran las desigualdades que existen entre y dentro del país. Pero los jóvenes también tienen que estar capacitados para conocer y reclamar sus derechos. Esto significa que deben tener acceso a información precisa sobre su salud sexual y

reproductiva, a oportunidades de educación y desarrollo personal, y a plataformas de participación y compromiso en la vida comunitaria y cívica.

Puede parecer sencillo, pero la información y las oportunidades pueden cambiar la vida. Cuando los jóvenes y las personas vulnerables se empoderan a través del conocimiento, pueden abogar por sí mismos, e incluso persuadir a sus familias para que cancelen o pospongan sus compromisos.

Incluso con las inversiones suecas y las de las organizaciones internacionales, fue difícil llevar a cabo plenamente las acciones previstas debido a numerosos factores, que van desde las dificultades geográficas y económicas hasta la correcta gestión política y financiera de los recursos. Sin embargo, hay que reconocer que, sin estas inversiones, la situación de la sanidad en el país podría estar en peores condiciones.

Es importante considerar los aspectos culturales del país, que sitúan a las mujeres en una condición de subordinación. Las políticas y los acuerdos elaborados se vieron influenciados por la situación mundial de la época, ya que el debate internacional sobre los derechos sexuales y reproductivos y los derechos de las mujeres también llevó esta discusión al gobierno angoleño, a pesar del aspecto cultural de la desvalorización de la mujer, todavía presente en el país.

Antes, con necesarios muchos cambios para acabar con el matrimonio infantil, como reforzar y hacer cumplir las leyes contra esta práctica, avanzar en la igualdad de género y asegurar el compromiso de las comunidades con los derechos de las niñas.

Al analizar los sueños y perspectivas de estos adolescentes, queda claro que hoy no se ven a sí mismos como una prioridad, sino que la constitución de la familia y su bebé se convierten en el centro de atención. Por lo tanto, se puede ver que la precocidad materna genera un sentimiento de frustración e incluso una visión inferior del futuro en los propios adolescentes.

REFERENCIAS

- Almeida, D.S., Medeiros, A.P.S., Sousa, W.P.S., Maia, R.S. y Maia, E.M.C. (2016). *Reincidência da gravidez na adolescência: uma revisão integrative*. *Adolesc Saude*, 13(Supl.2):124-32.
- Alonso Uría, R.M., Campo González, A., González Hernández, A., Rodríguez Alonso, B. y Medina Vicente, L. (2005). *Gravidez na adolescência: alguns fatores biopsicossociais*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21 (5-6).
- Alvarez, C.A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa u cualitativa – guía didáctica*. Universidad Surcolombiana. Neiva.
- Alves, A. y Lopes, M. (2008). *Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários*. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Alves, J.G.B., Cisneiros, R.M.R., Dutra, L.P.F., Pinto, R.A. (2012). *Perinatal characteristics among early (10-14 years old) and late (15-19 years old) pregnant adolescents*. *Revista Biomed Central*, Londres.
- Alves, L.H.B. (2020). *Algumas considerações sobre a Adolescência*. VII Congresso Nacional de Educação. Maceió.
- Angola, Constituição da República de Angola de 21 de janeiro de 2010. www.ambasciatangolana.com/pt/datigeo-e-ind-dem.php.
- Angola. (2010). *Implementação da carta africana dos direitos do homem e dos povos. (Relatório)*. Luanda: Assembleia Constituinte Recuperado de http://www.achpr.org/files/sessions/51st/state-reports/5th-2007-2010/staterep_angola_2010_por.pdf.
- Angola. (2010). *Plano estratégico - igualdade do gênero e empoderamento das mulheres CPLP*. Luanda: Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).
- Angola. (2020). *Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, 2009*. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo.

- Angola. Assembleia Constituinte. (2010). *Constituição da República de Angola*. Luanda: Assembleia Constituinte. Recuperado de http://www.governo.gov.ao/Arquivos/Constituicao_da_Republica_de_Angola.pdf.
- Angola. Direção Nacional de Saúde Pública. (2004). *Plano estratégico para a redução acelerada da mortalidade materno infantil em Angola 2005-2009*. Luanda: Direção Nacional de Saúde Pública.
- Angola. Ministério da Família e Promoção da Mulher. (2009). *Avaliação da implementação da plataforma de acção de Beijing*. Luanda: Ministério da Família e Promoção da Mulher.
- Angola. Ministério da Saúde. (2004a). *Políticas e normas para a prestação de serviços em saúde reprodutiva*. 2 ed. Luanda: Ministério da Saúde, Direção Nacional de Saúde Pública.
- Angola. Ministério da Saúde. (2005b). *Plano estratégico nacional para a saúde sexual e reprodutiva 2002-2006*. Luanda: Ministério da Saúde.
- Angola. Ministério da Saúde. Direção nacional de Saúde Pública. (2007). *Roteiro nacional para acelerar a redução da mortalidade materna e neonatal em Angola 2007-2015*. Luanda: Ministério da Saúde.
- Angola. Ministério do Planeamento. (2005a). *Objetivos de desenvolvimento do milênio. (Relatório de progresso)*. Luanda: Angola.
- Angola. Ministério do Planeamento. (2005a). *Objetivos de desenvolvimento do milênio. (Relatório de progresso)*. Luanda: Angola.
- Angola. Ministério do Planeamento. (2012). *Inquérito sobre o bem estar da população 2008-2009*. Luanda: Ministério do Planeamento.
- Angulo Sevillano, G.D.J. (2019). *Complicaciones obstétricas en el tercer trimestre del embarazo en adolescentes, comparadas con madres no adolescentes en el Hospital Regional Docente de Cajamarca De Enero a diciembre 2019*. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA. FACULTAD DE MEDICINA. Cajamarca.

- Araujo Nery, I.S. (2018). *Conhecimento sobre contracepção e fatores associados ao planejamento da gravidez na adolescência*. Revista Cogitare Enfermagem.
- Araujo Silva, A.C., Santos Andrade, M., Souza da Silva, R., Jambeiro Evangelista, T., Santos Bittencourt, I., y do Nascimento Paixão, G. P. (2013). *Fatores de risco que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência: revisão integrativa da literatura*. Revista Cuidarte.
- Araújo, A. K. L. de y Nery, I. S. (2015). *Conhecimento sobre contracepção e fatores associados ao planejamento de gravidez na adolescência*. Universidade Federal Piauí. Teresina-PI.
- Arcanjo, C.M., Oliveira, M.I.V., Bezerra, M.G.A. (2007). *Gravidez em adolescentes de uma unidade municipal de saúde em Fortaleza – Ceará*. Rev Enferm. Rio de Janeiro.
- Arruda, A.A.S; Coutinho, I.C.; Katz, L.; Souza, A.S.R. (2013) *Fatores Associados À recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: Estudo caso-controle*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Augusto, C.A. et al. (2013). *Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011)*. Revista de Economia e Sociologia Rural.
- Azevedo, W.F., Diniz, M.B., Fonseca, E.S.V.B., Azevedo, L.M.R., Evangelista, C.B. (2014). *Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura*. Einstein.
- Basso, S. C. et al. (1991). *Enfermidades de Transmissão Sexual*. In: _____ Sexualidade humana: aspecto para desenvolver decência na educação sexual. Brasília, DF: OPAS.
- Beretta, M.I.R., Freitas, M.A., Dupas, G., Fabbro, M.R.C., Ruggiro, E.M.S. (2011) *A construção de um projeto na maternidade adolescente: relato de experiência*. Rev Esc Enferm.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1999). *Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília.
- Buendgens, B.B. y Zampieri, M. de F. M. (2012). *A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica*. Escola Anna Nery.
- Cabral, C.S. y Brandão, E. R. (2020). *Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa*. PERSPECTIVAS • Cad. Saúde Pública.
- Camuege, V. M. (2014). *La regulación jurídica de la inversión extranjera en la República de Angola*. Universidad Central Marta Abreu de Las Villas.
- Cancino, A.M. Mora; M. Valencia, Hernández. (2015). *Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual*. Perinatología y Reproducción Humana.
- Cardoso, A. R. y Brito, L. M. T. (2014). *Ser avó na família contemporânea: Que jeito é esse?* Psico USF.
- Carvalho, E.R. y Rocha, H.A.L. (2016). *Estudo epidemiológicos*. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza.
- Castro, A.B.C., et al. (2018). *Gênero, patriarcado, divisão sexual do trabalho e a força de trabalho feminina as sociedades capitalistas*. VI seminário CETROS.
- Cecagno, S.; Hartmann, M.; Braga, L. R.; Brito, J. F.; Soares, M. C.; Oleiro, L. S. (2020). *Fatores obstétricos relevantes na adolescência: uma revisão integrativa no contexto nacional e internacional*. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama.
- Chacham, A.S., Maia, M.B. y Camargo, M.B. (2012). *Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte*. Revista Brasileira de Estudos de População.
- Coelho, E.A. (2011). *Ocorrência de gravidez não planejada em áreas de cobertura do Programa de Saúde da Família – Salvador (BA)*. Salvador.
- Coley, S. L.; Nichols, T. R.; Rulison, K. L.; Aronson, R. E.; Brown-Jeffy, S. L.; Morrison, S. D. (2015). *Does neighborhood risk explain racial disparities in*

- disparities in low birth weight among infants born to adolescent mothers?*
Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, Orlando.
- Corrêa, D. (2012). Uso de contraceptivos orais entre mulheres de 18 a 49 anos: Inquérito populacional telefônico (dissertação). Belo Horizonte (MG): Escola de enfermagem da UFMG; 2012.
- Costa, N.F.P., Ferraz, E., Souza, C., Silva, C. y Almeida, M. (2008). Acesso à anticoncepção de emergência. Velhas barreiras e novas questões. Revista Brasileira Ginecologia e obstetrícia.
- Crossetti, M. G. O. (2012). *Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido*. Rev Gauch Enferm. Porto Alegre.
- Cruz, M. S., Carvalho, F. J. V., Irffi, G. (2016). *Perfil comportamental da gravidez na adolescência no Brasil*. Revista Planejamento e Políticas Públicas, Brasília.
- Cruz, M. S., Carvalho, F. J. V. y Irffi, G. (2016). *Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil*. Revista Planejamento e Políticas Públicas, Brasília.
- Dadoorian, D. (2003). *Gravidez na adolescência: Um novo olhar*. Psicologia, Ciência e Profissão.
- Dias, A.C.G. y Teixeira, M.A.P. (2010). *Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo*. Paidéia, Ribeirão Preto.
- Dias, A.C.G., Jager, M. E., Patias, N. D. y Oliveira, C. T. de.(2013). *Maternidade e casamento: o que pensam as adolescentes?* Revista Caap.
- Dias, C. M. S. B., Hora, F. F. A., & Aguiar, A. G. S. (2010). *Jovens criados por avós e por um ou ambos os pais*. Psicologia: Teoria e Prática.
- Domingues, J.R., (1999). *Fatores etiológicos relacionados á gravidez na adolescência: vulnerabilidade a maternidade*. In: Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento. Brasília, DF.
- Domingues, R. M. S. M., Fonseca, S. C., Leal, M. C., Aquino, E. M. L. y Menezes, G. M. S. (2020). *Aborto inseguro no Brasil: revisão sistemática da produção científica, 2008-2018*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.

- Dubuc, I. F; Ferrare, R. A. D. (2006). *Adolescentes atendidas no serviço público de emergência: perfil de morbidade e mortalidade*. Rev. Elet. Enfermagem.
- Felice, M. E. et al. (1981). *A adolescente grávida: impacto do pré-natal completo*. J.Adolesc. cuidados de saúde.
- Dubuc, Islaine Fernandes, e Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari. (2009). *Adolescentes Atendidos Num serviço Público De Urgência E Emergência: Perfil De Morbidade E Mortalidade*. Revista Eletrônica de Enfermagem.
- Ecuador. (2018). Ministerio de Salud Pública. *Política Intersectorial De Prevención Del Embarazo En Niñas Y Adolescentes*. Ecuador 2018 – 2025.
- Ercole, F. F., Melo, L. S. y Alcoforado, C. L. G. C. (2014). *Revisão integrativa versus revisão sistemática*. Revista Mineira de Enfermagem, Minas Gerais.
- Faria S, Zanetta T, (2008) *Perfil das mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados de assistência pré-natal*. Arquivos ciências saúde.
- Ferreira, E. B., Pinho, J. R. O., Moreira, J. C. R., Oliveira, A. E. F., Castro Júnior, E. F. y Sousa, R. R. (2017). *O que muda com a adolescência: questões da prática assistencial para enfermeiros*. Universidade Federal do Maranhão - UNA-SUS/UFMA.
- Fleming, N.; N. G. N.; Osborne, C.; Biederman,S.; Yasseen, A. S.; Dy, J.; White R. R.; Walker, M. (2013). *Adilescent pregnancy outcomes in the Province of Ontario: A Cohort Study*, Journal of Obstetrics and Gyneacology Canada, Canadá.
- Flores-Valencia, M. E., Nava-Chapa, G. y Arenas-Monreal, L. (2017). *Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública*. Revista de Salud Pública.
- Foucault, M. (1995). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995.
- França, T.; Maranhão, N. (2010). *Adolescentes ignoram anticoncepcionais e o número de mães jovens aumenta*. Meio Norte, Terezinha.

- Freeman, E. W. et al. (1998). *Nunca grávidas adolescentes e programas de planejamento familiar: anticoncepcionais, a continuação, e risco de gravidez*. Am. J. Public Health.
- Freitas, W., y Jabbour, C. (2011). *Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões*. Revista Estudo & Debate.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. (2011). *Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: Una época de oportunidades*. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Brasília, 2011.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. (2018). *Trajetórias plurais práticas que contribuem para a redução da gravidez não intencional na adolescência*. Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Brasília, 2018.
- Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA). (2013). *Relatório da ONU diz que 7,3 milhões são mãe antes dos 18 anos*. ONU News. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2013/10/1455021-relatorio-da-onu-diz-que-73-milhoes-sao-mae-antes-dos-18-anos>.
- Fundo das Nações Unidas para Infância – UNICEF e o Fundo de População das Nações Unidas. – UNFPA. (2017). *Gravidez na Adolescência no Brasil – Vozes de Meninas e de Especialistas*. Brasília: INDICA.
- Gaete, Verónica. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. Revista chilena de pediatría, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Gallo, J. H. S. (2011). *Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões*. Revista Bioética, Brasília.
- Gausman, J. et al. (2019). *How do Jordanian and Syrian youth living in Jordan envision their sexual and reproductive health needs? A concept mapping study protocol*. BMJ Open.
- Gil, A., C. (2010). *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. Editora Atlas. São Paulo.
- Guimarães, E. B. (2001). *Gravidez na adolescência: fatores de risco*. IN: SAITO, M. I.; SILVA, E. V. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo, Atheneu.

- Gutmacher, I. (2017). *Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health*. Nova York.
- Guzman-Mercado, E., Vasquez-Garibay, E. M., Troyo-Sanroman, R. Â y Â Romero-Velarde, E. (2016). *Hábitos alimentares em adolescentes grávidas mexicanas de acordo com seu estado civil*. Nutr. Hosp. [conectados].
- Humbwavali, J.B. (2011). *Situação de saúde de mães e crianças em um município da periferia de Luanda, Angola, e a potencial contribuição dos agentes comunitários de saúde (dissertação)*. Porto Alegre: Universidade federal do Rio grande do sul UFRGS.
- Jesús Reyes, D. y González Almontes, E. (2014). *Elementos teóricos para a análise da gravidez na adolescência*. Sexualidade, Saúde e Sociedade: Rio de Janeiro.
- Jezo, R.F.V, Ribeiro, I.K.S., Araujo, A., Rodrigues, B.A. (2017). *Gravidez na adolescência: perfil das gestantes e mães adolescentes em uma unidade básica de saúde*. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro.
- Jornal Angola. (2021). *Aumentam casos de gravidez precoce*. Disponible em: <https://jornaldeangola.ao/ao/noticias/detalhes.php?id=393877>. Acesso em 27 de março 2021.
- Jovem Pan. (2020). *Datusus: Brasil tem média diária de sete abortos em crianças e adolescentes*. Disponible en: <https://jovempan.com.br/programas/jornal-da-manha/>
- Kapalu, I. *El derecho a la salud en la Constitución de Angola y de Brasil: un estudio comparativo*. Cad. Ibero-Amer, Brasília.
- Kuo, C. P., Lee, S. H., Wu, W. Y., Liao, W. C., Lin, S. J. y Lee, M. C. (2010). *Birth outcomes and risk factors in adolescent pregnancies: results of a Taiwanese national survey*. Official Journal of Japan Pediatric Society, Japão.
- Lee, S. H., Lee, S. M., Lim, N. G., Kim, H. J., Bae, S. H. y Ock, M. (2016). *Differences in pregnancy outcomes, prenatal care utilization and maternal complications between teenagers and adult women in Korea: a nationwide epidemiological study*. Journal Medicine, Estados Unidos.

- Levisky, D.L. (1998). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lima, T.N.F.A. (2016). *Social support networks for adolescent mothers*. Rev Enferm UFPE.
- Lopes, M.C.L., Oliveira, R.R., Silva, M.A.P., Padovani, C., Oliveira, N.L.B. y Higarashi, I.H. (2020). *Tendência temporal e fatores associados à gravidez na adolescência*. Revista de Enfermagem da USP.
- López Rodríguez, Y. (2011). *A gravidez na adolescência e seu impacto biopsicossocial no corpo da mãe e de seu futuro filho*. Revista Cubana de Enfermagem.
- López, PM; Rodríguez, Mercedes Suárez. (2002). *Desarrollo de la Adolescencia y a adultez*. Instituto Hidalguense de Educación. Universidad Pedagógica Nacional-Hidalgo.
- Mainetti, A. C., y Wanderbroocke, A. C. N. S. (2013). *Avó que assumem a criação dos netos*. Pensando Famílias.
- Maiorino, F. T. & Neves, L. C. M. (1997). *Quem eu quero ser quando crescer: uma sistematização sobre o projeto de vida de jovens*. Psicologia Revista.
- Malbarey, O. T.; Balayla, J. Klam, S. L.; Shrim A. Abenhaim, H. A. Pregnancies in young adolescent mothers: a population- based study on 37 million births. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, Orlando, v. 25, p. 98-102, 2012.
- Manasyan, A., Chomba, E., McClure, E.M., Weight, L.L., Kerzwanskis, Carlo W.A., et al (2011). *Cost-effectiveness of Essential Newborn Care Training in Urban First-Level Facilities*. Pediatrics.
- Maranhão TA, Sales SS, Pereira MLD et al. (2018). *Atitudes e reações familiares e sociais diante da gravidez na adolescência*. Revista de enfermagem UFPE.
- Marasciulo, M. (2020). *Conheça 5 religiões tradicionais de povos da África*. Revista Galileu.
- Menezes, I. H.C. F. y Domingues, M. H. M. S. (2004). *Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes, assistidos em serviços de saúde de Goiânia*. Revista de Nutrição.

- Merino, M.F.G., Zani, A.V., Teston, E.F., Marques, F.R.B. y Marcon S.S. (2013). *As dificuldades da maternidade e o apoio familiar sob o olhar da mãe adolescente*. Revista Ciênc. Cuid Saude.
- Angola. (2012). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012-2025)*. Ministério da Saúde (MS).
- Miranda, A. E.; Pinto, V. M.; Szwarcwald, C. L.; Golub, E. T. (2012). *Prevalence and correlates of preterm labor among young parturiente women attendind public hospitals in Brazil*. Revista Panamericana Salud Publica, Washington.
- Mirchandani, G.; Mcdonald, J.; Echegollen,A.; Castrucci, B. (2008). *Characteristics of young women whogave birth in the US-Mexico Border Region, 2005: The Brownsville-Matamoros Sister City project for women'shealth*. Center for Diseade Control and Prevention,Atlanta-EUA.
- Moraes Filho, O.B., Albuquerque, R.M. y Hardy, E. (1997). *Conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais por mulheres com aborto provocado ou espontâneo*. Rev IMIP.
- Morales, JMM. (2012). *Recomendaciones sobre lactancia materna*. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría.
- Morrioni, C., Tibazarwa, K, Myer, L: (2006). *Combined condom and contraceptive use among South African women*. S Afr Med J.
- Myer, L., Mlobeli, R., Cooper, D., Smit, J. y Morrioni, C. (2007). *Knowledge and use of emergency contraception among women in the Western Cape province of South Africa*. BMC Women's 47 Health.
- Oliveira, M.G. y Artmann, E. (2009). *Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola*. Cadernos de Saúde Pública [online].
- Omar, K., Hasim, S., Muhammad, N. A., Jaffar,A., Hashim, S. M., Siraj, H. H. (2010). *Adolescent pregnancy outcomes and risk factors in Malaysia*. International Journal of Gynecoloy and Obstetrics.
- Organização das Nações Unidas (ONU). (2013). Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). *O estado da população mundial 2013: a maternidade na infância*. Nova York. <http://www.unfpa.org/publications/state-world-population-2013>

Organização Mundial da Saúde. (2006). Comitê Regional Africano. *Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na região africana, 2006*. Disponible en: http://afrolib.afro.who.int/RC/RC%2056/Doc_Por/AFR%20RC56%2012.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Informe de Consulta Técnica, Washington. Disponible en: https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESP-EMBARAZO-ADOLESC14febrero%20FINAL_5.PDF.

Organización Mundial de la Salud. (2006). Informe sobre la salud en la Región de África. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr68/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. Organización Mundial de la Salud [En línea] junio

Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Organización Mundial de la Salud [En línea] jan 2021 [fecha de acceso 20 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial del Salud. (2003) Informe sobre la Salud en el mundo 2003 – Forjemos el futuro.

Organización Mundial del Salud. (2019) Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar. OMS. Disponible: <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>

Organización Mundial del Salud. (2020). Adolescent Pregnancy. OMS. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM).

- Partington, S.; Steber, D. L.; Blair, K. A.; Cisler, R. A. (2009). *Second Births To teenage mothers: riskfactors for low birth weight and preterm birth*. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, Estados Unidos.
- Pattanapisalsak, C. *Obstetric outcomes of teenage primigravida in su-ngai kolok hospital, nerathiwat, Thailand*, Journal of the Medical Association of Thailand, Tailândia, v. 94, n. 2, 2011.
- Pedro Filho, F. et al. (2011). *Perfil epidemiológico da grávida adolescente no município de Jundiaí e sua evolução em trinta anos*. Adolescência e Saúde. Rio de Janeiro.
- Pehrsson, K., Andersson-Brolin, L., Salmonsson, S. (2008). *Apoio saudável? Um estudo do apoio sueco à saúde em Angola 1977-2006*. Suécia: Sida Evaluation.
- Pfitzner, MA, Hoff C, McElligott K. (2003). *Predictors of repeat pregnancy in a program for pregnant teens*. J Pediatr Adolesc Gynecol.
- Picanço, M.R.A. (2015). *Gravidez na adolescência*. Residência Pediátrica.
- Pintinho, Marcelino. (2019). *Gravidez na adolescência e os desafios da maternidade: um retrato de Angola*. Jundiaí [SP]: Paco Editorial.
- Pinto, K. L. B., Arrais, A, R., & Brasil, K. C. T. R. (2014). *Avosidade X Maternidade: A avó como suporte parental na adolescência*. Psico-USF.
- Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. São Paulo (SP): Artmed.
- Preto, A.D. B. et al. (2016). *Fatores Associados ao Baixo Peso ao Nascer entre Filhos de Mães Adolescentes*. Adolescência e Saúde.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2013). *El Informe sobre el Índice de Desarrollo Humano de 2013 muestra importantes avances desde 2000 en la mayoría de los países del Sur*. Disponible en: <https://www1.undp.org/content/undp/es/home/presscenter/pressreleases/2013/03/14/human-development-index-in-2013-report-shows-major-gains-since-2000-in-most-countries-of-south.html>

- Ramos N. (2016). *Mães e famílias entre culturas: saúde, desenvolvimento e cuidados interculturais*. In Rocha M.; Ramos N.; Santos, S.; Costa M. D.(Org.). *Seguridade social, interculturalidades e Desigualdades na contemporaneidade*. Natal: EDUFRN.
- Rivera, Sandra. (2003). *Embarazo en adolescentes aspectos de tipo social psicológico y cultural*. Disponible en Internet: <http://issuu.com/mijor/docs/embarazo-en-adolescentes>
- Rocha, E.N.S.G.N., Rodrigues, D.P., Luchesi, L.B., Silva, M.C.M., y Monteiro, J.C.S.M. (2018). Trayectoria histórica de las políticas de salud de la mujer en Angola. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), Recuperado de <<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.51.05>>
- Rocha, Eurica da. (2013). *Trajetória histórica das políticas de saúde da mulher em Angola*. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto.
- Rodrigues, Lívia Santos; Silva, Vanuzia Oliveira da; Gomes, Maria Amábia Viana. (2019). *Gravidez na Adolescência: suas implicações na adolescência, na família e na escola* *Revista Educação e Emancipação*, São Luís.
- Rodríguez, I. C.; Rossell-Pineda, M. R.; Acosta, T. A.; Quintero, L. R. (2013). *Factores de riesgo asociados a la prematuridad en recién nacidos de madres adolescentes*. *Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, Venezuela.
- Romero, A.S. (2018). *Intervenção educativa sobre os fatores de risco da gravidez na adolescência na unidade de saúde virgem dos pobres, Maceió*. Universidade Federal de Minas Gerais curso de especialização gestão do cuidado em saúde da família. Maceió-AL.
- Romio, C. M., Roso, A., Cardinal, M. F., Basso, S., & Pierry, L. G. (2015). *Saúde mental das mulheres e aborto induzido no Brasil*. *Psic. Rev.*
- Santos, J.S., Andrade, R.D., Mello, D.F., Maia, M.A.C. (2014). *Educação em saúde na adolescência: contribuições da Estratégia Saúde da Família*. *Revista Soc. Bras. Enferm. Ped.*

- Santos, E.C; et al. (2010). *Gravidez na Adolescência: Análise Contextual de Risco e Proteção*. Departamento de Psicologia. Maringá/PR. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a09v15n1.pdf>.
- Sarsano, Elda Angelica. (2007). *Estudio comparativo de la problemática y características de las adolescentes embarazadas que se asistieron en el Instituto de Maternidad "Ntra. Sra. de las Mercedes" de San Miguel de Tucumán, en los meses de enero a junio de 1996-2006*. Córdoba.
- Saúde Debate. *Especialista alerta para os riscos da gestação precoce*. (2020). *Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, em fevereiro, chama atenção para o assunto*. Disponível em: <https://saudedebate.com.br/noticias/especialista-alerta-para-os-riscos-da-gestacao-precoce>.
- Schoen-Ferreira, T.H., Aznar-Farias, M., Silvaes, E.F.M. (2010). *Adolescência através dos séculos*. Psicologia: Teoria e Pesquisa.
- Schwartz, T., Vieira, R., Geib, L.T.C. (2011). *Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções*. Ciência & Saúde Coletiva.
- Silva, A.L.R, Nakagawa, J.T.T. y Silva, M.J.P.A. (2020). *Composição familiar e sua associação com a ocorrência da gravidez na adolescência: estudo caso-control*. Revista enfermagem, Rio de Janeiro.
- Silva, G.V. da, Abrão, J.L.F. (2019). *Experiências emocionais da gravidez na adolescência: Entre expectativas e conflitos*. Boletim Acadêmico Paulista de Psicologia, São Paulo, Brasil.
- Simão, A.M.S., Santos, J.L.G., Erdmann, A.L., Mello, A.L.S.F., Backes, M.T.S., Magalhães, A.L.P. (2019). *Management of prenatal nursing care at a Health Center in Angola*. Rev Bras Enfermagem.
- Siqueira, A. A. F.; Tanaka, A. C. A. (1986). *Mortalidade na adolescência materna*. Rev. Saúde Pública São Paulo.
- Sismondi, P., Volante, R., Giai, M. (1984). *El embarazo y el parto en la adolescente*. Rev. Chil. Obstet. Gynecol.

- Strasburger, V. C. (1985). *Sexualidade adolescente normal*. Semin. adolescente Med.
- Sousa, C.R.O., et al. (2018). *Fatores preditores da evasão escolar entre adolescentes com experiência de gravidez*. Cadernos Saúde Coletiva.
- Sousa, E. Z. T., Silva, C. A.S., Guimarães, F. M., Barroso, I. D., Souza, Késsia L.S. S.; Gomes, Marcilene C.G.; Ribeiro, Samila G.(2020). *Qualidade de vida de adolescentes grávidas*. .Revista Eletrônica Acervo Saúde. Electronic Journal Collection Health.
- Sousa, Leilane Barbosa de, Fernandes, Janaína Franscisca Pinto e Barroso, Maria Grasiela Teixeira. (2006). *Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar*. Acta Paulista de Enfermagem [online].
- Souza Axa, et al. *Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência*. Psicol. Soc. 2012; 24(3): 588-96.
- Spindola, T.; Silva, L. F. F. (2009). *Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário*. Escola Anna Nery de Enfermagem, Rio de Janeiro.
- State of the World Population, the Promise of Equality. New York. WHO 2006.Report of a WHO Consultation on Birth Spacing. World Health Organization, Geneva WHO 2008
- Stevens-Simon C, Kelly L, Kulick R. (2001). *A village would be nice but... it takes a long acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies*. Am J Prev Med.
- Stevens-Simon, C.; Wuhite, M. M. (1991). *Gravidez na adolescência*. Pediatr. Ann.
- Surita, F. G. C.; Suarez, M. B. B.; Siani, S.; Silva, J. L. P. (2011). *Fatores associados ao baixo peso ao nascimento entre adolescentes no Sudeste do Brasil*. Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica, São Paulo.
- T.K.D; Hakim, S.E (2018). *Gravidez na adolescência*. 18º Congresso Nacional de iniciação científica. CONIC SEMESP. Faculdade Oswaldo Cruz.

- Taborda, J. A., Silva, F. C. da; Ulbricht, L., Neves, E. B. (2014). *Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas*. Caderno Saúde Coletiva Rio de Janeiro.
- Tiba, I. (1986). *Puberdade na adolescência: desenvolvimento biopsico-emocional*. São Paulo: Agora.
- Trombetta, J. (2020). *Gravidez na adolescência: a experiência de mães jovens*. UNC.
- Uhengue, L. (2020). *Desigualdades Sociais e Desempenho Escolar: o caso de uma Escola do 1º Ciclo de Ensino Secundário em Benguela /Angola*. Mestrado em Educação e sociedade, Departamento de Sociologia do ISCTE.
- Fundo de População das Nações Unidas. (2013). *Maternidade precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência*. Divisão de Informação e Relações Externas do UNFPA, Nova Iorque: UNFPA, 2013.
- UNICEF, Frank DeJongh (2020). *Pôr termo a morte de recém-nascidos e nados-mortes inevitáveis até 2030. A nossa actuação no presente determinará o curso da saúde materna e neonatal na próxima década*. World Health Organization.
- Valverde, K.B., Cubero, M.F.C. (2014). *La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad*. Wimb lu, Rev. electrónica de estudiantes Esc. de psicología, Univ. de Costa Rica.
- Vega, C. E. P. (2018). *Desafios na redução da mortalidade materna no Município de São Paulo*. Revista Med. São Paulo.
- Vicente, L.M.C. (2015). *Causas y consecuencias del embarazo en la adolescencia*. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires.
- Vieira, E. M., Bousquat, A., Barros, C. R. S. & Alves, M. C. G. P. (2017). *Gravidez na adolescência e transição para vida adulta em jovens usuários do SUS*. Revista de Saúde Pública, São Paulo.
- Vignoli, J.R.; Di Cesare, Mariachiara; Páez, Katherine. (2017). *Reproducción temprana - Diferencias entre grandes regiones del mundo al inicio y al final de la adolescencia*. UNFPA, Nacionales Unidas.

- Welti, C.C. (2000). *Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México*. Papeles de Población 2000; 6: 43-87.
- Werebe, M. J. G. (1998). *Sexualidade, Política e Educação*. Campinas, SP: Autores Associados.
- Ximenes, F.R.G., Dias, M.S.A., Rocha, J., Cunha, I.C.K.O. (2007). Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev Bras Enferm*.
- Zanatta, E., y Arpini, D. M. (2017). Conhecendo a imagem, o papel e a relação avó-neto: A perspectiva de avós maternas. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*.
- Zúñiga, Sophía González, Ugalde, Ana María Quezada. (2015). La persona adolescente y su experiencia durante la etapa intermedia. *Enfermería Actual de Costa Rica*.

APÉNDICES

APÉNDICE A - CUESTIONARIO

Numero (código de identificación): _____

1- Datos personales

- Número de la historia clínica:
- Edad:
- Nacionalidad:
- Residencia (Municipio):

2- Identificar los factores clínicos

- Antecedentes Obstétricos: Gestaciones _____ Partos _____ Abortos _____ E _____ P _____

3- Caracterizar los factores sociales

- Estado Civil: Soltera _____ Casada _____ Marital _____ Divorciada _____ Viúva _____
- Ocupación Actual: Estudia _____ Trabaja _____ Desocupada _____ Otra _____
- Religión: Católica _____ Protestante _____ / _____ Muçulmana _____ Otra _____ Laica _____
- Nivel de Escolaridad Concluída: 1º Ciclo _____ 2º Ciclo _____ Técnico Médio _____ Analfabeta _____
- Percapita Familiar: Baja _____ Média _____ Média Alta _____ Alta _____
- Embarazo Planeado: Si _____ No _____
- Embarazo Deseado: Si _____ No _____
- Residência: Antes _____ Actualmente _____
- Con Quien Vive: Antes _____ Actualmente _____
- Reacción de su pareja al Embarazo: Aceptación _____ Negación _____
- Reacción de su tutor y/o familiar al Embarazo: Aceptación _____ Negación _____
- Apoyo Familiar: Si _____ No _____
- Abuso antes del Embarazo: Sexual _____ Físico _____ Verbal _____ Mixto _____
- Tienes Padres? Si _____ No _____, Si es si, viven juntos: Si _____ No _____
- História Familiar de Embarazo en la Adolescência: Si _____ No _____ Quien _____
- Relación Actual con su Compañero: Buena _____ Regular _____ Mala _____

- Relación Actual con su Madre: Buena _____ Regular _____ Mala _____
- Relación Actual con su Padre: Buena _____ Regular _____ Mala _____
- Relación Actual con sus Hermanos: Buena _____ Regular _____ Mala _____
- Relación Actual con sus Amigos: Buena _____ Regular _____ Mala _____
- Relación Actual con sus Profesores: Buena _____ Regular _____ Mala _____
- Cuales son tus Expectativas o Sueños con su:
 - ✓ Futuro Bebe _____
 - ✓ Compañero _____
 - ✓ Familia _____
 - ✓ Consigo mismo _____

APÉNDICE B - CONSENTIMIENTO INFORMADO, LIBRE E INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
COMITÉ DE ÉTICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO, LIBRE E INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN según la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo

Por favor, lea atentamente la siguiente información. Si crees que algo es incorrecto o no está claro, no dudes en pedir más información. Si está de acuerdo con la propuesta que se le ha hecho, por favor firme este documento.

Título del estudio: Perfil epidemiológico y social de las adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrecia Paim en Luanda – Angola en 2020.

Centro de estudios: Maternidad Lucrecia Paim en Luanda

Explicação do estudo: Teniendo en cuenta que el embarazo adolescente es un problema de salud pública notorio que afecta a los países en vías de desarrollo, un estudio epidemiológico es crucial. Ya que los datos recogidos en el estudio sirven para poner de manifiesto los riesgos físicos y psicológicos generados tanto para la madre como para la descendencia, así como para caracterizar el estado psicosocial en el que se insertan los adolescentes. Así, el presente estudio tiene como objetivo describir y analizar el perfil epidemiológico de las adolescentes embarazadas, atendidas en el Hospital Central de Maternidad (Lucrecia Paím) de Luanda - Angola en 2020. Asimismo, determinar los factores clínicos de las adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrecia Paim; identificar los factores sociales de las adolescentes embarazadas atendidas en la Maternidad Lucrecia Paim; y describir las necesidades y expectativas de las adolescentes embarazadas. A partir de la aplicación de una entrevista objetiva que contiene 29 preguntas que abordan sobre el panorama social y epidemiológico de las adolescentes embarazadas.

Condiciones y financiación: Todo estudio es financiado por el autor, siendo voluntaria la disponibilidad de información del participante de la investigación.

Confidencialidad y anonimato : Todos los datos contenidos garantizan la confidencialidad, y no se proporciona información personal del participante de la persona.

A partir de ahora les agradezco su participación y estoy disponible para mayor aclaración en el correo electrónico drquino@yahoo.com y teléfono para contactar al +244 912 870 074,

siendo yo, FRANCISCO ADOLFO MANUEL QUINTO el investigador de esta investigación.

Assinatura/s: _____

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro que he leído y entendido este documento, así como la información verbal que me proporciona la persona o personas que firman anteriormente. Se me garantizó la posibilidad de negarme a participar en este estudio en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Por lo tanto, acepto participar en este estudio y permitir el uso de los datos que voluntariamente aporciono, confiando en que solo serán utilizados para esta investigación y las garantías de confidencialidad y anonimato que me ha dado el investigador.

Nombre:.....

Firma:..... Fecha:..... /..... /.....

<p>SI USTED NO ES EL QUE FIRMA POR EDAD O DISCAPACIDAD (si el menor tiene discernimiento también <u>debe</u> firmar, si consiente)</p> <p>NOMBRE:.....</p> <p>BI/CD NO:..... FECHA O CADUCIDAD /... /.....</p> <p>GRADO DE PARENTESCO O TIPO DE REPRESENTACIÓN:</p> <p>FIRMA.....</p>
--

**ESTE DOCUMENTO CONSTA DE 02 PÁGINAS Y SE HACE POR DUPLICADO:
UNA RUTA PARA EL INVESTIGADOR, OTRA PARA LA PERSONA QUE CONSIENTE EN EL**

ANEXOS

ANEXO A – CUESTIONARIO Y DATOS DEL ESTUDIO

Numero (código de identificación): _____

3- Datos personales

A) - Grupo de edad:

Grupo etário	NUMERO	%
✓ 10-13 años	68	9,0
✓ 14-16 años	213	28,1
✓ 17-19 años	477	62,9
➤ TOTAL	758	100

B) - Nacionalidad:

NACIONALIDAD DE LA GESTANTE	NUMERO	%
✓ Angoleña / Angolana	329	43,4
✓ Oeste – Africanos	404	53,3
✓ Europeos	09	1,2
✓ Latino – Americanos	16	2,1
➤ TOTAL	758	100

C) - Residencia (Município):

NUMERO DE GESTACIONES ANTERIORES	NUMERO	%
✓ Luanda	98	12,9
✓ Talatona	72	9,5
✓ Viana	179	23,6
✓ Belas	159	21,0
✓ Cacuaco	11	1,4
✓ Cazenga	141	18,6
✓ Kilamaba Kiaxi	68	9,0
✓ Icolo e Bengo	9	1,2
✓ Quiçama	21	2,8
➤ TOTAL	758	100

4- Identificar los factores clínicos

- Antecedentes Obstétricos

A) - Número de gestaciones anteriores

NUMERO DE GESTACIONES ANTERIORES	NUMERO	%
✓ 0	576	76,0
✓ 1	159	21,0
✓ 2	19	2,5
✓ 3	4	0,5
➤ TOTAL	758	100

B) - Número de Partos

NUMERO DE PARTOS	NUMERO	%
✓ 0	661	87,2
✓ 1	94	12,4
✓ 2	3	0,4
➤ TOTAL	758	100

C) - Número de Abortos

NUMERO DE ABORTOS	NUMERO	%
✓ 0	465	61,3
✓ 1	195	25,7
✓ 2	84	11,0
✓ 3	14	2,0
➤ TOTAL	758	100

5- Caracterizar los factores sociales

A) - Estado Civil

ESTADO CIVIL	NUMERO	%
✓ Soltera	138	18,0

✓ Casada	267	35,2
✓ Marital	346	45,6
✓ Divorciada	2	0,3
✓ Viúva	7	0,9
➤ TOTAL	758	100

B) - Ocupación Actual

OCUPACIÓN ACTUAL	NUMERO	%
✓ Estudia	354	46,7
✓ Trabaja	87	11,5
✓ Desocupada	309	40,8
✓ Otra	8	1,0
➤ TOTAL	758	100

C) - Religión

RELIGION	NUMERO	%
✓ Católica	132	17,4
✓ Protestante	88	11,6
✓ Musulmán	458	60,4
✓ Otra	32	4,2
✓ Ninguna	48	6,4
➤ TOTAL	758	100

D) - Grado de Escolaridad Concluída

GRADO DE ESCOLARIDAD	NUMERO	%
✓ I° Nivel /Ciclo de Escolaridad	254	33,5
✓ II° Nivel /Ciclo de Escolaridad	483	63,7
✓ Ensino medio / Técnico medio	11	1,4
✓ Bachiller	6	0,9
✓ Analfabeta	4	0,5
➤ TOTAL	758	100

E) - Percapita Familiar

PERCAPITA FAMILIAR	NUMERO	%
✓ Baja	564	74,4
✓ Media	162	21,3
✓ Media Alta	28	3,7
✓ Alta	4	0,6
➤ TOTAL	758	100

F) - Embarazo Planeado

EMBARAZO PLANEADO	NUMERO	%
✓ Si	613	81
✓ No	145	19
➤ TOTAL	758	100

G) - Embarazo Deseado

EMBARAZO DESEADO	NUMERO	%
✓ Si	497	65,5
✓ No	261	34,5
➤ TOTAL	758	100

H) - Residencia (vive en la misma casa antes del embarazo)

RESIDENCIA	NUMERO	%
✓ Si	66	8,7
✓ No	692	91,3
➤ TOTAL	758	100

I) - Con Quien Vive actualmente

CON QUIEN VIVE	NUMERO	%
✓ Parcerero	641	84,5

✓ Familiares	99	13,0
✓ Amistades	7	1,1
✓ Sola	11	1,4
➤ TOTAL	758	100

J) - Reacción de su pareja al Embarazo

REACCION DEL PARCERO AL EMBARAZO	NUMERO	%
✓ Aceptación	616	81,2
✓ Negación	139	18,4
✓ Indiferente	3	0,4
➤ TOTAL	758	100

K) - Reacción de su tutor y/o familiar al Embarazo

REACCION DE SU TUTOR / FAMILIA	NUMERO	%
✓ Aceptación	546	72,0
✓ Negación	207	27,3
✓ Indiferente	5	0,7
➤ TOTAL	758	100

L) - Apoyo Familiar

APOYO FAMILIAR	NUMERO	%
✓ Si	461	60,8
✓ No	297	39,2
➤ TOTAL	758	100

M) - Abuso antes del Embarazo

ABUSO ANTES DEL EMBARAZO	NUMERO	%
✓ Sexual	32	4,3
✓ Físico	166	21,9
✓ Verbal	219	28,8

✓ Mixto	341	45,0
➤ TOTAL	758	100

N) - Tienes Padres?

TIENES PADRES			NUMERO	%
✓ Si	- Viven juntos	Si	114	15,0
		No	241	31,8
✓ No			403	53,2
➤ TOTAL			758	100

O) - Historia Familiar de Embarazo en la Adolescencia

HISTORIA FAMILIAR DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	NUMERO	%
✓ Si	587	77,4
✓ No	171	22,6
➤ TOTAL	758	100

P) - Relación Actual con su Compañero

RELACION ACTUAL COM SU COMPAÑERO	NUMERO	%
✓ Buena	423	55,8
✓ Regular	69	9,1
✓ Mala	266	35,1
➤ TOTAL	758	100

Q) - Relación Actual con su Madre

RELACION ACTUAL COM SU MADRE	NUMERO	%
✓ Buena	573	75,6
✓ Regular	128	16,9
✓ Mala	57	7,5
➤ TOTAL	758	100

R) - Relación Actual con su Padre

RELACIÓN ACTUAL COM SU PADRE	NUMERO	%
✓ Buena	235	31,0
✓ Regular	182	24,0
✓ Mala	341	45,0
➤ TOTAL	758	100

S) - Relación Actual con sus Hermanos

RELACIÓN ACTUAL COM SUS HERMANOS	NUMERO	%
✓ Buena	409	54,0
✓ Regular	238	31,4
✓ Mala	111	14,6
➤ TOTAL	758	100

T) - Relación Actual con sus Amigos (a)

RELACIÓN ACTUAL COM SUS AMIGOS	NUMERO	%
✓ Buena	622	82,1
✓ Regular	103	13,6
✓ Mala	33	4,3
➤ TOTAL	758	100

U) - Relación Actual con sus Profesores

RELACIÓN ACTUAL COM SUS PROFESORES	NUMERO	%
✓ Buena	92	12,2
✓ Regular	297	39,1
✓ Mala	369	48,7
➤ TOTAL	758	100

V) - Expectativas o sueños com su bebe

EXPECTATIVAS O SUEÑOS CON SU BEBE	NUMERO	%
✓ No sé	248	32,7
✓ Criarlo	472	62,3
✓ Donarlo	36	4,7
✓ Matarlo	2	0,3
➤ TOTAL	758	100

W) - Expectativas o sueños con su Compañero

EXPECTATIVAS O SUEÑOS CON SU COMPAÑERO	NUMERO	%
✓ No sé	96	12,6
✓ Continuar / Casar	621	82,0
✓ Dejarlo / Separacion	41	5,4
➤ TOTAL	758	100

X) - Expectativas o sueños con su familia

EXPECTATIVAS O SUEÑOS CON SU FAMILIA	NUMERO	%
✓ No sé	213	28,1
✓ Continuar con su familia	359	47,3
✓ Abandonar su familia	187	24,6
➤ TOTAL	758	100

Y) - Expectativas o sueños consigo mismo

EXPECTATIVAS O SUEÑOS CONSIGO MISMO	NUMERO	%
✓ No sé	164	21,7
✓ Estudiar	357	47,0
✓ Trabajar	183	24,2
✓ Otra	54	7,1
➤ TOTAL	758	100

ANEXO B – SERVIÇOS CLÍNICOS OFERECIDOS EN LA MATERNIDAD



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
MATERNIDADE LUCRÉCIA PAIM
DIRECÇÃO CLÍNICA

ASSUNTO: SERVIÇOS CLÍNICOS

AREA DE URGENCIA	
<p>1- Rês de Chao:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Banco de Urgência (Triagem, SOS, Salas de Observação, UTI intermedia, Sala de pequenos procedimentos cirúrgicos), - Blocos operatórios #2 (Cirurgias de urgência e electivas), - Sala de Assistência imediato do recém-nascido – Neonatologia <p>2- 1º Andar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Blocos operatórios #1 (Cirurgias de urgência), - Sala de Assistência imediato do recém-nascido – Neonatologia <p>3- 3º Andar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de partos eutócicos (normais) e distócicos (instrumentação) - Puerpério (pós-parto imediato), - Sala de Assistência imediato do recém-nascido – Neonatologia <p>4- 4º Andar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Toxemia – Doenças Hipertensivas Gestacionais, - Unidade dos cuidados intensivos e Intermédios, - Serviço de hemodialises aguda. - Sala de Assistência imediato do recém-nascido – Neonatologia <p>5- Anexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Covid 19. 	
AREA DE INTERNAMENTO	
<p>1- 7º Andar: Serviço de Ginecologia e Puerpério Patológico</p> <p>2- 6º Andar: Serviço de Cirurgia Obstétrica #1</p> <p>3- 5º Andar: Serviço de Patologia Obstétrica</p> <p>4- 4º Andar: Serviço das Toxemias, Unidade dos cuidados intensivos / Intermédios,</p> <p>5- 3º Andar: Puerpério Fisiológico</p> <p>6- 2º Andar: Serviço de Neonatologia e Banco de leite humano</p>	
AREA DO AMBULATORIO	
<p>1- Cave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço das consultas externas (Obstetricia – ARO, Ginecologia geral, Medicina Reprodutiva, Mastologia, Cirurgia Geral, Anestesiologia e Reanimação, Hematologia – Drepanocitose e gravidez, Pós-operatório, Psicologia, Fisioterapia, Medicina Interna – Trabalhadores, HIV e Gravidez, Planeamento familiar, Uro-Ginecologia - Fistula Obstétrica), - Serviço de Patologias do Colo – Colposcopia, 	
AREA DE APOIO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA	
<p>1- Rês de Chao e Cave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço de Imagiologia (Ecografia e RX), - Serviço de Análises clínicas (Urgência e Rutina) – Laboratório, - Serviço de Imuno-Hematologia – Hemoterapia, - Serviço de Farmácia, - Serviço de Psicologia Clínica, - Serviço de Anatomia Patológica (Laboratório e Morgue), - Serviço de Estatística e Arquivo, - Serviço de Telemedicina. 	

ANEXO C - ZONA EXTERIOR DE LA MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM

Fachada de la Maternidad Lucrécia Paim



Fuente: Autoría propia, 2021.

Zona verde de la Maternidad Lucrécia Paim.



Fuente: Autoría propia, 2021.

ANEXO D – ZONA EXTERIOR DE LA MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM

Maternidad Edificio Lucrécia Paim.



Fuente: Autoría propia, 2021.

Maternidad Edificio Lucrécia Paim.



Fuente: Autoría propia, 2021.

ANEXO E - GABINETE DO UTENTE NA MATERNIDADE LUCRECIA PAIM.

Gabinete do Utente de la Maternidad Lucrécia Paim - en el exterior.



Fuente: Autor propio, 2021.

Gabinete do Utente de la Maternidad Lucrécia Paim – parte interna.



Fuente: Maternidade Lucrecia Paim, 2021.

ANEXO F - EDIFICIO PARA LA ATENCIÓN A LA INFANCIA Y LA JUVENTUD.

Edificio para la atención a la infancia y la juventud.



Fuente: Autoría propia, 2021.

Edificio para la atención a la infancia y la juventud.



Fuente: Autoría propia, 2021.

ANEXO G - GABINETES DE ATENCIÓN AL PÚBLICO Y SUS ESTRUCTURAS

Gabinete de atención al público



Fuente: Autoría propia, 2021.

Gabinete de atención al público 2.



Fuente: Autoría propia, 2021.

ANEXO H- GABINETES DE ATENCIÓN AL PÚBLICO Y SUS ESTRUCTURAS

Gabinete de atención al público 3.



Fuente: Autoría propia, 2021.

Gabinete de atención al público 4.



Fuente: Autoría propia, 2021.

ANEXO I - DIRECCIÓN GENERAL Y EQUIPO DE MÉDICOS Y EQUIPO DE ENFERMARIA

Dirección General y equipo de médicos.



Fuente: Maternidade Lucrecia Paim, 2021.

Equipo de enfermería.



Fuente: Maternidade Lucrecia Paim, 2021.

ANEXO J - DIRECCIÓN GENERAL Y EQUIPO DE MÉDICOS Y EQUIPO DE ENFERMARIA EN UN PERIODO PANDÉMICO DE COVID-19

Personal médico y administrativo de la Maternidad Lucrécia Paim



Fuente: Autoría propia, 2021.

Personal médico y administrativo preparado para el seguimiento quirúrgico



Fuente: Autoría propia, 2021.

ANEXO K - GRADUACIÓN DE PASANTES UNIVERSITARIOS DE LA MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM

Médicos en prácticas que se formaron en la Maternidad



Fuente: Autoría propia, 2021.

Graduados de cursos extensos organizados en la Maternidad Lucrécia Paim.



Fuente: Autoría propia, 2021.

ANEXO L - PERSONAL MÉDICO EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MATERNOS

Procedimientos quirúrgicos de rutina



Fuente: Autoría propia, 2021.

ANEXO M - PERSONAL MÉDICO EN LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS MATERNOS

Procedimientos quirúrgicos de rutina



Fuente: Autoría propia, 2021.

ANEXO N - ACTOS DE LA CAMPAÑA DE SALUD EN LA MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM.

Eventos en el auditorio de maternidad con todo el personal de la Maternidad Lucrécia Paim



Fuente: Autoría propia, 2021.

Eventos fuera de la maternidad con todo el personal de Lucrécia Paim



Fuente: Autoría propia, 2021.

ANEXO O - PRUEBA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE MATERNIDAD LUCRÉCIA PAIM.



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
MATERNIDADE LUCRÉCIA PAIM
DIRECÇÃO PEDAGÓGICA E CIENTÍFICA

Visto
A Directora Geral
[Signature]
Dra. Manuela Mendes - MD, G.O, MSc
- Profª Auxiliar-FMUAN²

✓ C/C: À DIRECÇÃO CLÍNICA DA MLP

A
**UNIVERSIDADE DE CIÊNCIAS
EMPRESARIALES Y SOCIALES-
UCES**

LUANDA

OFÍCIO Nº 05/GDPC/MLP/2020.

Assunto: AUTORIZAÇÃO DE RECOLHA DE DADOS.

Respeitosos Cumprimentos.

Acusamos a recepção do vosso pedido de autorização de recolha de dados relacionados ao Doutoramento em Saúde Pública, do **Dr. Francisco Adolfo Manuel Quinto, Inscrito com o nº 89.958**, subordinado ao tema: **Perfil Epidemiológico e Social das adolescentes grávidas assistidas na Maternidade Lucrécia Paim em Luanda- Angola em 2020.**

Temos a honra de informar que está autorizado a realizar o referido estudo nesta Instituição Hospitalar e que o mesmo tenha somente carácter académico, respeitando desse modo os preceitos da Declaração de Helsínquia.

Sem outro assunto de momento, subscrevemo-nos com elevada estima e consideração.

GABINETE DA DIRECTORA PEDAGÓGICA E CIENTÍFICA DA MATERNIDADE LUCRÉCIA PAIM EM LUANDA, AOS 27 DE JANEIRO DE 2020.



Dra. Maria Antónia Semedo - MD, G.O, MSc
- Profª Auxiliar-FMUAN