

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

TESIS:

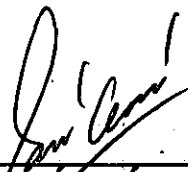
“ Factores que intervienen en el embarazo en adolescentes entre 13 y 18 años atendidas en el Hospital General de Mazatlán, y la participación de enfermería.”

“ Que para obtener el título de Licenciadas en Enfermería y Obstetricia.”

PRESENTAN:

Medina Gutiérrez Ana Rosa 9761306-2
Peña García Evangelina 9761316-5

297615



GARCÍA ALBARRÁN ANGELES
DIRECTOR DE TESIS

México, D.F. 2000.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DEDICATORIAS :

FAMILIA CASTELO MEDINA.

FAMILIA MEDINA GUTIÉRREZ.

FAMILIA PEÑA GARCÍA.

† ORTEGA OSUNA MARÍA LORENA †

PERSONAL DEL HOSPITAL GENERAL.

AGRADECIMIENTOS:

LIC. GARCÍA ALBARRÁN ÁNGELES.

LIC. HERNÁNDEZ FALCÓN JULIO.

DR. PÉREZ SOTELO JOSÉ ALFREDO.

INDICE GENERAL

INDICE GENERAL	V
INDICE DE CUADROS	VIII
INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
JUSTIFICACION	13
OBJETIVOS	14
SUPUESTOS BASICOS	16
CAPITULO I MARCO TEORICO.	
I.1. ADOLESCENCIA	18
I.2. FERTILIDAD	30
I.3. EDUCACION SEXUAL	31
I.4. PLANIFICACION FAMILIAR	33
I.5. VIOLACION	44
I.6. EMBARAZO	46
I.7. ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERIA	58

CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO

II.1. TIPO DE ESTUDIO	61
II.2. POBLACION Y MUESTRA.....	61
II.3. UNIDAD DE OBSERVACION	62
II.4. INSTRUMENTOS.....	62
II.5. PROCESO ESTADISTICO.....	62

CAPITULO III. RESULTADOS

III.1. DATOS GENERALES	64
III.2. PRACTICAS SEXUALES.....	64
III.3. SALUD PRENATAL	65
III.4. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS	65
III.5. DINAMICA FAMILIAR Y PLANIFICACION FAMILIAR	65
III.6. RIESGOS Y COMPLICACIONES	66
III.7. DISCUSION Y ANALISIS	101
CONCLUSIONES.....	106
PROPUESTAS.....	109
GLOSARIO	111
BIBLIOGRAFÍA	117

ANEXOS

ANEXO 1 CUESTIONARIO (Recopilado del expediente clínico).....	131
ANEXO 2 ENTREVISTA (Aplicada a pacientes).....	132
ANEXO 3 ENTREVISTA (Aplicada a enfermeras)	134
ANEXO 4 VARIABLES.....	135

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE.....	67
GRAFICA No. 1. RELIGIÓN A LA QUE PERTENECE	68
CUADRO No. 2. NIVEL DE ESCOLARIDAD	69
GRAFICA No.2. NIVEL DE ESCOLARIDAD.....	70
CUADRO No. 3. ESTADO CIVIL.....	71
GRAFICA No 3. ESTADO CIVIL	72
CUADRO No.4. OCUPACIÓN	73
GRAFICA No.4. OCUPACIÓN	74
CUADRO No5. EDAD DE I.V.S.A.....	75
GRAFICA No.5. EDAD DE I.V.S.A.....	76
CUADRO No.6. NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES.....	77
GRAFICA No.6. NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	78
CUADRO No.7. PARIDAD	79
GRAFICA No.7. PARIDAD	80
CUADRO No. 8. CONTROL PRENATAL.....	81
GRAFICA No.8. CONTROL PRENATAL	82
CUADRO No. 9. NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	83
GRAFICA No.9. NIVEL SOCIOECONÓMICO	84
CUADRO No.10. EDAD DE LA MENARQUIA	85

GRAFICA No.10. EDAD DE LA MENARQUIA.....	86
CUADRO No.11. CICLO MENSTRUAL.....	87
GRAFICA No.11. CICLO MENSTRUAL.....	88
CUADRO No. 12. TIPO DE FAMILIA A LA QUE PERTENECE.....	89
GRAFICA No.12. TIPO DE FAMILIA A LA QUE PERTENECE	90
CUADRO No.13. RESIDENCIA	91
GRAFICA No.13. RESIDENCIA.....	92
CUADRO No.14. ORIENTACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL	93
GRAFICA No.14. ORIENTACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL.....	94
CUADRO No.15. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	95
GRAFICA No.15. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	96
CUADRO No. 16. CONOCIMIENTOS SOBRE EMBARAZO	97
GRAFICA No.16. CONOCIMIENTOS SOBRE EMBARAZO.....	98
CUADRO No. 17. CONOCIMIENTOS DE LA EXISTENCIA DE MÓDULOS DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE ...	99
GRAFICA No.17. CONOCIMIENTOS DE LA EXISTENCIA DE MÓDULOS DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE .	100

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La medicina es la ciencia y el arte de curar que evoluciona al paso del tiempo, buscando con ello el perfeccionamiento de las técnicas y métodos para restablecer la salud del individuo, para ello es indispensable el trabajo en equipo, es decir, la interacción entre las diferentes áreas que proporcionan atención a la salud como son Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Cirugía General y Medicina Interna, siendo la primera la encargada de estudiar el desarrollo, crecimiento, evolución y resolución del embarazo, así como de las patologías que se asocian con el aparato reproductor femenino.

La labor más importante del equipo de salud, es proporcionar una atención de calidad, siendo el paciente la persona más importante en la institución y el personal es el encargado de cubrir todas sus necesidades. Por lo tanto se requiere de implementar estrategias que logren la unificación de criterios, de los elementos de las diferentes áreas encargados de la salud, con el fin de mejorar y lograr una atención óptima, integral, con calidad y calidez, eficaz y oportuna.

El profesional de enfermería día con día se enfrenta a nuevos retos y responsabilidades, relacionadas con el incremento de demanda en sistema de

cuidados de salud, por ello surge la imperiosa necesidad de asumir un rol más activo, e implementar programas destinados a la prevención, considerando la problemática real y en base a las necesidades existentes en la población. Dentro de los problemas de mayor incidencia y más alarmante encontramos el embarazo en adolescentes.

Creemos indispensable identificar y analizar de manera específica y cuidadosa, los diversos factores que intervienen en la vulnerabilidad de las adolescentes, ante embarazos no deseados, así mismo, la forma en la cual el personal de enfermería, puede intervenir de manera determinante, para proporcionar posibles soluciones en base a cada factor, lo cual se verá reflejado en la disminución del índice de adolescentes con embarazos no deseados, así como en los índices de morbilidad y mortalidad en adolescentes ocasionados por el embarazo en esta etapa de la vida, debido a que su organismo no está preparado para ello.

Cabe mencionar que otro de los fines de nuestro trabajo de investigación, es concientizar al personal de enfermería, de la responsabilidad inherente que le atribuye ser participante del equipo de salud, es decir, que cuente con una capacitación óptima para proporcionar información y orientación amplia a la población adolescente, expandiendo su criterio,

creando con esto, mayores y mejores expectativas, para lograr su desarrollo integral y de acuerdo a su edad, logrando de esta manera, que lleguen a ser padres en su momento ideal, preparados para llevar a cabo una paternidad responsable.

Indudablemente aún se requiere de un gran esfuerzo para enfrentar los problemas existentes en relación con embarazos en adolescentes, así mismo, deseos y un mayor ímpetu en el trabajo, para realizar diversas acciones que modifiquen positivamente ésta realidad.

Dentro de los supuestos básicos contemplados se marcan:

- El nivel de escolaridad interviene de manera determinante en los embarazos de las adolescentes.
- La comunicación es un factor importante para el desarrollo de la sexualidad del ser humano.
- La educación en materia de salud reproductiva, proporcionada oportunamente por personal capacitado, disminuiría considerablemente el índice de embarazos precoces.
- A menor edad de la mujer embarazada, el riesgo de complicaciones se incrementa.

- Un gran número de embarazos en adolescentes, son producto de una violación.
- A consecuencia de restricciones políticas, falta de recursos económicos, bajo nivel cultural, por razones morales y religiosas, un porcentaje considerable de adolescentes, recurren a cualquier opción disponible para terminar con sus embarazos, poniendo en riesgo su vida.

La metodología empleada en este estudio, es de tipo descriptivo, dado que se buscó conocer, los factores que intervienen en el embarazo de adolescentes y de tipo transversal, realizándose retrospectivamente y de manera observacional, obteniéndose la información a través de un cuestionario y una entrevista aplicada a pacientes y enfermeras respectivamente.

Es imprescindible mencionar que la presente investigación ha sido elaborada, con la finalidad de coadyuvar el mejoramiento de la calidad de la atención de enfermería, en conjunto con los departamentos de Psicología, Trabajo Social, Ginecología y Obstetricia, para lograr una óptima atención al adolescente.

Primeramente se presenta el planteamiento del problema y se enmarcan los objetivos, con la finalidad de estipular los propósitos que pretendemos alcanzar.

El marco teórico contiene básicamente lo siguiente:

- Adolescencia.
- Fertilidad.
- Educación sexual.
- Planificación familiar.
- Métodos contraceptivos.
- Violación.
- Embarazo.
- Aborto.

Posteriormente acontecen los hallazgos encontrados y el análisis con sus respectivos cuadros y gráficas.

Por último incluimos las conclusiones y propuestas, esperando se cristalicen satisfactoriamente.

ANTECEDENTES

EMBARAZO Y ADOLESCENCIA

En abril de 1998, el Fondo de Población de las Naciones Unidas realizó un encuentro internacional sobre la salud reproductiva en los adolescentes.

Acciones como estas y otras similares contribuyen a llamar la atención sobre la intersección entre adolescencia y embarazo no deseado.

La información revisada sobre la Salud Reproductiva del Adolescente revela claramente que los profesionales de la salud, investigadores, líderes políticos y educadores involucrados en la salud reproductiva de los adolescentes en países desarrollados, así como en países en vías de desarrollo, tienen el compromiso de examinar clara y específicamente las implicaciones y repercusiones que trae consigo el embarazo en adolescentes, y el riesgo que representa para su salud.

Ante la magnitud de la problemática consideramos importante estimular a la reflexión sobre este evento, el cual catalogamos como una amenaza para las adolescentes a nivel mundial.

Cada año, 15 millones de niños nacen de mujeres adolescentes, 80 de ellas viven en Asia, Africa y América Latina. De acuerdo con la O.N.U., en América Latina existen 1.8 millones de nacimientos anuales entre mujeres de 15 y 19 años de edad.

Los países de América Latina con mayor índice de madres jóvenes en ésta población son Brasil con 709,100 y México con 428,400. 1998.

Aproximadamente el 60 de los embarazos en adolescentes, en los países en vías de desarrollo son no deseados, por lo tanto esto representa un doble riesgo epidemiológico, ya que por definición estos embarazos resultan de una relación sexual desprotegida.

Actualmente es sumamente difícil para las adolescentes que se enfrentan ante un embarazo no deseado contar con servicios que cubran sus necesidades, por ésta razón el reto es proveer servicios accesibles de salud reproductiva, con personal altamente capacitado para brindar atención de calidad a estas adolescentes.

Las mujeres de entre 10 y 18 años se encuentran predisuestas a enfrentarse ante un embarazo no deseado debido a múltiples factores

sociales, económicos, políticos y culturales, que por lo general están fuera de su control. Algunas de las presiones sociales y culturales a las cuales están expuestas estas adolescentes, incluyen la violencia física y otras formas de coerción, inicio sexual más prematuro para mujeres que para hombres, relaciones sexuales con hombres mayores, falta de acceso a una educación formal anexando educación sexual, servicios de salud reproductiva y de anticoncepción.

El abuso sexual hacia las adolescentes se ha entendido y la mayoría de las violaciones son cometidas por miembros de la familia u otras personas conocidas por la víctima. Después de una violación las posibilidades y riesgos de embarazo no deseado se incrementan, así como las ETS VIH.

En algunos países se ha comprobado que una de las principales causas de la maternidad de adolescentes es la violación.

Las familias generalmente le dan menos importancia a la educación de sus hijas que de sus hijos.

Las expectativas socio-sexuales que rodean a la virginidad contribuyen en su vulnerabilidad. En la mayoría de los países en vías de desarrollo el hecho de que la mujer llegue virgen al matrimonio es de gran relevancia.

Los servicios de salud reproductiva dirigidos a adolescentes no proporcionan atención idónea, debido a que los proveedores de salud y otros adultos les tienen prejuicios y niegan que los adolescentes tengan acceso a la información y servicios.

Aún cuando hay instituciones dispuestas a proporcionar atención gratuita a adolescentes sobre anticoncepción y planificación familiar, encontramos numerosas barreras que obstaculizan que los jóvenes reciban dicha atención.

Existen documentos que destacan que el embarazo no deseado y el aborto son comunes en las poblaciones adolescentes. La decisión de la adolescente de interrumpir o no su embarazo depende de varios factores, entre ellos la fortaleza de su red social, el temor de no cubrir las expectativas sociales y familiares, leyes restrictivas sobre el aborto, falta de recursos económicos y de salud, falta de educación sobre sexualidad y reproducción.

Las mujeres adolescentes que tienen hijos antes de casarse pueden llegar a ser rechazadas por sus familias y abandonadas con toda la responsabilidad de criar a sus hijos solas. En algunos sitios las adolescentes embarazadas solteras consideran que ya no tienen ninguna opción en su vida.

La falta de educación sexual contribuye a que las adolescentes sean más susceptibles aun embarazo, su educación formal se ve afectada si su embarazo llega a término. Frecuentemente estas mujeres son expulsadas de su escuela y se les desanima para continuar sus estudios.

Si bien el embarazo puede ser una causa para suspender la educación formal, cabe señalar como uno de los factores presentes en el mayor número de adolescentes embarazadas la escasa o nula instrucción formal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las mujeres de entre 10 y 18 años se encuentran predispuesta a enfrentarse ante un embarazo no deseado, debido a múltiples factores sociales, económicos, políticos y culturales que por lo general están fuera de su control. Algunas de las presiones sociales y culturales a las cuales están expuestas éstas adolescentes incluyen inicio sexual más prematuro para mujeres que para hombres, relaciones sexuales con hombres mayores, falta de acceso a una educación formal e incluso violencia física.

¿Cuáles son los factores que predisponen con mayor frecuencia el embarazo en adolescentes?

¿Será la educación formal un elemento esencial para disminuir los embarazos en adolescentes?

JUSTIFICACION

La presente investigación es con la finalidad de identificar los factores que influyen para el desarrollo del embarazo en adolescentes, así mismo plasmar las posibles soluciones e intervención del profesional de enfermería, en base a los resultados obtenidos, lo cual contribuirá en la disminución del índice de embarazos en la etapa de la adolescencia, ya que esto representa un riesgo epidemiológico importante para la salud de las adolescentes.

De igual manera nuestro estudio reúne los requisitos establecidos en el programa de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia para la obtención de la nivelación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar, analizar y proporcionar datos actualizados sobre los factores que intervienen de manera importante en el embarazo de adolescentes y sus repercusiones, en mujeres de entre 13 y 18 años de edad, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstétrica del Hospital General de Mazatlán y la participación de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de educación sobre sexualidad en la población de mujeres adolescentes.
- Identificar los factores socio-culturales que influyen en el acceso de las adolescentes a los diversos métodos de planificación familiar.
- Dar conocer la problemática respecto a la violación y su relación directa con embarazos en adolescentes.

- Proporcionar datos estadísticos, verídicos sobre el embarazo en adolescentes, y el riesgo que representa para su desarrollo integral.
- Conocer el grado de orientación que tienen las adolescentes con respecto a su embarazo.
- Participación de la enfermera ante los factores de mayor prevalencia en adolescentes embarazadas.

SUPUESTOS BÁSICOS

- El nivel de escolaridad interviene de manera determinante en los embarazos de las adolescentes.
- La comunicación es un factor importante para el desarrollo de la sexualidad del ser humano.
- La educación en materia de salud reproductiva, proporcionada oportunamente por personal capacitado, disminuiría considerablemente el índice de embarazos precoces.
- A menor edad de la mujer embarazada, el riesgo de complicaciones se incrementa.
- Un gran número de embarazos en adolescentes, son producto de una violación.
- A consecuencia de restricciones políticas, falta de recursos económicos, bajo nivel cultural, por razones morales y religiosas, un porcentaje considerable de adolescentes, recurren a cualquier opción disponible para terminar con sus embarazos, poniendo en riesgo su vida.

CAPITULO I

Marco Teórico

CAPITULO I

Marco Teórico

I.1. ADOLESCENCIA

“Es difícil definir cronológicamente la adolescencia, sobre todo si se tienen en cuenta las diferencias socioculturales, entre diferentes sociedades, modos de producción y edades. La consideración social, psicológica o incluso biológica de qué es la adolescencia, varía de forma importante entre una y otras culturas. Es una variación que se haya sujeta, además, a diferencia en función del sexo, casi en ninguna cultura las edades consideradas para la adolescencia masculina y femenina son las mismas.”¹

“La adolescencia inicia con los cambios fisiológicos de la pubertad, sin embargo es difícil indicar cuando termina. En nuestro medio, estos cambios se inician en las niñas entre los 10 y los 11 años y en los niños entre los 11 y los 12 años. La duración media de estos cambios puberales es de 3 a 4 años”².

“La O.M.S. define adolescencia como la segunda década de la vida, entre las edades de 10 y 19 años, y proponen los 20 años como final de la adolescencia”³.

“Este límite tiene mucho de convencional porque en nuestra sociedad, muchos jóvenes se ven obligados a seguir siendo socialmente adolescentes hasta edades muy avanzadas, dado que no pueden acceder a las conductas que se consideran propias de los adultos, siguen dependiendo económicamente de éstos y no tienen verdaderas responsabilidades sociales, laborales y familiares.

¹ Tizón García Jorge Luis. Grupo de trabajo sobre Salud Mental en atención primaria del PAPPS- semFYC

² Farre Martí J.M., et al. Enciclopedia de la sexualidad. Ediciones Océano, S.A. Tomo I pp. 60-62. “Adolescencia”

³ Temas en el tratamiento del aborto. Ediciones IPAS, vol. 4, año 1999, pp 1

1.1.1. LA ADOLESCENCIA ES:

*Un periodo de cambios fisiológicos, mentales, afectivos y sociales profundos;

*Una etapa de transición en que los cambios corporales, mentales y sociales señalados ocurren con mucha rapidez, exigiendo continuas readaptaciones;

*Un periodo en el que las personas se hacen mucho más autónomas de la familia, de las instituciones educativas, de la moral y, de la influencia de los adultos;

*Una época en la que se intenta hacer un proyecto de futuro".⁴

En conclusión definimos la adolescencia como el periodo de desarrollo físico más rápido, en el cual se lleva a cabo la maduración sexual, la creación de una autoimagen duradera, así como la definición de la escala de valores personales, de intereses y vocaciones.

"En realidad el adolescente es una persona con capacidades biológicas, mentales, afectivas y sociales que empiezan a ser bastante similares a las del adulto, pero al que le falta la experiencia. Todos éstos cambios hacen que la adolescencia sea siempre, ineludiblemente un periodo de crisis que exige readaptaciones continuas al adolescente y a los que conviven con él".⁵

1.1.2 MADURACIÓN SEXUAL:

"Durante mucho tiempo se ha negado la existencia de la sexualidad infantil, y con ello se cometía un gran error: una cosa es que la sexualidad infantil no sea como la de los adultos, y otra, muy diferente, que los niños no sean sexuados y no tengan, a su modo, intereses y conductas sexuales.

⁴ IDEM

⁵ IDEM

Las gónadas permanecen indiferenciadas aproximadamente hasta la sexta semana de gestación.

Durante el periodo fetal tanto los ovarios como los testículos permanecen en el abdomen, a finales del periodo prenatal o en el perinatal los testículos descienden a las bolsas escrotales. A partir de éste momento una vez diferenciadas las gónadas el programa genético parece haber cumplido su misión y todos los procesos de diferenciación posteriores dependen de las hormonas, especialmente de las hormonas que los testículos u ovarios vierten en sangre".⁶

"De todo lo dicho hasta ahora se desprende que antes del nacimiento tienen lugar procesos fisiológicos importantísimos que acaban produciendo una diferenciación sexual en el hombre o mujer.

Éstas serían las leyes generales de éste proceso:

- * El embrión original es morfológicamente idéntico, admite cualquiera de las dos diferenciaciones, salvo en su programación genética (X,x; X,y). Por lo tanto, primero somos iguales y luego diferentes.
- * A lo largo de todo el proceso, para que haya una diferenciación masculina son necesarias intervenciones específicas (antígeno HY, para la diferenciación de los testículos, y andrógenos para el resto); mientras que para que se dé una diferenciación femenina es suficiente que no tengan lugar estas actuaciones específicas masculinas.
- * El origen de los órganos sexuales y sus características morfológicas los hacen diferentes, pero complementarios, aptos para el acoplamiento que permite la reproducción y para el placer en el contacto. Por tanto, diferentes pero complementarios"⁷.

A partir del año y medio o los 2 años los niños empiezan a preferir juguetes, ropa, etc; que en nuestra sociedad son propios para cada sexo. Es decir, han aprendido las asignaciones sociales que sobre el sexo les hacen los adultos desde su nacimiento, como son: un nombre sexuado,

⁶ Farre Op. Cit. pp 34-36

⁷ Farre Op. Cit. pp 39-40

ropas, juguetes, adornos de la cuna e incluso hasta características de personalidad que se consideran propias del niño o de la niña. Asimismo a partir de ésta edad tienen comportamientos diferentes, y se autclasifican como niño o niña.

“La importancia de la identidad y del rol sexual es tan grande que pasa a regular toda la conducta de los niños y las niñas, de los chicos y las chicas, de los hombres y las mujeres a lo largo de toda la vida”⁸.

Aunque esta división no es rígida y depende principalmente de la educación aprendida, es un hecho universal hasta entrada la adolescencia, en la cual el deseo sexual y las necesidades afectivas impulsan a que las personas de un sexo busquen a las del sexo contrario.

“Para considerar que el concepto de permanencia de identidad esta bien establecido deben cumplirse las siguientes condiciones:

- * Saber que esta no depende de la propia voluntad, sino que es un hecho dado;
- * Reconocer que es estable a lo largo del ciclo vital;
- * Saber que depende de su biología y no de características superficiales”⁹.

Por otra parte, conforme pasan los años se dan cuenta con mayor certeza que es lo que la sociedad exige de ellos y de ellas en todos los aspectos de la vida. La sociedad durante esta etapa sigue reforzando las conductas sexistas y ofreciendo modelos que han asumido estos roles.

⁸ Farre Op.Cit. pp 54

⁹ IDEM

“En la adolescencia con los cambios corporales, el significado de la figura corporal, la identidad sexual y el comportamiento adquiere nuevo significado”¹⁰.

I.1.3 CARACTERES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS:

“ El aparato genital aparece en la quinta o sexta semana de la vida intrauterina, cuando el embrión mide de 5 a 12 cm. En este estadio, no existen diferencias visibles, ni siquiera al microscopio, aunque el sexo del embrión está ya determinado desde el momento de la fecundación, pues depende del cromosoma y del espermatozoide, que producirá un varón. En la séptima semana; todos los embriones tienen una gónada indiferenciada y un par de conductos. A partir de la semana doce, los andrógenos segregados por el testículo fetal provocan una diferenciación aparente entre los dos sexos.

Debido a la acción hormonal, los órganos genitales internos dobles se convierten en genitales internos de hombre o de mujer.

*GENITALES INTERNOS:

Los genitales internos del hombre (conductos deferentes que van desde los testículos a la vesícula seminal y conductos eyaculadores) y de la mujer (trompas de falopio, útero y vagina), se forman a partir de los órganos embrionales dobles (conductos de Müller, en la mujer; conductos de Wolff, en el hombre). A partir de la octava semana, los testículos empiezan a segregar andrógenos (testosterona y otros), que evocan el desarrollo de los conductos de Wolff convirtiéndolos en conductos deferentes, vesícula seminal y conductos eyaculatorios, a la vez que se atrofian los conductos de Müller. Si no actúan los andrógenos testiculares (por alguna deficiencia o fallo) o se trata de un embrión con ovarios, se desarrollan los conductos de Müller dando lugar a las trompas de falopio, útero y a la parte más interna de la vagina, mientras que los conductos de Wolff se atrofian. Por tanto, también en este

¹⁰ Farre Op. Cit. pp 57

caso, es necesaria una acción específica de los andrógenos para que se formen los genitales internos masculinos, que ya están bastante definidos hacia la decimocuarta semana de gestación, mientras que los genitales internos femeninos se forman sin necesidad de acciones específicas, siempre que no se dé la presencia de abundantes andrógenos en sangre.

***GENITALES EXTERNOS:**

Los genitales externos del hombre y de la mujer tienen origen en los mismos órganos embriológicos: tubérculo genital, abertura externa única, pliegues urogenitales y protuberancias labioescrotales que están en torno a la abertura. La acción de los andrógenos testiculares de lugar en la octava semana a que el tubérculo se desarrolle en glándula del pene, los pliegues en el eje cilíndrico del pene en torno a al uretra, la abertura única se duplica (ano y meato uretral) y las protuberancias labioescrotales en el escroto. Si no hay una acción específica de los andrógenos testiculares, bien porque no haya testículos (embrión femenino) o por que haya algún fallo en la producción de andrógenos o en su actuación en cadena, en ambos casos el tubérculo se convierte en clítoris; los pliegues, en labios menores y en parte externa de la vagina; la abertura se triplica (uretra, ano y vagina) y las protuberancias labioescrotales forman los labios mayores. Nuevamente el curso natural evolutivo, si no hay una acción específica masculina, avanza hacia la conformación de un cuerpo de mujer”¹¹.

CARACTERES SECUNDARIOS:

***MASCULINOS:**

“Los cambios físicos de la pubertad se deben principalmente a la actividad hormonal, bajo la influencia del SNC, aunque todos los aspectos del funcionamiento fisiológico interactúan mutuamente. Los cambios físicos más evidentes son el incremento del crecimiento y la aparición y desarrollo de características sexuales secundarias: menos obvias resultan las alteraciones fisiológicas y la maduración neurogonadal, unidas a la

¹¹ Farre Op. Cit. pp 38-39

capacidad de procreación. La diferencia física entre los sexos queda definitivamente establecida por la maduración de las características sexuales primarias, es decir, los órganos internos y externos que llevan a cabo las funciones reproductoras, y la aparición de las características sexuales secundarias, como resultado del cambio hormonal (alteraciones en la voz, desarrollo del vello facial y puberal y los depósitos de grasa); éstas últimas no desempeñan un papel directo en la reproducción.

Las hormonas sexuales se segregan por los ovarios, los testículos y las glándulas adrenales; se producen en cantidades variables a lo largo de la vida. La corteza adrenal es la responsable de las pequeñas cantidades segregadas antes de la pubertad; la producción de hormonas sexuales que acompaña a la maduración de las gónadas es la que origina los diversos cambios biológicos observados durante la pubertad.

Los estrógenos, las hormonas feminizantes, se encuentran en pequeñas cantidades durante la infancia; se secretan en cantidades progresivamente mayores alrededor de los 11 años de edad. En los varones, éste incremento gradual continúa durante la maduración. En las mujeres, el inicio de la producción de estrógenos en el ovario produce un incremento notable, que continúa hasta alrededor de 3 años después de la menstruación, momento en el cual alcanza su máximo valor, que continúa durante la vida reproductiva de la mujer. Los andrógenos, las hormonas masculinizantes, también son secretados en pequeñas cantidades que van en aumento en forma gradual hasta alrededor de los 7 o 9 años de edad; en ése momento, se da un incremento más rápido en ambos sexos, en especial en los niños, hasta alrededor de los 15 años de edad. Estas hormonas son al parecer, las responsables de la mayoría de los cambios de crecimiento rápidos del principio de la adolescencia. Con el inicio de la función testicular, el nivel de los andrógenos (principalmente testosterona) en los varones aumenta por encima del de las mujeres y continúa creciendo hasta que alcanza el máximo en la madurez.

Las manifestaciones observables de la maduración sexual aparecen según una secuencia ordenada y el estado de madurez puede estimarse en función del aspecto de las mismas. La edad en la que se observan estos cambios y el tiempo requerido para progresar de un estadio a otro puede variar en forma considerable entre los niños. El periodo que va desde la aparición de las yemas mamarias hasta su completa maduración puede ser de año y medio hasta 6 años para las adolescentes, y a veces son

necesarias de 2 a 5 años para que los genitales masculinos alcancen el tamaño adulto. Los estadios del desarrollo genital y los caracteres sexuales secundarios se utilizan como guía para estimar la madurez sexual y son denominados, por lo general, estadios de Tanner¹².

SECUENCIA NORMAL DE LOS CAMBIOS DE LA MADURACION.	
<p><u>NIÑAS:</u></p> <p>Cambios en el pecho. Aumento rápido de altura y peso. Crecimiento del vello púbico. Aparición del vello axilar. Menstruación (Normalmente comienza 2 años después de los primeros signos). Desaceleración brusca del crecimiento lineal.</p>	<p><u>NIÑOS:</u></p> <p>Aumento del tamaño de los testículos. Crecimiento del vello púbico y axilar, del vello del labio superior, del de la cara y del de todas las partes del cuerpo (el facial, normalmente aparece unos 2 años después de la aparición del púbico). Aumento rápido de altura. Cambio en la laringe y en consecuencia, en la voz, (por lo general, se produce junto con el crecimiento del pene). Emisiones nocturnas. Desaceleración brusca del crecimiento lineal.</p>

I.1.4. "CAMBIOS EMOCIONALES"

"Los estados emocionales de los adolescentes oscilan entre la madurez considerable y las conductas infantiles. En un momento pueden estar plétóricos y entusiastas, y al minuto siguiente, deprimidos y ensimismados. Impredecibles, pero

¹² Whaley & Wong. Enfermería Pediátrica. Cuarta edición. Tomo II. Ed. Mosby Doyma Libros 1995 pp.416-417

esencialmente normales, aparecen arranques de conducta primitiva a medida que el adolescente pierde el control de los instintos. Una vez liberada la tensión llegan a controlar la emoción y entonces se retiran para revisar lo sucedido, intentar dominar su cólera y, en general, hallar la forma de controlar sus emociones y ganar de la nueva experiencia. Por estos "berrinches" y cambios de humor, los adolescentes son etiquetados a menudo como inestables, inconscientes e impredecibles. Cualquier nimiedad puede alterarles y, según la interpretación que le den, significar algo muy importante"¹³.

Los jóvenes enfrentan mejor los problemas, con más calma y racionalidad al final de la adolescencia, sin embargo aún están expuestos a la depresión. Los adolescentes jóvenes reaccionan en forma inmediata y emocional, en cambio los mayores controlan sus emociones hasta que se presente el momento y lugar socialmente aceptable para manifestarlas.

I.1.5. "AUTOIMAGEN"

"El crecimiento súbito que tiene lugar al principio de la adolescencia confunde a los adolescentes. Pierden la seguridad en un cuerpo que les resulta familiar y sienten extrañeza ante sus nuevas formas"¹⁴.

Debido a esto, en ocasiones tratan de ocultarlas o enseñarlas o bien alternan entre ambos extremos. Los adolescentes son conscientes de su aspecto, sensibles ante las discrepancias entre su ideal, sus habilidades y capacidades reales.

Los jóvenes constantemente se comparan con sus amigos, se sienten muy bien cuando son exactamente como ellos. Cualquier defecto amenaza su imagen idealizada e incluso en ocasiones exageran, lo cual les produce mucha preocupación y les crea un estrés adicional.

¹³ Whaley & Wong. Op.cit. pp. 421

¹⁴ Whaley & Wong. Op.cit. pp 425-426.

Se ha comprobado que la imagen corporal establecida durante la adolescencia es la que el individuo conserva a lo largo de la vida. La mayor parte de la búsqueda de la identidad se adquiere frente a un espejo.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DURANTE LA ADOLESCENCIA.

Adolescencia Temprana (11-14 años)	Adolescencia Media (14-17 años)	Adolescencia Tardía (17-20 años)
CRECIMIENTO		
Crecimiento rápido acelerado Alcanza el máximo de velocidad Aparecen las características sexuales secundarias.	Desaceleración del crecimiento en las niñas. La estatura alcanza el 95% de la adulta. Las características sexuales secundarias están bastante avanzadas.	Físicamente maduros. Crecimiento estructural y reproductor casi completo.
DESARROLLO COGNITIVO		
Explora su capacidad recién adquirida de pensamiento abstracto limitado. Tantea con torpeza en busca de nuevos valores y energías. Compara lo «normal» con los compañeros de su mismo sexo.	Desarrollo de la capacidad de pensamiento abstracto. Disfruta de las capacidades intelectuales, a menudo en términos idealistas. Se preocupa por problemas filosóficos, políticos y sociales.	Establecimiento del pensamiento abstracto. Puede percibir y actuar en un amplio margen de opciones. Capaz de enfocar los problemas de forma comprensiva. Se establece la identidad intelectual y funcional.
IDENTIDAD		
Preocupado por los rápidos cambios corporales Ensaya diversos roles Mide su atractivo en función de la aceptación o rechazo de sus compañeros. Conformidad con las normas del grupo.	Modifica su imagen corporal Muy autocentrado; aumento del narcisismo. Tendencia a la introspección y al descubrimiento de sí mismo. Tiene una rica vida de fantasía. Idealista. Capaz de percibir las implicaciones futuras de su conducta y decisiones actuales; aplicación variable.	Definición firme de la imagen corporal y del rol sexual. Identidad sexual madura. Fase de consolidación de la identidad. Cómodo con el crecimiento físico. Roles sociales definidos y articulados.
RELACIONES CON LOS PADRES.		
Definición de los límites de independencia. Fuerte conflicto entre el deseo de permanecer dependiente de los padres y de separarse. Ausencia de conflictos importantes en relación al control paterno.	Conflictos importantes entre el deseo de independencia y el control. Punto bajo en la relación paterno-filial. Empuje grande hacia la emancipación; ausencia de compromiso. Separación emocional final e irreversible de los padres; duelo.	Fin de la separación emocional y física de los padres. Independencia de la familia menos conflictiva. Emancipación casi conseguida.
RELACIONES CON LOS COMPANEROS		
Buscan afiliaciones con amigos para hacer frente a la inestabilidad generada por los rápidos cambios. Punto álgido de las amistades íntimas idealizadas con personas del mismo sexo. Lucha por el poder en el grupo de amigo.	Fuerte necesidad de identidad para afirmar la propia imagen. Modelos de conducta establecidos por el grupo de amigos. Importancia de ser aceptado por los amigos; miedo al rechazo. Exploración de la capacidad de atraer al sexo opuesto.	El grupo de amigos disminuye en importancia en favor de la amistad individual. Ensayo de las relaciones varón-mujer, con miedo a una alianza permanente. Relaciones caracterizadas por dar y compartir.

SEXUALIDAD

Autoexploración y evaluación.	Relaciones múltiples plurales.	Entabla relaciones estables y vínculos afectivos con otro.
Salidas limitadas, normalmente en grupo.	Giro decisivo hacia la heterosexualidad (si es homosexual, lo sabe en este momento).	Capacidad creciente para la relación mutua y la reciprocidad.
Intimidad limitada.	Exploración del "atractivo sexual".	Salidas en pareja varón-mujer.
	Sentimiento de "estar enamorado"	La intimidad significa entrega, mas que exploración y romanticismo.
	Tentativa de establecimiento de relaciones.	

SALUD PSICOLOGICA

Cambios de humor amplíos.	Tendencia a la introspección.	Mayor estabilidad emocional.
Ensoñaciones frecuentes	Tendencia al ensimismamiento cuando está enfadado o han herido sus sentimientos.	Mayor capacidad de controlar la furia.
Furia expresada externamente con enfados, explosiones de cólera e insultos verbales y gritos.	Duración y tipo de emociones variables y oscilantes.	
	Sentimientos comunes de incapacidad; dificultad para pedir ayuda.	

I.2 "FERTILIDAD"

"La función reproductora normal requiere una compleja interacción de los órganos endocrinos y los órganos diana. La función normal es esencial para el desarrollo sexual puberal y de los procesos cíclicos de ovulación y menstruación"¹⁵.

I.2.1. Definimos como "fertilidad" a la capacidad que tiene el ser humano de concebir un hijo.

"Entre el 7º y el 9º mes de gestación, el ovario fetal se organiza y cada oocito pasa a formar parte de un folículo primordial, constituido por una membrana basal, una capa única de células epiteliales escamosas de la granulosa y un oocito. Los folículos que están en reposo, se constituirán en la reserva de crecimiento o sufrirán atresia.

I.2.2. "CICLO OVULATORIO"

La hembra humana nace con un número limitado de oocitos, 99.9% se eliminan por atresia. Cada oocito permanece detenido en la profase meiótica hasta que es ovulado, es una de las células del cuerpo de vida más larga.

En la edad reproductiva de una mujer varios folículos incluidos en la reserva de crecimiento son resultados en cada ciclo, siendo por lo general sólo uno seleccionado para la ovulación. Este folículo da lugar al folículo de De Graaf (preovulatorio) que responde al aumento de LH de la mitad del ciclo.

"El folículo de De Graaf contiene un antro (cavidad rellena de líquido), creada por la proliferación de células de la granulosa, que segregan líquido y mucopolisacáridos. El aumento del tamaño del folículo se debe principalmente a la acumulación de líquido folicular, controlado por la FSH, induciéndose igualmente la proliferación de receptores específicos para la LH en las células de la granulosa. Los receptores de la LH son responsables de la estimulación de la secreción de la progesterona que ocurre antes de la ovulación y la producción continua de progesterona en la fase lútea. Las células de la granulosa del folículo también desarrollan receptores de membrana específicos para la prolactina, que descienden en

¹⁵ El Manual Merck. Décima Edición. Ediciones Harcourt, S.A. 1999 pp. 1931.

número a medida que madura el folículo; se desconoce su papel fisiológico”¹⁶.

I.2.3 “PERIODO DE FERTILIDAD”

Conviene recordar que todos los oocitos derivan de las primitivas células germinales. Blandan y cols. (1963). Del número total de oocitos primarios que existen al nacer y que se calcula es de aproximadamente 2,000,000 y entre 400,000 y 500,000 en la pubertad (Baker, 1963) sólo 400 a 500 llegarán a ovular.

“La fertilidad depende de varios factores, pero resulta crucial que incluso una mujer que ovula es fértil solamente durante dos o tres días cada mes.

La edad de la mujer es un factor significativo en la fertilidad. La fertilidad de una mujer alcanza su máximo alrededor de los 24 años, exactamente a la misma edad del hombre. Después de los 30 hay un marcado declive, y es raro, aunque no imposible, que una mujer conciba después de los 50 años. La ovulación es menos frecuente con la edad, y en los años que preceden a la menopausia se vuelve irregular la segunda mitad del ciclo. Así que, aunque haya fertilización, el ambiente uterino puede ser menos favorable y el huevo tiene menos posibilidades de supervivencia. Más allá de los 30 años declinan todas las formas de actividad sexual en el hombre, pero el declive no es tan pronunciado como en la mujer”¹⁷.

I.3 “EDUCACIÓN SEXUAL”

“La educación sexual está empezando a formar parte de los nuevos planes de estudio como un elemento insustituible para el progreso y la salud física y mental de las sociedades modernas y como una mejora de las relaciones entre ambos sexos”¹⁸.

¹⁶ Manual Merck. Op. Cit. pp1934

¹⁷ M. Stoppard. Guía Médica para la mujer. Vol. I. De. Grijalbo, s.a. 1989. p.132

¹⁸ Farre Marti J.M. et all Enciclopedia de la sexualidad; De, Océano. S.a. tomo IV.p.130 “Educación Sexual.”

I.3.1 "EN QUE CONSISTE LA EDUCACIÓN SEXUAL"

"Desde el mismo instante de su nacimiento, el niño recibe una educación sexual. Dejarle que juegue desnudo quiere decir una cosa y no dejarle otra; mostrarse desnudo ante él tiene un significado y no hacerlo tiene otro. Lo mismo ocurre con otras acciones, como besarse, acariciarse o hablar de determinados temas. Cualquier cosa que se haga o deje de hacerse afectará su educación sexual, la cual consiste en algo más que una charla sobre el tema o una asignatura que hay que pasar para aprobar.

Es una triste sorpresa comprobar la escasa cantidad de niños que reciben información sexual de los que tienen, que dárseles en primer lugar, es decir, los padres. Aspecto mejora con las niñas, ya que casi la tercera parte de ellas ha recibido de sus madres algún tipo de explicación sobre la menstruación y los riesgos de quedar embarazadas. La información que se da en las escuelas suele ser más científica y dirigida a los aspectos fisiológicos de la reproducción. Los chicos reciben la mayor parte de su información de los amigos"¹⁹.

I.3.2 "TRASCENDENCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL"

La educación sexual es efectiva si nos enfocamos al terreno preventivo, transmitiendo conocimientos básicos para evitar el abuso sexual, el embarazo no deseado, las ETS, etc.; así mismo siendo capaz de legitimar el sexo como un factor de la personalidad, ayudando a obtener un espíritu crítico, que a la vez adapte al individuo a la sociedad en la cual se va a desarrollar. La educación sexual debe desarrollar la capacidad de interrelación del sujeto, fomentar habilidades sociales, favorecer la comunicación del afecto y la expresión de emociones y sentimientos, legitimando el derecho a decir no y desculpabilizando el de decir sí.

Es indispensable para lograr educar, trasladarse a la propia infancia o adolescencia, para percibir las dudas surgidas ante determinadas actitudes de nuestros mayores y que poco a poco se fueron disipando.

¹⁹ Farre op.cit. pp.130-132.

Aunque se ha dicho y se ha repetido infinidad de veces que es conveniente que los jóvenes reciban su formación sexual en el seno de la familia y en la escuela, es por demás mencionar que un número elevado de ellos recibe su primera información sexual de parte de los amigos.

Ante este panorama surge cada vez con más intensidad la necesidad de un nuevo modelo de pedagogía sexual, en el cual es indispensable que los padres asuman su propia sexualidad como condición necesaria, para poder transmitir a sus hijos una actitud de espontánea naturalidad; así mismo la educación que corresponde a una institución escolar, debe ser impartida por profesionales que estén preparados o reciclados, con la finalidad de no transmitir una visión deformada de la sexualidad.

“El nuevo modelo de pedagogía sexual tendrá los siguientes parámetros básicos:

- 1.- Estudio y comprensión de la evolución de la sexualidad infantil y juvenil bajo los modernos conceptos científicos.
- 2.- Desmantelamiento y acción directa sobre el circuito modelador que actúa como factor psicopedagógico. Acción cultural. Legislación.
- 3.- Información sexual programada a todos los niveles para no reciclarse en la materia del «ciclo de la ignorancia». Corrección del vacío de información a niveles preferentes en el grupo de púberes.
- 4.- Corrección científica y cambio de actitudes a los errores, mitos y tabúes sobre:
 - Sexualidad femenina.
 - Sexualidad no coital.
 - Masturbación.
 - Droga - sexo.
 - Complejo pene pequeño.
 - Roles sexuales”²⁰.

1.4. “PLANIFICACIÓN FAMILIAR”

“La función reproductora, base de la sexualidad desde el punto de vista biológico, no se concibe actualmente sin una racionalización y adecuación a la situación y a las necesidades de

²⁰ Farre op.cit. pp.130

la pareja. Existen varios motivos para sostener éste criterio. El primero y el principal es la libertad del individuo y de la pareja de poder decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos. Igualmente se presentan argumentos de índole médica que también se consideran básicos a la hora de decidir cuantos hijos quiere o puede tener una persona y cuando es el momento más indicado.

Hemos, pues, de revisar varios conceptos al respecto de la reproducción. En la Declaración de Derechos Humanos, que data de 1948, ya que se habla de los derechos de las personas y de las familias con respecto a la reproducción.

I.4.1 "CONCEPTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR"

Consiste en la adopción voluntaria de prácticas que, por medio del espaciamiento de los embarazos y la finalización de la procreación a una edad relativamente temprana, consignan mejorar la salud materna e infantil, adecuando el número de componentes de la familia a cada situación y permitiendo la elección del momento óptimo para el embarazo.

«Todas las parejas e individuos tienen el derecho humano básico de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener y con qué intervalos, así como de disponer de la información y la educación adecuada y de los medios para conseguirlo» (Conferencia Mundial del año de la Población Bucarest 1974)²¹.

I.4.2. "MÉTODOS CONTRACEPTIVOS"

"Los requisitos que debe cumplir un método contraceptivo par ser aceptado son: que sea económico, inocuo, práctico y principalmente eficaz"²².

Ciertamente es difícil que se den todas estas circunstancias a la vez, de tal manera que se debe elegir, el que cuente con más ventajas que desventajas adecuados a cada situación.

A) MÉTODOS NATURALES.- "Para poder hacer uso de ellos, es indispensable conocer los días en que la mujer es fértil y evitar el contacto sexual mientras exista el riesgo de embarazo. Se

²¹ Farre op. Cit. Vol.III pp.66

²² Farre op. Cit. pp.67.

basan principalmente en la fisiología de la reproducción, considerando lo anterior, cabe mencionar que la mujer es fértil de 2 a 3 días cada ciclo, lo que corresponde al periodo de ovulación. Por lo tanto antes y después de éste periodo resulta prácticamente imposible la fecundación.

Todos ellos presentan dificultades al momento de ponerlos en práctica, aunado a la existencia de variaciones fisiológicas de un ciclo a otro lo cual condiciona una disminución en la eficacia de casi todos éstos métodos.

Así mismo, existen otros factores como son disminución en la espontaneidad de la relación sexual, también pueden resultar tediosos al cabo de un tiempo de usarlos, etc.

La eficacia de los métodos de control de la natalidad llamados naturales solamente puede mantenerse en parejas sexuales estables y que mantengan relaciones sexuales regulares. A continuación describiremos los métodos naturales:

- **MÉTODO DEL CALENDARIO:** En éste método se observa durante un año la duración de los ciclos en días y se identifican el ciclo más corto y el más largo, con la finalidad de observar las variaciones habituales y determinar así el tiempo medio de supervivencia del óvulo y del espermatozoide. El primer día inseguro se calcula restando 18 del número de días del ciclo más corto; el último día inseguro se halla restando 11 días al número de días del ciclo más largo. Por lo tanto el periodo de riesgo de embarazo se sitúa entre los días 11 y 18 antes de la siguiente menstruación.
- **MÉTODO DE LA TEMPERATURA:** Con éste método se sabe con certeza cuando ocurre la ovulación, basándose en la medición de la temperatura basal. La mujer debe tomarse la temperatura diariamente al levantarse durante unos meses, con lo cual conocerá su ciclo ovulatorio.
- **MÉTODO DE LA VISCOCIDAD DEL MOCO CERVICAL O MÉTODO DE BILLINGS:** Consiste en aprovechar las características del moco cervical, en especial su consistencia, que varían dependiendo de los niveles hormonales. Éste se divide en 5 fases:
 - ⇒ Primera fase: Posterior a la menstruación los niveles de estrógeno son bajos, ésto tiene relación directa con la sensación de sequedad vaginal, debido a que no existe un estímulo para la secreción de moco.
 - ⇒ Segunda fase: Constituye los días pre-ovulatorios, los niveles de estrógeno empiezan a incrementarse y por lo tanto existe la producción de moco turbio de color amarillo o blanco y viscoso.

- ⇒ Tercera fase: Ocurre inmediatamente antes y después de la ovulación, los estrógenos llegan a niveles máximos, ocasionando un flujo cervical fluido, de apariencia de clara de huevo y produce una sensación de humedad y lubricación vaginal (periodo de máxima fertilidad).
- ⇒ Cuarta fase: Comprende los días post-ovulatorios, durante los cuales los niveles de progesterona se elevan y la secreción de moco disminuye, se vuelve pegajoso y puede desaparecer por completo.
- ⇒ Quinta fase: Corresponde a la fase pre-menstrual, los niveles de estrógeno disminuyen, y el ambiente endócrino es progestágeno, el moco cervical se vuelve escaso y espeso.
- **COITUS INTERRUPTUS:** Consiste en la extracción o retirada del pene de la vagina durante el coito antes de iniciarse la eyaculación, es un método ampliamente difundido y usado y con pésimos resultados, debido a que antes de producirse la eyaculación se efectúa la expulsión de cierta cantidad de líquido uretral, el cual puede contener espermatozoides. Por otra parte se requiere de un gran control por parte del hombre para iniciar la retirada en el momento oportuno.
- **METODO SINTOTERMICO:** Consiste en la combinación de los métodos de calendario y la temperatura basal, incorporando además otros datos observados por la mujer en el periodo en el periodo ovulatorio, por ejemplo: dolor abdominal, edema o molestias en las mamas, etc.

VENTAJAS

Todos estos métodos tienen dos ventajas fundamentales: carecen de contraindicaciones médicas y son económicos.

DESVENTAJAS:

Principalmente es que su fiabilidad y su eficacia son relativas, ya que dependen del entreno de la usuaria, la disciplina, etc. Además sólo pueden usarlos con ciertas garantías aquellas mujeres cuyas circunstancias personales les permitan mantener un ritmo de vida regular y la disciplina necesaria. Y en otro orden pueden crear angustia psicosexual a causa de los periodos forzados de abstinencia.

B) MÉTODOS ARTIFICIALES.- Los métodos de barrera se basan en algo tan obvio como impedir que los espermatozoides puedan llegar hasta el óvulo y fecundarlo, básicamente el diafragma y sustancias espermaticidas.

- **CONTRACEPCIÓN HORMONAL:** Su aparición y su uso cambiaron por completo las costumbres y propiciaron los cambios más importantes de la historia de la humanidad en las relaciones hombre-mujer, así como en la reproducción su acción se basa en la interrupción del proceso del ciclo sexual femenino en algunos de sus distintos niveles; el más usado ha sido la intersección de la ovulación. Esto se consigue mediante la ministración de pequeñas dosis de sustancias sintéticas, de composición parecida a las hormonas sexuales femeninas, que producen una serie de cambios en lo que sería su ciclo sexual natural.

Existen diversos tipos que se denominan píldora combinada, monofásica, bifásica o trifásica, según, según las proporciones y combinaciones de sus componentes. Deben tomarse diariamente y de preferencia a la misma hora, consta de 21 comprimidos, al término de ellas se produce una hemorragia similar a la menstruación, aunque suele ser de menor intensidad y al cabo de 7 días se debe reanudar la toma de los comprimidos.

Además de la ministración oral contamos con hormonales inyectables, cuyo uso consiste en una combinación de estrógenos y progestágenos con capacidad de almacenarse en el tejido graso e ir liberándose lentamente a lo largo del ciclo, debe administrarse entre el séptimo y el décimo día de cada ciclo. Éstos métodos son adecuados cuando no se toleran los anticonceptivos orales, por ejemplo problemas digestivos, etc.

CONTRAINDICACIONES:

Existen contraindicaciones absolutas como son: antecedentes de enfermedad o accidentes cardiovasculares, diabetes, tumores y enfermedades hepáticas y displacias cervicales, uterinas, mamarias, etc. El tabaquismo importante (más de 20 cigarrillos al día) es también una contraindicación absoluta principalmente en mujeres de más de 35 años.

- **DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU):** Es un aparato de plástico recubierto de hilo de cobre por lo general, que se coloca en la cavidad intrauterina, del extremo del DIU que queda en el cuello pende un hilo que sale hasta la vagina y sirve para constatar la colocación correcta. Su mecanismo de acción no está completamente aclarado, se dice que el DIU una vez colocado en el útero dificulta la ascensión del espermatozoide hasta la trompa de falopio. Provoca además una inflamación del endometrio, dificultando o impidiendo la nidación del óvulo fecundado. Por ello

el cobre, como agente irritante. Así mismo la inflamación produce alteraciones en las trompas, evitando su movilidad habitual, lo que dificulta el desplazamiento del óvulo hacia el útero. Todas éstas alteraciones aunadas a los cambios que el DIU produce en los mecanismos hormonales del cuerpo femenino.

VENTAJAS:

Una de las principales ventajas es que las mujeres que lo usan se desligan totalmente de la preocupación sobre la contracepción al momento del contacto sexual, lo que influye positivamente en el desarrollo y disfrute del mismo.

DESVENTAJAS:

No puede ser colocado en mujeres nulíparas, está contraindicado en mujeres con una elevada promiscuidad sexual o con predisposición a las infecciones por problemas en su sistema inmunológico, no es recomendable en caso de anomalías estructurales del útero (miomas, malformaciones, etc.); así mismo en mujeres con reglas muy abundantes, ya que el peligro de expulsión se incrementa.

Las complicaciones más frecuentes son el embarazo intra o extrauterino, el aborto espontáneo en caso de embarazo, episodios hemorrágicos, reglas más abundantes y dolorosas y molestias durante todo el ciclo.

- **ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA:** Es la contracepción ideal cuando se ha llegado a la conclusión de que no se desean tener más hijos, es permanente y por lo general no tiene riesgos ni efectos secundarios. Gracias al desarrollo de técnicas de microcirugía y endoscopía, que simplifican enormemente las operaciones, éste método ha alcanzado altos niveles de aceptación a nivel mundial.

La intervención quirúrgica practicada con fines anticonceptivos es la llamada "SALPINGOCLASIA", que consiste en cortar y ligar, pinzar o cauterizar las trompas de falopio. De ésta manera se impide el descenso del óvulo hasta el útero, como el ascenso del espermatozoide por la trompa.

Se considera que la esterilización femenina tiene una tasa de fallos entre 1 y 3 por 10,000 mujeres al año. Cuando esto sucede, es probable que el embarazo sea ectópico.

Hoy en día casi todas las intervenciones de éste tipo se realizan mediante laparoscopía.

- **ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA:** La esterilización en el hombre se lleva a cabo mediante una sencilla operación que recibe el nombre de "VASECTOMÍA", y consiste en la ligadura de los conductos deferentes que transportan los espermatozoides desde el testículo hasta la uretra. Su efectividad es total y permanente, hay que tener en cuenta que, tras la intervención el sistema espermático todavía está lleno de espermias, por lo que son necesarias unas 15 a 20 eyaculaciones para vaciarlo, para verificar la ausencia de espermatozoides debe realizarse una espermioграмма al cabo de unos dos meses. La intervención se practica con anestesia local, dura de 10 a 15 minutos, no tiene efectos secundarios y obviamente tiene mucho menos riesgos y dificultades que la esterilización femenina.
- **PRESERVATIVO:** Consiste en una funda de látex u otro material similar que se coloca en el pene erecto adaptándose a él, y que constituye una barrera tanto para los espermatozoides, como para los microorganismos, con lo que se evita su transmisión por vía sexual.

La única posibilidad de fallo, cuando se usa correctamente es la rotura durante las relaciones sexuales. La duración máxima de un preservativo en buenas condiciones de conservación es de 2 a 3 años.

VENTAJAS:

Son económicos y muy fáciles de conseguir, previenen el contagio o transmisión de enfermedades adquiridas por contacto sexual, son útiles y recomendables para los adolescentes y en las relaciones sexuales esporádicas.

DESVENTAJAS:

Su colocación puede interrumpir el juego sexual, su empleo puede causar incomodidad al hombre o a la mujer y no deben de usarse cuando existen alergias al caucho.

- **NUEVOS MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN:** Innovador anticonceptivo que consiste en insertar, debajo de la piel, en la parte superior del brazo, 6 pequeños bastoncitos de silicona impregnados de Levonogestrel, un principio activo que no se había usado de esta forma. La operación para implantarlo se realiza con anestesia local y es muy rápida. El paso de este principio activo a la sangre es constante. Su acción se prolonga durante 5 años. Además su eficacia es muy elevada y es totalmente reversible²³.

²³ Farre op cit. pp. 69-96.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

METODO	EFFECTIVIDAD	VENTAJAS	INCOVENIENTES
Preservativo masculino	80-90% Su efectividad es mucho mayor cuando se utiliza con espermicidas	Fácil de usar; barato y fácil de obtener; protección muy efectiva contra algunas E.T.S.; los hombres comparten la responsabilidad en la planificación familiar.	Algunos hombres y mujeres se quejan de perder sensibilidad. Necesidad de retirar el pene de la vagina cuando aquél todavía está en erección.
Diafragma con espermicida	80-90%	Sin riesgos para la salud; protege contra algunas E.T.S. y contra el Cacu.	No se puede retirar hasta 6hrs. después del coito; debe adaptarlo un especialista; algunas mujeres encuentran su uso molesto; son incómodos de limpiar, conservar y llevar.
DIU	95-98%	Fácil de usar; no interfiere en el coito; es necesaria la visita periódica al especialista.	Debe introducirlo el especialista; puede causar hemorragias, infecciones y transtornos de la regla; validez limitada.
Píldora y Minipíldora	97-98%	Fácil de usar; no interfiere en el coito; regula los ciclos menstruales; reduce las hemorragias y los dolores de la menstruación.	Debe tomarse todos los días; necesita un control periódico; puede tener efectos secundarios, como náuseas o aparición de manchas en la piel durante el periodo; posibles problemas circulatorios.
Interrupción del coito.	75-80%	No necesita preparación previa ni adicional; los hombres comparten la responsabilidad en la planificación familiar.	Interfiere en el coito; puede ser difícil de emplear con efectividad; posibles efectos secundarios.
Esterilización	99-85%	Permanente; no hay riesgos o efectos secundarios en la salud.	Posible irreversibilidad, es decir después de ser intervenidos existe la posibilidad de no poder tener hijos.
Método del calendario	75-80%	No necesita nada más; los hombres comparten la responsabilidad en la planificación familiar.	Difícil de usar, sobre todo si los ciclos menstruales son irregulares; abstinencia durante largos periodos.
Espermicidas (espumas, supositorios, óvulos)	80-90% (combinado con otro método anticonceptivo de barrera)	Sin riesgos para la salud; protege contra algunas E.T.S.	Se aplican de 5 a 30 minutos antes del coito; efectivos de 30 a 60 minutos; puede ser incómodo o molesto.
Cápsula cervical o condón femenino	Efectividad similar a la del diafragma, pero no hay estudios a gran escala que prueben su fiabilidad.	Protege contra algunas E.T.S.	Difícil de conseguir; incómodo de poner y usar.

I.4.3 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

***CONCEPTO.-** "Las enfermedades de transmisión sexual son de naturaleza infecciosa o parasitaria las que se transmiten a través del contacto sexual.

El concepto de enfermedades de transmisión sexual ha sustituido al de «enfermedades venéreas», que se usó hasta finales de los años 70's y se refiere no sólo a las clásicas enfermedades como sífilis, gonococcia, chancro blando, granuloma inguinal y linfagranuloma venérea, sino que incluye a otras que suelen clasificarse según el agente que las causa: bacterias, virus, protozoos, hongos o artrópodos.

En la actualidad, han aparecido nuevas enfermedades que no estaban descritas anteriormente, como el caso del herpes genital y el SIDA.

Las enfermedades de transmisión sexual ETS continúan afectando más a la población juvenil. Sea por falta de información, o por la mayor promiscuidad, la mayoría de los afectados tienen menos de 30 años. Son curiosas las diferencias entre hombres y mujeres: así como la frecuencia de afectación femenina desciende a partir de los 24 años, los hombres presentan un rebote en la 3ra década de la vida.

***PREVENCIÓN.-** Las medidas preventivas para cualquier enfermedad y, sobre todo, para las relacionadas con las de origen sexual, deberían ser, en primer lugar a nivel educacional sanitario. La acción pedagógica debe centrarse en el paciente, en especial a los que pertenecen a grupos de riesgos elevados. Los objetivos serían un compromiso del paciente de llevar a cabo el tratamiento prescrito por el médico y asistir a sus controles médicos, absteniéndose de tener relaciones sexuales mientras no esté totalmente curado. Otro punto interesante sería conseguir que el paciente colabore con la identificación de sus compañeros.

El objetivo a nivel colectivo sería dar a conocer el problema de las enfermedades de transmisión sexual a toda la población mediante campañas de educación sexual dirigidas principalmente a jóvenes.

- **CONDUCTA SEXUAL:**

- ⇒ Relación con una sola pareja sexual.

- ⇒ Reducción del número de compañeros-as sexuales.

- ⇒ Evitar ciertas prácticas sexuales.
- ⇒ Interrogar al compañero-a sexual.
- ⇒ Vigilar la presencia de síntomas externos de ETS en el compañero-a sexual.
- ⇒ Utilización de métodos de barrera²⁴.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

ENFERMEDAD	CAUSA	SINTOMAS	TRATAMIENTO	CONSECUENCIAS
Tricomoniasis	Parásito protozoo	Hombres: molestias en el pene, escozor al orinar, secreción acuosa. Mujeres: secreción vaginal maloliente, dolores abdominales y al orinar, picores en el área genital, molestias en el coito	Antibióticos	Infecciones urinarias
Pediculosis	Parásito externo	Picor. Pequeños parásitos móviles, visibles a simple vista y agarrados al vello púbico.	Tratamientos desparasitarios Desinfección de ropas.	Ninguna
Gonorrea	Bacteria	Hombres: secreción viscosa o purulenta por el pene, escozor al orinar. Mujeres: aumento del flujo vaginal, trastornos en la menstruación y escozor al orinar.	Antibióticos	Hombres: infecciones en articulaciones (artritis), dolores en pene e ingles, esterilidad. Mujeres: infecciones en articulaciones (artritis), esterilidad. R/N: ceguera o neumonía
Linfogranuloma	Bacteria	El 75% de los infectados no presentan síntomas. Parecidos a los de la gonorrea y, normalmente, difíciles de detectar. Mas fácilmente reconocibles en el hombre.	Antibióticos	Semejantes a los de la gonorrea.

²⁴ Farre op cit. pp. 44-80.

Sífilis	Bacteria	Etapa 1. Úlcera rojiza, indolora en genitales, boca o ano. Etapa 2. (de 1 a 6 meses después del contacto): nódulos linfáticos en ingles, axilas, o cuello. Manchas en pecho, espalda y extremidades.	Antibióticos	Lesiones destructivas en el sist.circulatorio y en el sist. Nervioso, que pueden ser mortales. Malformaciones y muerte del R/N.
Herpes genital	Virus	Inflamaciones alrededor de los genitales y el ano, con pequeñas ampollas dolorosas. Escozor al orinar. En el primer episodio, síntomas parecidos a la gripe.	Evitar todo contacto sexual mientras persistan las ampollas. Tratamiento difícil.	Rebrote de los síntomas en situaciones de estrés. Riesgo de aborto. Riesgo de Cáncer Cervical.
Condilomas	Virus	Lesiones indoloras de aspecto verrugoso, normalmente en la vagina, cuello del útero y en los genitales externos y alrededores.	Crioterapia, lásser, electrocoagulación. Tratamiento difícil.	Rebrotos frecuentes. Posibles desarrollos cancerosos.
VIH y Sida	Virus	Normalmente no hay síntomas visibles durante muchos años, pero pueden así transmitir la enfermedad.	Medicamentos para disminuir la velocidad de progresión	Transmisión al feto. Gran vulnerabilidad a infecciones. Cánceres raros y problemas neurológicos. Muerte.
Chancro blando	Bacteria	Úlceras en zona genital	Antibióticos	Lesiones locales graves

I.5. VIOLACIÓN:

I.5.1.- CONCEPTO

“Se define la violación como el coito forzado subestimando la voluntad de una de las dos personas”²⁵.

“La definición más amplia que podemos dar de la violación es que se trata de un «acto de violencia física ó psíquica que coarta la libertad del otro obligándole a realizar conductas sexuales que no desea». Es, por tanto una agresión que atenta contra la intimidad sexual de una persona.

I.5.2.-FACTORES PREDISPONETES:

Cuando se quiere analizar las causas de éstos actos de violencia o agresión sexual, a menudo se considera al agresor como una persona pervertida.

Se ha demostrado que.-

- ◊ En las sociedades que existe una alta tasa de violencia sexual, las mujeres tienen muy poco poder y autoridad.
- ◊ En las sociedades en que apenas existe violencia sexual o ésta es muy escasa, la mujer tiene un estatus elevado y es valorada y respetada en mayor medida.

Entre los consejos que se pueden dar para reducir la posibilidad de sufrir una violación figuran: dejar las luces de los porches, porterías y pasillos encendidas; no dejar entrar a la casa a desconocidos; dejar las puertas de entrada a la casa cerradas de día y de noche; no entrar en casas si se ve un cristal roto, una cerradura forzada, etc.”²⁶

I.5.3.-REPERCUSIONES:

“Como es lógico pensar no todas las personas reaccionan del mismo modo cuando han sido víctimas de una violación. Numerosos factores, así como las características personales de la víctima, hacen que los efectos o consecuencias que puedan derivarse sean muy diversos. No obstante, nos detendremos brevemente en algunos de los efectos más comunes, por la importancia que tienen cuando hay que atender a las víctimas de una violación sexual”²⁷.

²⁵ M. Stoppard Guía Médica para la mujer vol. II. Edic. Grijalbo S.A. 1988 pp. 344

²⁶ Farre op cit. pp. 86-88.

²⁷ Farre op cit. pp. 91.

A) FÍSICOS:

“En primer lugar es necesario considerar los posibles daños o traumatismos físicos sufridos por la víctima tanto en el área genital, como en el resto del cuerpo; es raro que haya lesiones graves en los genitales puede existir tumefacción de los labios, contusiones en las paredes de la vagina o el cervix y ocasionalmente desgarro del perineo. Así como desgarro y contusiones del recto”²⁸.

B) PSICOLÓGICAS:

“Para casi todas las mujeres el horror de la violación no cesa cuando el atacante se marcha.

Las mujeres son diferentes en lo que respecta a su respuesta emocional al hecho de ser violadas, la mayoría tardan mucho tiempo en sentirse un poco normales de nuevo; algunas nunca lo consiguen y explican que son personas totalmente distintas, que tienen que volver a conocerse a sí mismas, y aprender a vivir consigo mismas de nuevo.

Después de éste tipo de experiencias se ha de forjar una nueva identidad, resulta difícil especificar qué es distinto en una mujer después de una violación”²⁹.

B) SOCIALES:

“Después de una violación las mujeres no siempre reciben el apoyo necesario, muchas son humilladas e incluso avergonzadas, como si en lugar de víctimas fueran las culpables de la situación. Empleando cierta ironía podemos decir que la mujer que es víctima de una agresión sexual si desea que el culpable sea castigado debe exponer de manera pública dicho acto, constatar mediante un certificado médico y describir con la mayor precisión y detalle las circunstancias en las que se produjo la agresión y los datos del agresor”³⁰.

²⁸ Stoppard M. op cit. pp. 344

²⁹ Stoppard M. op cit. pp. 345

³⁰ Farre op cit. pp. 92

I.6 EMBARAZO

I.6.1. CONCEPTO:

“Es un estado normal fisiológico para el que el cuerpo femenino está perfectamente preparado, que comprende desde la fecundación del óvulo hasta el parto. La gestación tiene una duración de 270 a 280 días, es decir, 40 semanas a partir del último periodo menstrual normal”³¹.

I.6.2. CAMBIOS FÍSICOS:

“Las estadísticas relativas a la manera en que el cuerpo de una mujer se adapta al embarazo son asombrosas. Su cuerpo hará cualquier modificación o sacrificio necesario para el desarrollo sano de su bebé. Estos cambios ocurren casi todos en el primer trimestre y están diseñados para anticipar las posibles necesidades del embrión, y para proporcionar depósitos de grasas y minerales que puedan ser convertidos más adelante en leche para la lactancia.

Después de la amenorrea y mareos matinales, uno de los primeros cambios que va a percibir la mujer embarazada será en sus mamas. Las venas se vuelven más aparentes y las mamas aumentan de tamaño y se sienten más pesadas, con picor e irritación conforme se desarrollan las glándulas productoras de leche. Sus pezones serán particularmente sensibles y su color se oscurecerá.

Debido a las alteraciones hormonales, sentirá la necesidad de orinar mas a menudo. Su cintura cogerá un poco de empaque, aunque el abdomen no abultará apenas. Éstos cambios tienen lugar de forma más rápida y son más visibles en embarazos sucesivos. Otra acción de las hormonas del embarazo es volverla más tranquila y hacer que duerma más. Sin embargo, también se sentirá cansada continuamente, y esto es debido al sueño interrumpido y a los cambios hormonales”³².

³¹ Farre op cit. pp. 42

³² Stoppard M. Op.cit. Vol. I pp. 38

I.6.3. CAMBIOS FISIOLÓGICOS:

“El huevo fecundado por la fusión de los dos gametos, masculino y femenino, empieza inmediatamente a segmentarse y llega a la cavidad uterina en el estadio de blástula. De la superficie del huevo proliferan unas vellosidades que lo fijan a las paredes del tejido materno y que le proporcionarán la nutrición”³³.

“La gestación produce cambios fisiológicos en todos los sistemas orgánicos maternos, la mayoría de los cuáles vuelven a su función normal tras el parto.

SISTEMA CARDIOVASCULAR: - El gasto cardiaco se incrementa en un 30 a 50% a partir de la 6ta. Semana y alcanza el pico máximo entre la 16va. Y 28va. Semana. Permanece así y hasta después de la 30va. Semana disminuye ligeramente debido a que el aumento de tamaño uterino obstruye la vena cava. La elevación del gasto cardiaco es debida probablemente a los cambios en la circulación útero-placentaria, debido a ésta hay un aumento de volumen ya que se requiere mayor cantidad de sangre.

- ⇒ **SANGRE.**- El volumen sanguíneo aumentará proporcionalmente al incremento del gasto cardiaco, pero a expensas del volumen plasmático (aumento próximo al 50%) más que de la masa eritrocitaria (alrededor de un 25%), y la hemoglobina puede estar disminuida por la dilución desde una media de 13.3 hasta 12.1 gr.
- ⇒ **RECUESTO LEUCOCITARIO.**- (5.000 A 7.000/UL) Aumento ligeramente a 9.000 12.000/UL. La masa total de glóbulos blancos también aumenta para contrarrestar el aumento de volumen sanguíneo. La causa del aumento leucocitario es desconocida.
- ⇒ **REQUERIMIENTO DE HIERRO.**- Aumenta aproximadamente hasta un total de 1gr. durante toda la gestación y son mayores durante la segunda mitad: 6 a 7mg/d. El feto y la placenta consumen unos 300mg de hierro y el aumento de la masa eritrocitaria requiere unos 500mg adicionales. Son necesarios suplementos de hierro ya que la cantidad absorbida en la dieta y la recuperada en los depósitos suelen ser insuficientes para cubrir las demandas durante el embarazo.
- ⇒ **SISTEMA URINARIO.**- Los cambios en la función renal son paralelos a los que tienen lugar en la función cardiovascular. El filtrado glomerular aumenta en un 30 a 50% y permanece prácticamente hasta el final de la gestación. El flujo plasmático

³³ Océano uno Diccionario Enciclopédico. Edic. 2000 océano s.a. pp.564

renal aumenta de forma correspondiente. Estos incrementos en los parámetros funcionales renales producen una disminución de la urea plasmática, generalmente a ≤ 10 mg/dl. Y de forma similar, de los niveles de creatinina hasta 0.7 mg/dl. Los ureteres están muy dilatados debido a las influencias hormonales (progesterona) y al reflujo debido a la presión del útero sobre ellos. La función renal, al igual que la cardíaca, responde a los cambios posturales durante la gestación. En condiciones normales, la función renal aumenta en supino y disminuye en bipedestación; éstos cambios se acentúan en el embarazo.

- ⇒ SISTEMA RESPIRATORIO.- Los cambios en la función pulmonar durante el embarazo son debidos en parte a la progesterona y en parte a alteraciones posicionales debidas el crecimiento uterino. El volumen-minuto, la frecuencia respiratoria, el ph plasmático y el consumo de O₂ están aumentados; el volumen inspiratorio y expiratorio, el volumen residual, la capacidad vital y la PCO₂ disminuyen. La capacidad vital y la PO₂ no se modifican. El diámetro torácico aumenta en unos 10cm. Aparecen hiperemia y edemas considerables en el tracto respiratorio. Es frecuente la aparición de disnea leve con el ejercicio, así como la presencia de respiraciones profundas.
- ⇒ SISTEMA GASTROINTESTINAL Y HEPATOBILIAR.- A medida que avanza la gestación, el útero agrandado ejerce presión sobre el recto y la porción inferior del colón pudiendo producir estreñimiento. Además la motilidad gastrointestinal disminuye debido a que los altos niveles de progesterona relajan la musculatura lisa. Es frecuente la aparición de pirosis y eructos, posiblemente por un retraso del vaciamiento gástrico y la presencia de reflujo gastroesofágico secundario a la relajación del esfínter inferior y el hiato diafragmático. Las úlceras preexistentes a menudo mejoran, ya que la producción del HCL está disminuida. La incidencia de trastornos biliares está aumentada. El embarazo afecta de forma sutil al transporte biliar. Los niveles de fosfatasa alcalina aumentan progresivamente durante el 3er trimestre y pueden ser hasta 2 ó 3 veces los normales al final del embarazo; éste incremento es debido a la producción placentaria de ésta enzima más que a disfunción hepática.
- ⇒ SISTEMA ENDÓCRINO.- La gestación altera la función de la mayoría de las glándulas endócrinas, en parte a la producción de hormonas por la placenta y en parte a que la mayoría de las hormonas circulan unidas a proteínas y la unión proteica está aumentada en el embarazo. La placenta produce una hormona

(similar a la hormona estimulante del tiroides) que incrementa la función tiroidea. Los niveles de hormonas suprarrenales aumentan, lo que probablemente da lugar a las estrías rosadas de la piel y contribuye al edema. El aumento en los niveles de corticoides, estrógenos y progesterona, modifica el metabolismo de la glucosa y aumenta las necesidades de insulina, al igual que el estrés de la gestación y posiblemente la producción de lactógeno placentario humano. La placenta presenta una hormona estimulante de los melanocitos que incrementa la pigmentación de la piel, así como la HCG una hormona trófica que funciona sobre todo como la hormona estimulante de los folículos y la hormona luteinizante, manteniendo el cuerpo lúteo y por ello evitando la ovulación.

⇒ PIEL.- El cloasma consiste en una pigmentación parda en manchas a nivel de la frente y mejillas. Con frecuencia, aumenta la pigmentación de las areolas mamarias y aparece una pigmentación oscura en la línea media del abdomen. La incidencia de angiomas en araña (generalmente sólo a nivel de la cintura) y de capilares dilatados en paredes gruesas (especialmente en Ms Is) también está aumentada³⁴.

1.6.4. CAMBIOS PSICOLÓGICOS:

Al ir preparándose para el nacimiento, dejar de trabajar y pensar en el futuro, puede sentir que su instinto hogareño se intensifica y empieza a preparar la ropa y la canastilla. Al mismo tiempo siente una clara preocupación por el bebé y por si será sano y (normal).

A lo largo del embarazo, ella y su pareja deberán haber asistido a clases de preparación para el parto y estarán familiarizados con el con el procedimiento.

El carácter de la embarazada puede sufrir algunos cambios. La readaptación hormonal que exige el embarazo puede producir irritabilidad, sentimientos depresivos, etc.; pero también es cierto que la alegría y satisfacción de saberse « en estado de buena esperanza », sobre todo si se

³⁴ El Manual Merck Op.cit. pp. 2023-2025

trata de un embarazo deseado, compensa muchas veces con creces el mal humor de la embarazada.

Una actividad relajante, como pasear por lugares agradables y bien ventilados, constituye una buena forma de hacer ejercicio físico, lo cuál no sólo redundará en beneficio del organismo de la embarazada, sino que también tendrá un efecto positivo en su estado general de ánimo.

I.6.5. COMPLICACIONES:

“Éstas se clasifican en:

- **Complicaciones de la primera mitad del embarazo dentro de las cuáles tenemos:**

ABORTO.- Que se define como la expulsión del huevo durante las primeras 20 semanas de gestación y el producto pesa menos de 500 gr.

El aborto se presenta en diversas formas clínicas según las modalidades o etapas de su evolución.

AMENAZA DE ABORTO.- Se caracteriza por la aparición de hemorragia proveniente de la cavidad uterina, generalmente escasa, sin modificaciones cervicales o dolor determinado por la actividad del útero.

ABORTO EN EVOLUCIÓN O INMINENTE.- Existen modificaciones cervicales irreversibles y hemorragia de origen endouterino de magnitud variable.

ABORTO INEVITABLE.- Se caracteriza por la rotura de las membranas o hemorragia abundante en ausencia de modificaciones cervicales ostensibles, circunstancias que hacen imposible la preservación del embarazo.

ABORTO COMPLETO O CONSUMADO.- Es aquel en que la expulsión del huevo ha sido completa.

ABORTO INCOMPLETO.- Se presenta cuando se expulsa una parte del huevo y el resto se encuentra aún en cavidad.

ABORTO INFECTADO O SÉPTICO.- Cuando una infección genital con diseminación endouterina se superpone a cualquiera de las formas clínicas anteriores.

ABORTO DIFERIDO.- Se presenta cuando el producto de la concepción muere, no se expulsa y queda retenido en el útero durante ocho semanas o más.

ABORTO HABITUAL.- Es aquel que ha sucedido en forma espontánea en tres ocasiones consecutivas o más.

EMBARAZO ECTÓPICO.- Es la implantación y nidación del óvulo fuera de la mucosa endometrial que recubre el útero.

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA.- Es una anomalía en el desarrollo del córion; caracterizada por la degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, con escasez o ausencia de vasos sanguíneos, edema del estroma y proliferación del trofoblasto.

EMÉISIS.- Es el vómito ocasional o repetido que no interfiere con los procesos metabólicos y nutricionales de la paciente.

HIPEREMÉISIS GRAVÍDICA.- Es una alteración de etiología no definida, para que pueda tener su origen en el aumento de LCG, trastornos emocionales, falta de adaptación e inseguridad, que repercute en el estado nutricional y metabólico de la paciente.

ISOINMUNIZACIÓN Y VALORACIÓN FETAL.- La isoinmunización materno-fetal o enfermedad hemolítica del R/N, está caracterizada por la destrucción masiva de eritrocitos fetales, debida a la formación de isoaglutininas maternas antes de que el producto nazca. La isoinmunización materno-fetal puede producirse por el sistema ABO y por el factor Rh.

- **Complicaciones de la segunda mitad del embarazo:**

TOXEMIA GRAVÍDICA.- (Enfermedad hipertensiva del embarazo), es un padecimiento que se presenta en la mujer embarazada y que complica el embarazo, parto y puerperio inmediato, caracterizada por presentar hipertensión arterial, edema, proteinuria y en casos severos crisis convulsivas y coma.

PLACENTA PREVIA.- La placenta previa es un padecimiento frecuente en obstetricia, que consiste en la inserción de la placenta sobre el segmento del útero o bien sobre el orificio interno del cérvix.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA NORMALMENTE INSERTADA.- (DPPNI), éste padecimiento es un accidente agudo que consiste en la separación parcial o total de la placenta normalmente insertada en la cavidad uterina, después de las 20 semanas de gestación y antes del nacimiento del feto.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.- (RPM), es la salida del líquido amniótico por una solución de continuidad total y espontánea de las membranas ovulares, por lo menos dos horas antes de la iniciación del trabajo de parto y en embarazos de más de 20 semanas.

PROLAPSO DEL CORDÓN UMBILICAL.- El cordón umbilical puede estar comprimido, y en consecuencia, dar lugar a hipoxia fetal.

El prolapso del cordón umbilical puede clasificarse como:

- 1) **EL CORDÓN ANTERIOR.-** Éste precede a la presentación cuando las membranas están intactas, entonces puede palparse a menudo a través del cérvix.
- 2) **EL CORDÓN OCULTO.-** Éste se localiza entre la presentación y la pelvis, por lo que no se palpa por exploración interna. Las membranas pueden estar intactas o rotas.
- 3) **PROLAPSO COMPLETO DEL CORDÓN.-** Ocurre cuando las membranas están rotas y permiten la salida del mismo a través del cuello uterino a la vagina o por fuera del introito.

SUFRIMIENTO FETAL.- Viene a ser cualquier alteración que afecte el estado de salud del feto.

ÓBITO O MUERTE FETAL.- Es la muerte en el útero del producto de la concepción después de la vigésima semana de gestación o con un peso mayor de 500gr³⁵.

I.6.6. EMBARAZOS EN ADOLESCENTES:

A) En la actualidad el embarazo no planificado y no deseado en adolescentes constituye uno de los problemas que más repercusiones tiene en los jóvenes que comienzan su actividad sexual. Éstos embarazos suponen un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de los jóvenes y su entorno.

Si bien este problema ha ido mejorando con la introducción paulatina de los temas de sexualidad en las escuelas, no se ha generalizado a toda la enseñanza, por lo que el índice de embarazos en la adolescencia es aún elevado.

Las cifras de embarazos en adolescentes son alarmantes, lo cual viene a constituir un problema que afecta no sólo a países en vías de desarrollo, sino también a las sociedades más desarrolladas. En Estados Unidos se detectan

³⁵ Antología Obstetricia II. D.R. Div. Universidad abierta. Esc. Nac. De Enf. y Obst., UNAM. México D. F. 1996. pp. 457

1,000,000 de embarazos en adolescentes cada año, de los cuáles 30,000 ocurren en jóvenes menores de 15 años. En España y los países de su entorno han descendido las tasas de natalidad, salvo en las jóvenes menores de 20 años, en las que se han triplicado. Cada año 15, 000,000 de niños nacen de mujeres adolescentes; 80% de ellas viven en Asia, África y América Latina. De acuerdo a la ONU en América Latina existen 1.8,000,000 de nacimientos anuales entre mujeres de 15 y 19 años de edad. Los países de América Latina con mayor índice de madres jóvenes son Brasil con 709,100 y México con 428,400 (1998).

“Entre 1992 y 1996, la tasa de embarazos de las latinas de los 15 a 19 años de edad, disminuyó en un 6%, mientras que la tasa de embarazo para todas las adolescentes de esas edades cayó en un 13%”³⁶.

“En 1996, las latinas entre los 15 los 19 años tuvieron una tasa de embarazos de 164.6 por 1000, bastante por encima del promedio nacional de 97.3 por 1000 adolescentes, pero por debajo de la tasa para adolescentes de origen africano en el mismo grupo de edades. La tasa de embarazo de las adolescentes de origen africano es mucho más elevada que la de las latinas, sin embargo la tasa de la natalidad de las de origen africano es más baja. Esto se debe a que las adolescentes de origen africano son más a abortar. Se estima que el 41% de los embarazos de las adolescentes de origen africano terminaron en aborto en 1996, en comparación con alrededor del 28% de los embarazos de las adolescentes de origen latina”³⁷.

“En 1995, el 19% de los latinos entre 15 y 19 años de edad que tuvieron relaciones sexuales, reportó haber causado un embarazo, en contraste con el 14% de todos los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales”³⁸.

³⁶ Abma, J., Chandra. Et all La fecundidad, la planificación familiar y la salud de la mujer. Datos nuevos de la encuesta 1995 National Survey a of Family Growth (DHHS Publicación No. (PHS)97-1995). Vital and Health Statistic: 23(19).

³⁷ Sonenstein, F. L., Stewart, K; Lindberg, L. D; Pernas, M; y Williams, S. (1997). La participación del varón en el embarazo adolescente: una guía para planificadores de programas. Washington, D. C: The Urban Institute.

³⁸ Manlove, J.,/Terry, E. (February 1999). Trends in sexual activity and contraceptive use among teens, Presentación y Trabajo de fondo para mensajeros y métodos para el nuevo milenio: mesa redonda sobre adolescentes y anticonceptivos, coauspiciado por The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy y Advocates for youth.

“La frecuencia de embarazos en adolescentes muestra una alarmante tendencia a aumentar en todo el mundo. Considerando sólo la situación de América Latina y el Caribe se observa una tasa de fecundidad alrededor de 100 partos por 1000 mujeres entre 15 y 19 años de edad. (1974-1983), cifra que duplica la observada en USA en ese periodo. Se afirma que si se relaciona esta tendencia con el número de personas ubicadas en el rango de edades de 15 a 19 años, que representa alrededor del 20% de la población mundial actual, se logra una visión aproximada de la magnitud del problema, especialmente en los países en desarrollo en que este grupo etario es mayor”³⁹.

B) La adolescente embarazada es un agudo problema para la familia y la sociedad. Una serie de efectos negativos desde todos los puntos de vista pueden afectar gravemente el futuro de la joven embarazada.

“El embarazo en la adolescencia la mayoría de las veces es indeseado al llegar en momentos en que no existe la preparación psíquica, fisiológica, ni socioeconómica para enfrentar las exigencias de la maternidad. El embarazo indeseado es un laberinto del cual sólo puede salirse por 3 puertas, sin que ninguna de ellas cuente con ventajas para la adolescente. La joven adolescente embarazada puede:

- ⇒ Conservar su hijo, convirtiéndose casi siempre en, madre soltera, con todos los inconvenientes relacionados a ellos, exponiendo al hijo a ser = hijo indeseado =.
- ⇒ Tenerlo para darlo en adopción.
- ⇒ Recurrir al aborto provocado.

La planificación familiar tiene un importante papel en salvar vidas, puesto que muchas muertes son el resultado de fecundidad no planificada que conlleva el embarazo no planificado. Esto puede estar relacionado con la falta de formación integral y de educación

³⁹ Biblioteca del congreso nacional de chile 1997.

sexual. El embarazo indeseado, puede resultar como producto de abuso sexual ó relaciones coitales pasajeras."^{40 41 42 43}

"El embarazo durante la adolescencia presenta normalmente una crisis para la niña que está en estado y para su familia. Las reacciones más comunes incluyen la ira, la culpabilidad y el negarse a admitir el problema. Si el padre es joven también es posible, que el mismo problema haya ocurrido en su familia.

Las adolescentes que están embarazadas pueden privarse de asistencia médica durante su embarazo, lo que resulta en un riesgo mayor de tener complicaciones médicas. Éstas adolescentes necesitan comprensión especial, atención médica e instrucción, especialmente acerca de la nutrición, las infecciones, el abuso de sustancias y las complicaciones del embarazo. También necesitan aprender que el fumar, tomar bebidas alcohólicas y usar drogas puede tener repercusiones relacionadas con el bienestar del feto. Todas las adolescentes embarazadas deben recibir atención médica lo antes posible. En ocasiones sus reacciones emocionales y su estado mental requieren asistencia por un profesional de la salud mental. Las adolescentes embarazadas pueden tener diferentes tipos de reacciones emocionales, algunas puede que no quieran tener al bebé, o lo pueden querer de manera de manera confusa e idealizada. La adolescente puede ver la creación de otra vida como un logro extraordinario, pero sin darse cuenta de las responsabilidades que esto conlleva. Quizás quiera al bebé por tener a alguien a quien amar, pero no tiene idea de la atención que requiere ése nuevo ser. A menudo, las adolescentes no pueden anticipar que ése bebé tan adorable puede hacer demandas constantes o ser muy irritante. Algunas adolescentes se sienten abrumadas por la culpabilidad, ansiedad y el miedo al futuro. La

⁴⁰ Monterrosa, A. Adolescencia: Anticoncepción y embarazo. *Tribuna médica* 1996; 94 (4): 209-217.

⁴¹ Monterrosa, A. Embarazo en adolescentes. El drama de las niñas-madres. *Revista Planificación, Población y Desarrollo*. 1993; 10(22): 78-79.

⁴² Esparza, C. calle M. Características de las Adolescentes Obstétricas. Estudio comparativo con pacientes de 19-30 años. Hospital Universitario de Caldas. 1989. *Revista Colombiana Obstet Ginecol* 1993; 44(2). 123-126.

⁴³ Rico de Alonso A. *Madres solteras adolescentes*. Plaza y Janés. 1986. Bogotá.

depresión es muy común entre las adolescentes embarazadas.^{44 45}
46

En general existe poca preparación en el personal de salud para hacer frente a los problemas psico-sociales de las adolescentes embarazadas. Además los sentimientos de vergüenza, temor e ignorancia hacen que el control prenatal sea tardío e irregular, lo que se relaciona directamente con resultados adversos desde el punto de vista de atención obstétrica y neonatal. La disminución en la atención prenatal, es un factor de riesgo que incrementa las probabilidades de aparición de varias entidades y de aumento en la mortalidad materna.

C) REPERCUSIONES:

“Al decidir tener su embarazo, la adolescente puede tener la necesidad de desafiar y enfrentar el rechazo de la familia, seguido en ocasiones extremas de la expulsión del hogar o ser recluida y encerrada para ocultarla. Por ser considerada la vergüenza de la familia. Debe soportar la agresión física y psicológica de la familia y la sociedad, siendo rechazada y discriminada, eventos que serán generalmente extendidos al hijo. Así pues tenemos que estas

⁴⁴ La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) representación sobre 6,500 psiquiatras de niños y adolescentes (psiquiatras infantiles) quienes son médicos con por lo menos cinco años de entrenamiento adicional en psiquiatría general (de adultos) y psiquiatría de niños y adolescentes (psiquiatría infantil) luego de terminar su grado de medicina.

⁴⁵ Información para la Familia se desarrolla y distribuye por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP). Las hojas de información pueden ser reproducidas para uso personal o educativo sin necesidad de una autorización escrita previa, pero no pueden incluirse en material que sea para la venta. Para ordenar la serie completa de las hojas de información, comuníquese con Public Information, 1,800.333.7636.

⁴⁶ La distribución gratuita de las hojas de información es un servicio público de la AACAP Special Friends of Children Fund. Favor de hacer su donativo deducible de impuestos al AACAP Special Friends of Children Fund y apoyar este programa para su disseminación pública (AACAP, Special Friends of Children Fund, P.O. Box 96106, Washington, D.C. 20090). No. 2 (Revisado 4/98).

mujeres experimentan truncamiento de sus metas futuras, o encuentran muchos más obstáculos y dificultades para conseguir sus objetivos, viviendo mayores penurias económicas y/o personales. Es frecuente el desempleo o subempleo por la baja capacitación laboral, y a la vez se encuentra impedida para obtener mayor capacitación por la carencia de recursos o la falta de tiempo. Si permanece en el núcleo familiar puede perder la autonomía debido a la dependencia económica, presentar trastornos psicológicos por las exigencias de la maternidad, desconfianza hacia los hombres, miedo a la sexualidad, frigidez, sentimientos de hostilidad y rechazo hacia el padre del hijo.^{47 48 49 50}

“Se ha publicado que las adolescentes tienen un mayor riesgo de aborto espontáneo, desnutrición, anemia, desproporción céfalopélvica, trabajo de parto prolongado y dinámica uterina alterada.”⁵¹
52 53 54 55 56 57 58

“Una consecuencia del embarazo precoz sobre el hijo, se refleja en el alto índice de mortalidad infantil que ocurre entre los nacidos de madres adolescentes, índice que se incrementa en la medida en que la madre es de menor edad. A las consecuencias

⁴⁷ *Ibidem* 40.

⁴⁸ Sánchez P. Mendieta N. Embarazo en la Adolescencia: experiencia de la A. S. C. P. Revista. Col. Obstet Ginecol 1994; 45 (3): 208-212.

⁴⁹ *Ibidem* 43.

⁵⁰ Muñoz M. Prevalencia, causas y peligros del embarazo entre adolescentes: estrategias preventivas. Trabajo presentado en la conferencia andina. Maternidad sin riesgos. Bolivia. 1993.

⁵¹ Monterrosa A. Bello A. Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. Revista Col. Obstet Ginecol 1996; 47(1): 15-22

⁵² Duarte A. Embarazo en adolescentes. En: Ginecología de la niña y la adolescente. 1ra. Edición. Colombia. Salvat Editores. 1988; 443-461.

⁵³ Barrios J. Ramos A. Adolescencia y Embarazo. Aspectos perinatales y socio-económicos. H.M.R.C. Cartagena Colombia. Revista Col. Obstet Ginecol 1993; 44(2): 101-106.

⁵⁴ Barrios J. Adolescencia y Embarazo. Aspectos perinatales. 1er. Seminario Colombiano de sexualidad en adolescentes. 1988; 33-39

⁵⁵ Esparza C; Calle M. Características de las adolescentes obstétricas. Estudio comparativo con pacientes de 19-30 años. Hospital Universitario de Caldas. 1989. Revista Colombiana Obstet Ginecol 1993; 44 (2): 123-126.

⁵⁶ Monterrosa A. Incidencia de parto pretérmino y factores de riesgo. Revista Colombiana Obstet Ginecol. 1991; 42(3): 199-207.

⁵⁷ Monterrosa A. Eclampsia en la Maternidad “Rafael Calvo”. Revista Colombiana Obstet Ginecol 1989; 40 (3): 235-244.

⁵⁸ Monterrosa A. Actitud Obstétrica ante presentación podálica. Acta Médica Cartagena. 1992; 3(3): 68-75.

inmediatas que la maternidad temprana ejerce sobre el hijo, se agregan las consecuencias tardías que significan para la sociedad las alteraciones intelectuales, emocionales y conductuales que frecuentemente desarrollan los hijos no deseados cuando llegan a la vida adulta.⁵⁹

I.7. ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERIA

Hoy en día las enfermeras desempeñan una función más importante en los cuidados prenatales, su principal función es orientar a la futura familia, satisfacer sus necesidades psicológicas, así como realizar una minuciosa y completa evaluación inicial. La enfermera debe transmitir plenamente la idea de que se preocupa por la paciente como persona y que está dispuesta a escuchar y analizar sus preocupaciones y deseos con la finalidad de identificar las áreas en que se necesita orientación y educación.

El profesional de enfermería debe de realizar las siguientes funciones:

- ⇒ Efectuar un interrogatorio prenatal completo.
- ⇒ Explicar los términos obstétricos mas frecuentes en el interrogatorio.
- ⇒ Identificar factores relacionados con el estado general del padre que deben registrarse en el expediente clínico.
- ⇒ Describir los cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y emocionales que acontecen a la mujer embarazada.
- ⇒ Determinar la F.P.P., mediante el uso de la regla de Nägele.
- ⇒ Dar a conocer las complicaciones mas frecuentes que ocurren durante el embarazo.
- ⇒ Identificar los signos de riesgo en la mujer embarazada.
- ⇒ Proporcionar apoyo psicológico a la mujer en estado grávido.

⁵⁹ Ibidem 39.

Es frecuente que la enfermera deba asumir la doble función de maestra y orientadora de las familias que esperan un hijo, para que esto se realice adecuadamente es indispensable que la enfermera establezca una línea de comunicación, la cual se refleja en la plena confianza depositada por la paciente en ella.

Gran parte de las mujeres embarazadas está saludable, de tal manera que el papel de enfermería durante el embarazo es cerciorarse de que todo evoluciona normalmente e identificar problemas que podrían perjudicar el bienestar de la futura madre, el feto y su familia.

CAPITULO II.

Diseño metodológico

CAPITULO II.

Diseño metodológico

II.1. TIPO DE ESTUDIO.-

El problema se aborda de la siguiente manera:

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional de tipo transversal, realizado en el Hospital General de Mazatlán, mismo que cuenta con 120 camas censables, que proporciona atención a la población que no cuenta con una afiliación a una institución de salud, perteneciente a los Servicios de Salud de Sinaloa, atiende a la población del Sur del estado, Norte de Nayarit y Durango.

II.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.-

La población que consideramos para nuestra investigación fueron 100 pacientes adolescentes de 13 a 18 años que fueron atendidas en el servicio de obstetricia y 20 enfermeras que laboran en los diferentes servicios del Hospital General de Mazatlán, Sinaloa.

En el universo estudiado se incluyeron:

- ⇒ Pacientes adolescentes de 13 a 18 años en estado gravídico, que fueron atendidas en el Hospital General, durante el periodo de noviembre de 1999 a mayo del 2000.
- ⇒ Enfermeras tituladas con un mínimo de 2 años de experiencia laboral dentro del Hospital General.

Se excluyeron:

- ⇒ Pacientes adolescentes de 13 a 18 años atendidas en el Hospital General, con residencia en comunidades rurales.

⇒ Personal de enfermería no profesional.

II.3. UNIDAD DE OBSERVACIÓN:

La unidad de análisis fue el expediente clínico.

II.4 . INSTRUMENTOS:

La recolección de la información fue a través de una entrevista directa domiciliaria, la cual fue aplicada a una muestra aleatoria estratificada de adolescentes que correspondió al 20% de la población total estudiada, así mismo se realizó una entrevista a una muestra del personal de enfermería de los diversos turnos que desempeñan funciones en las áreas relacionadas con la atención de la mujer embarazada.

II.5. PROCESO ESTADÍSTICO:

La tabulación de datos se registró en firma manual a través del método de paloteo y posteriormente se vació en matrices previamente elaboradas.

La medición de los hallazgos se realizó por porcentajes.

En el análisis se describieron los resultados que se obtuvieron con una mayor o menor frecuencia y se representaron en gráficas para su discusión, nuestra investigación finalizó con conclusiones y sugerencias.

A continuación se describen los hallazgos encontrados del universo estudiado, plasmando los datos relevantes e importantes en sus respectivos cuadros y posteriormente el análisis de los mismos con sus respectivas gráficas.

CAPÍTULO III.

Resultados

CAPÍTULO III.

Resultados

III.1. DATOS GENERALES:

La presente investigación se realizó en la Ciudad y Puerto de Mazatlán, Sinaloa, donde se consideraron 100 mujeres de 13 a 18 años de edad que fueron atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" en los meses de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000, así como una pequeña muestra de personal de enfermería encontrando datos relevantes e importantes, los cuales se describen a continuación:

En lo que se refiere a la religión, encontramos que el 96% de la población pertenece a la religión católica sólo el 4% a otro tipo de religión. (Ver cuadro No.1) El 46% cuenta con un nivel de estudio primario, el 50% con estudios a nivel secundaria únicamente el 4% con estudios de bachillerato. (Ver cuadro No.2) El 14% son casadas, el 49% vive en unión libre, el 36% es soltera y el 1% es viuda. (Ver cuadro No.3) El 3% aún estudia, el 1% trabaja y el 96% se dedican a realizar las labores propias del hogar (Ver cuadro No.4).

III.2. PRACTICAS SEXUALES:

El 13% inició su vida sexual a los 13 años de edad, el 23% a los 14 años, el 29% a los 15 años, el 20% a los 16 años y el 15% a los 17 años (Ver cuadro No.5). El 94% ha tenido un compañero sexual, el 4% dos compañeros sexuales y el 2% más de dos parejas sexuales (Ver cuadro No.6).

III.3. SALUD PRENATAL:

El 83% fue primigenia, el 15% secundigesta y el 2% multigesta (Ver cuadro No.7). El 61% asistió a control prenatal y el 39% no llevó control prenatal (Ver cuadro No.8). El 35% pertenece a un nivel socioeconómico bajo, el 63% a un nivel medio y el 2% aun nivel alto (Ver cuadro No.9).

III.4. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

En lo que a la menarquia se refiere encontramos que en el 1% fue a la edad de 9 años, el 1% a los 10 años, el 17% a los 11 años, el 35% a los 12 años, el 29% a los 13 años, el 9% a los 14 años, el 7% a los 15 años y el 1% a los 16 años (Ver cuadro No.10). Descubrimos que el 3% tiene un ciclo menstrual menor de 28 días, el 42% de 28 días, el 5% de 29 días, el 46% de 30 días y el 4% es irregular (Ver cuadro No.11). El 90% no utilizó ningún método anticonceptivo al inicio de su vida sexual, mientras que el 10% si lo utilizó (Ver cuadro No.15).

III.5. DINAMICA FAMILIAR Y PLANIFICACION FAMILIAR:

Tenemos que el 55% con hijas de familias integradas y el 45% pertenecen a hogares desintegrados (Ver cuadro No.12). El 75% vivía con su familia (incluyendo abuelos, tíos y padres separados), y sólo el 25% vivía fuera del seno familiar (amigos o conocidos) (Ver cuadro No.13). El 85% no ha recibido información sobre educación sexual, planificación familiar y E.T.S., y el 15% cuenta con sólo un poco de información (Ver cuadro No.14)

III.6. RIESGOS Y COMPLICACIONES:

En la opinión de la adolescente en cuanto al conocimiento sobre embarazo, los cambios ocurridos durante éste y las complicaciones más frecuentes, encontramos que el 50% tiene solo la idea y el 50% desconoce totalmente (Ver cuadro No.16). El 65% ignora la existencia de establecimientos que proporcionan orientación al adolescente, mientras que el 35% conoce la existencia de éstos (Ver cuadro No.17).

CUADRO No.1

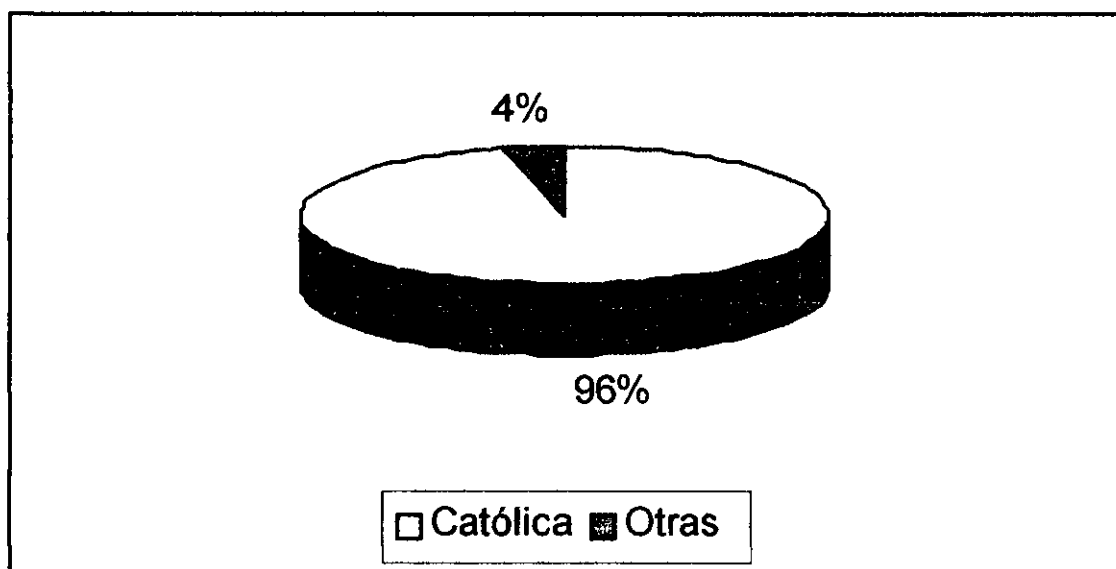
Religión a la que pertenece, la adolescente atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr, Martiniano Carvajal" de Mazatlán Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

RELIGIÓN	TOTAL	%
Católica	96	96%
Otras	4	4%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán - 2000.

GRÁFICA No. 1

Religión a la que pertenece, la adolescente atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr, Martiniano Carvajal" de Mazatlán Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.1

CUADRO No.2

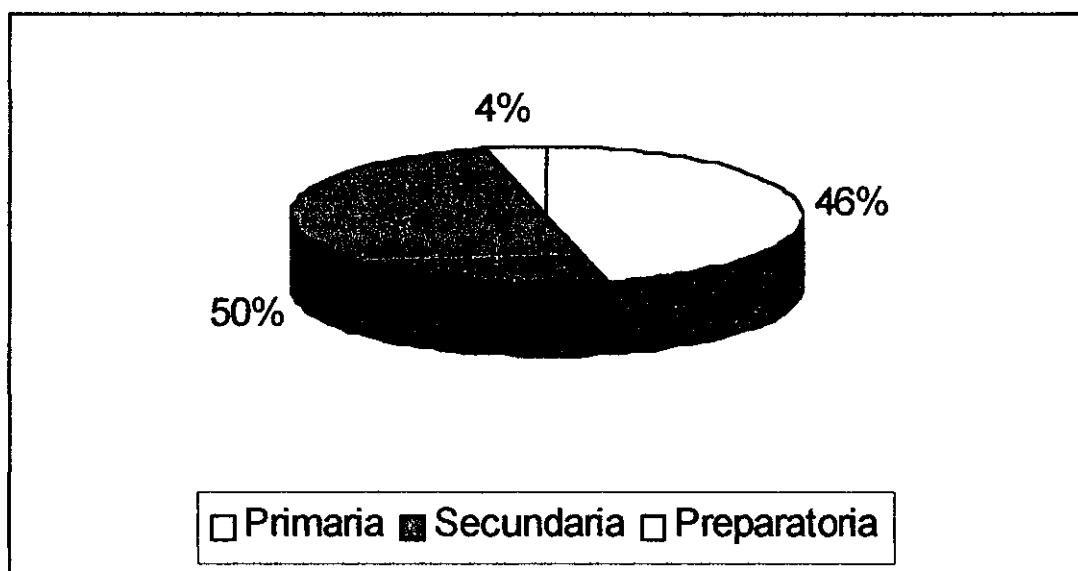
Nivel de escolaridad con que cuenta la adolescente atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa., de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	TOTAL	%
Primaria	46	46%
Secundaria	50	50%
Preparatoria	4	4%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán - 2000.

GRÁFICA No.2

Nivel de escolaridad con que cuenta la adolescente atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa., de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.2

CUADRO No.3

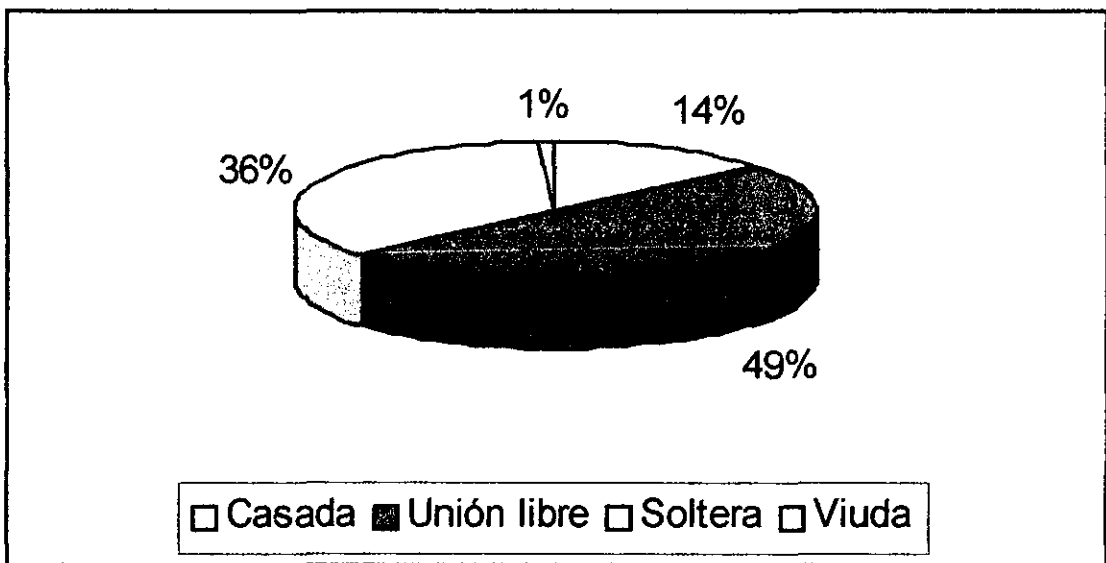
Estado civil de la adolescente atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

ESTADO CIVIL	TOTAL	%
Casada	14	14%
Unión libre	49	49%
Soltera	36	36%
Viuda	1	1%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán - 2000.

GRÁFICA No.3

Estado civil de la adolescente atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.3

CUADRO No.4

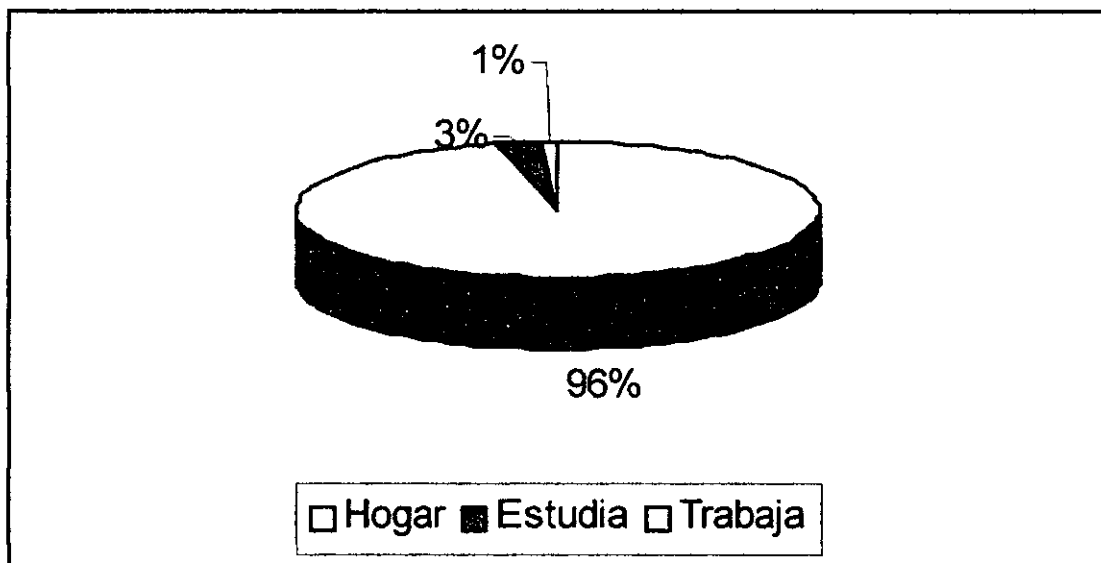
Ocupación de la adolescente atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

OCUPACIÓN	TOTAL	%
Estudia	3	3%
Trabaja	1	1%
Hogar	96	96%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán - 2000.

GRÁFICA No.4

Ocupación de la adolescente atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.4

CUADRO No.5

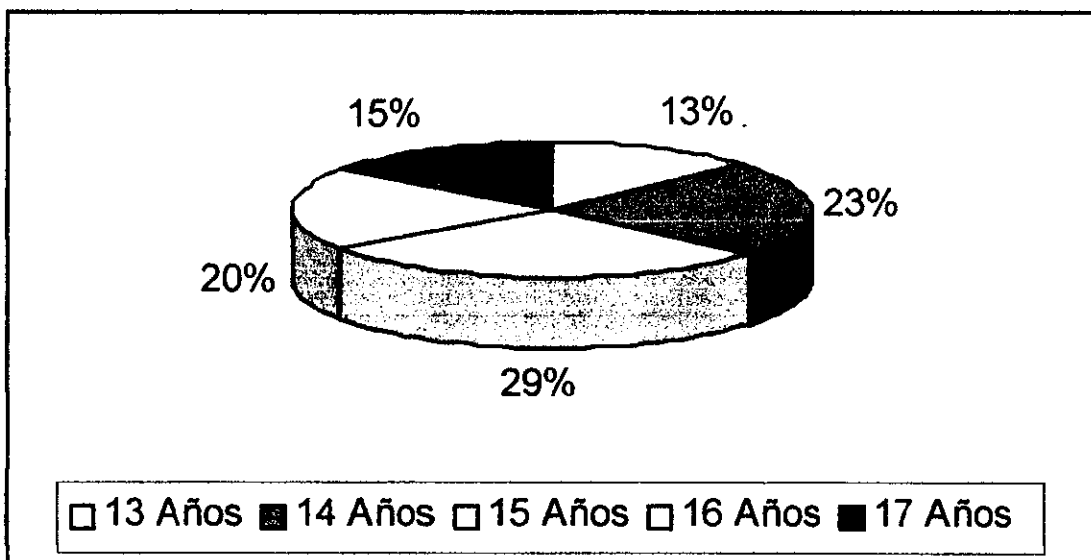
Edad en que inició su V.S.A; la adolescente atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

EDAD DE I.V.S.A.	TOTAL	%
13 Años	13	13%
14 Años	23	23%
15 Años	29	29%
16 Años	20	20%
17 Años	15	15%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán - 2000.

GRÁFICA No.5

Edad en que inició su V.S.A; la adolescente atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.5

CUADRO No.6

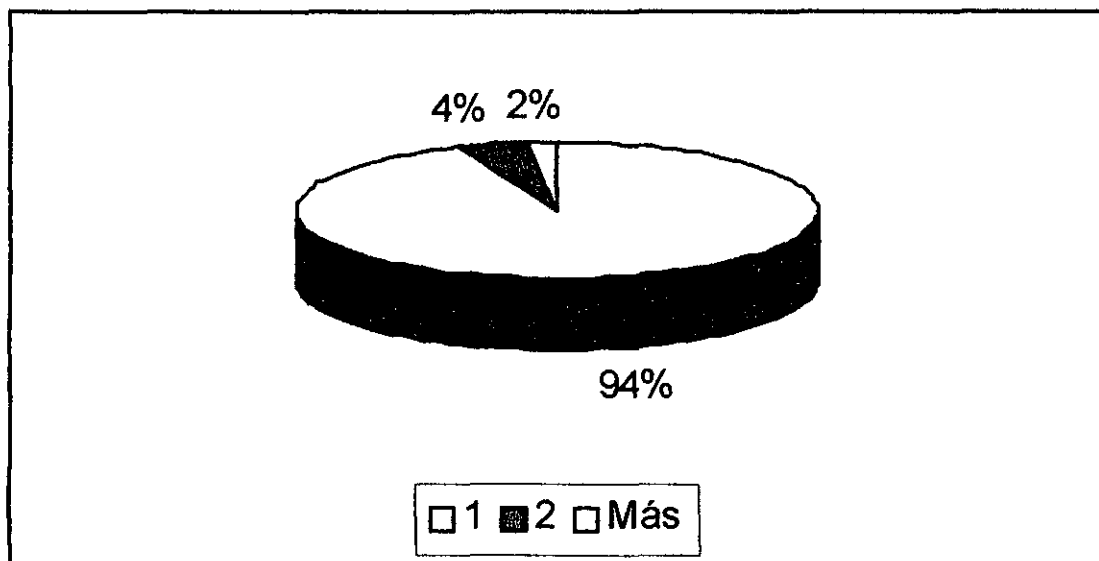
Número de compañeros sexuales que ha tenido la adolescente, atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	TOTAL	%
1	94	94%
2	4	4%
Más	2	2%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán - 2000.

GRÁFICA No.6

Número de compañeros sexuales que ha tenido la adolescente, atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.6

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO No.7

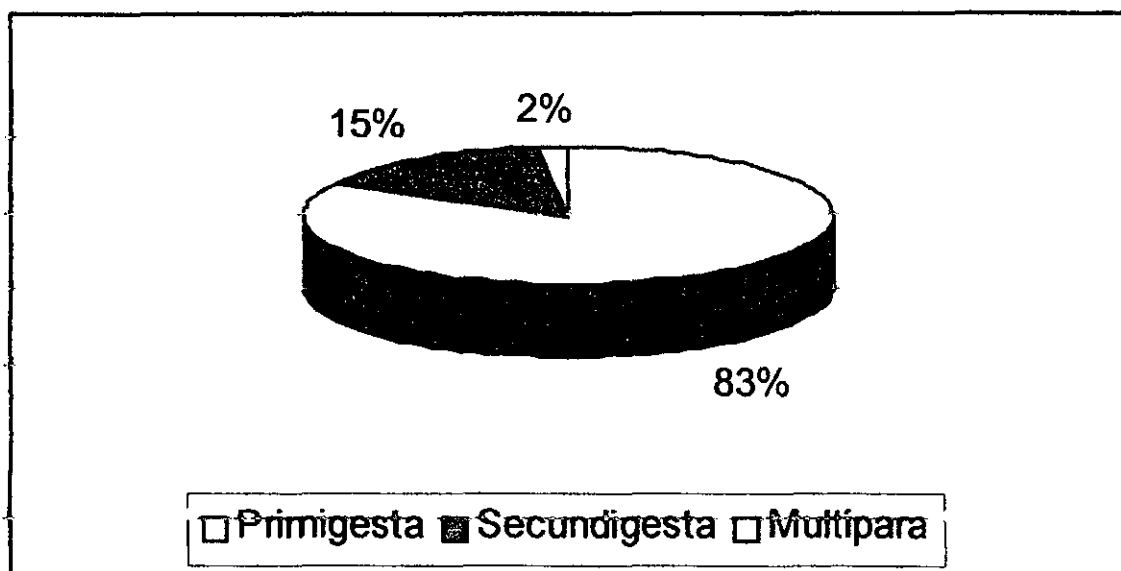
Relación de embarazos de las adolescentes, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

PARIDAD	TOTAL	%
Primigesta	83	83%
Secundigesta	15	15%
Múltipara	2	2%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán - 2000.

GRÁFICA No.7

Relación de embarazos de las adolescentes, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.7

CUADRO No.8

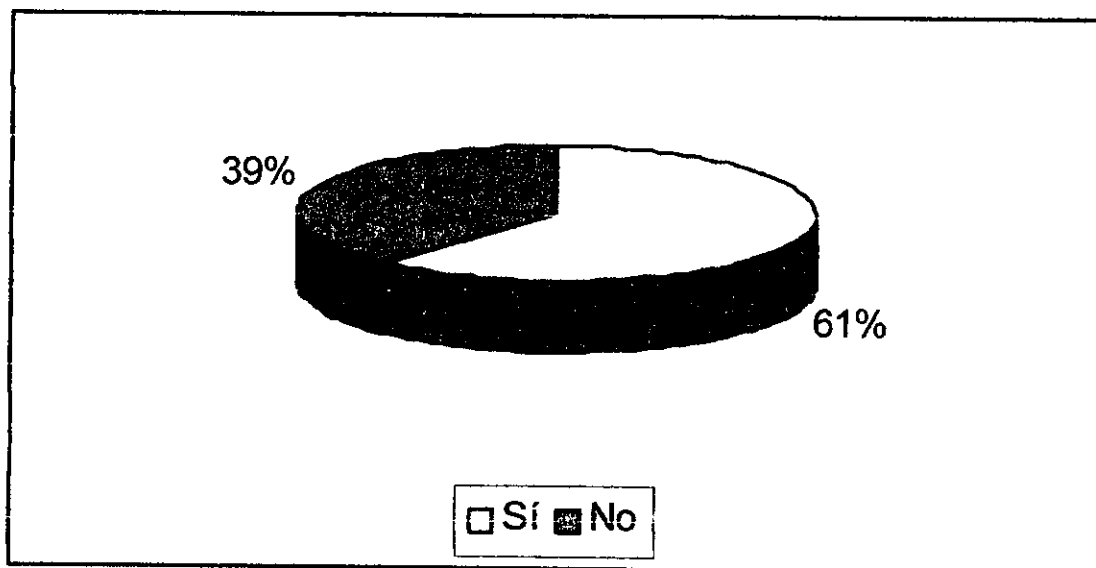
Porcentaje del control prenatal de las adolescentes, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

CONTROL PRENATAL	TOTAL	%
Sí	61	61%
No	39	39%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán - 2000.

GRÁFICA No.8

Porcentaje del control prenatal de las adolescentes, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.8

CUADRO No.9

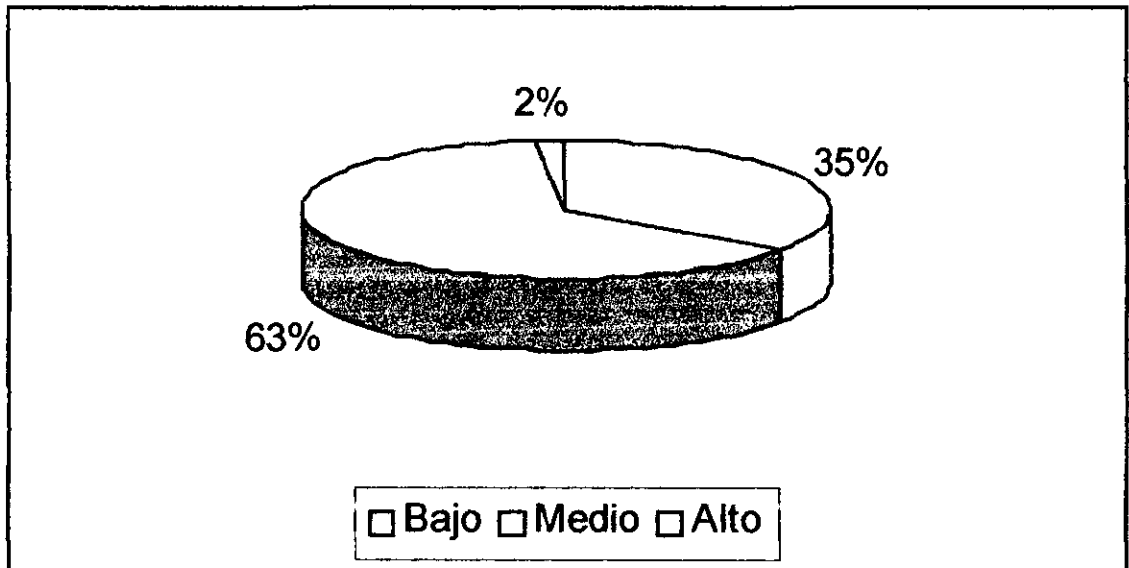
Nivel socioeconómico al que pertenecen las adolescentes, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

NIVEL SOCIOECONÓMICO	TOTAL	%
Bajo	35	35%
Medio	63	63%
Alto	2	2%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán - 2000.

GRÁFICA No.9

Nivel socioeconómico al que pertenecen las adolescentes, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.9

CUADRO No.10

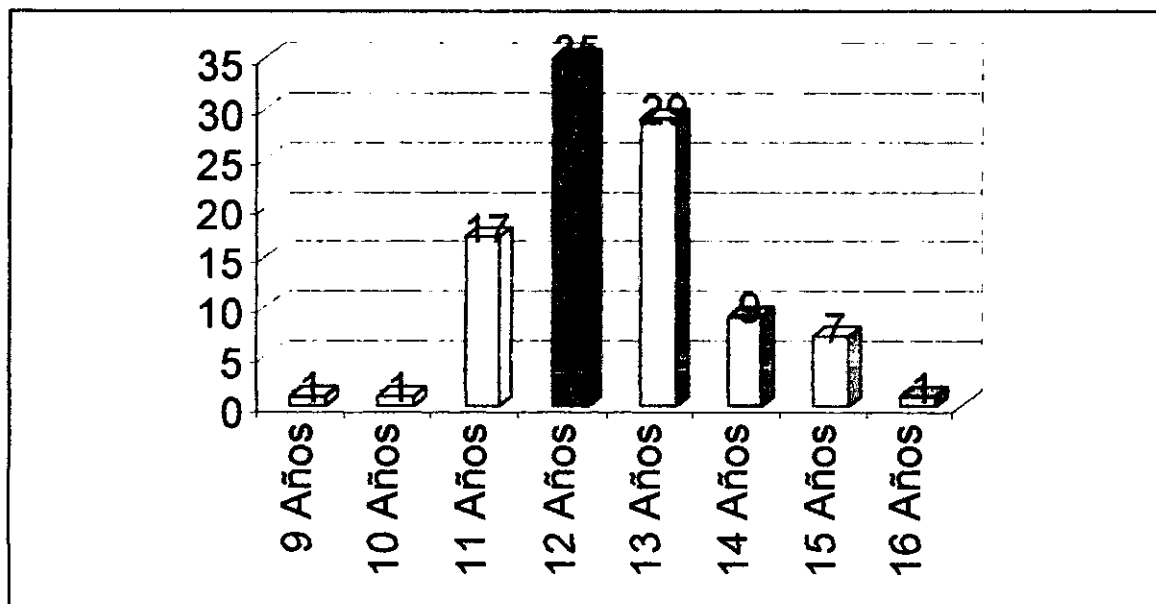
Menarquia de las adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

EDAD DE LA MENARQUIA	9 Años	10 Años	11 Años	12 Años	13 Años	14 Años	15 Años	16 Años	TOTAL
Total	1	1	17	35	29	9	7	1	100
%	1%	1%	17%	35%	29%	9%	7%	1%	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán-2000.

GRÁFICA No.10

Menarquia de las adolescentes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.10

CUADRO No.11

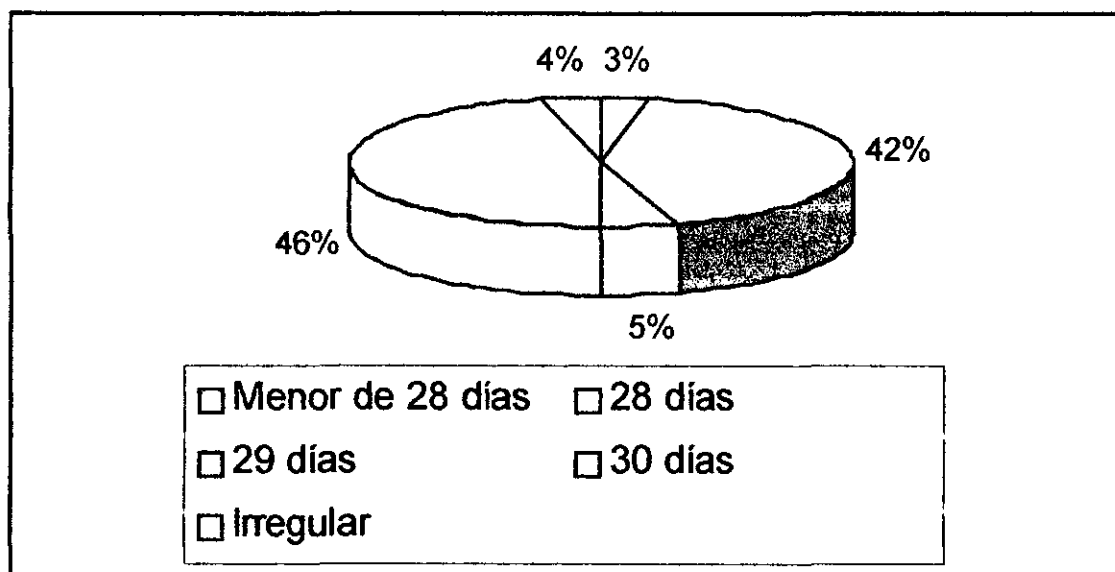
Ciclo menstrual de la adolescente, atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

CICLO MENSTRUAL	TOTAL	%
Menor de 28 días	3	3%
28 días	42	42%
29 días	5	5%
30 días	46	46%
Irregular	4	4%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán - 2000.

GRÁFICA No.11

Ciclo menstrual de la adolescente, atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.11

CUADRO No.12

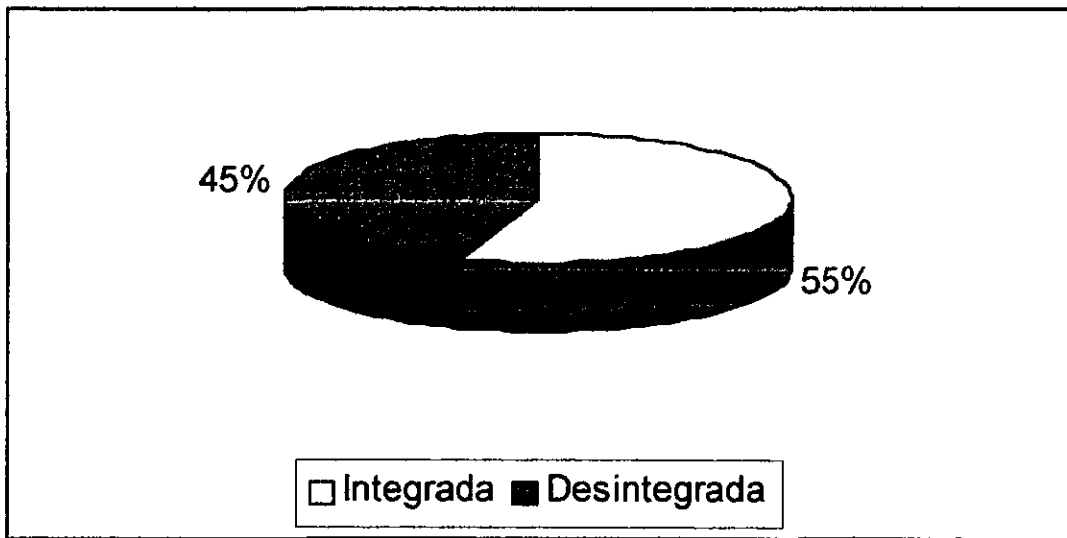
Tipo de familia a la que pertenece la adolescente, atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

FAMILIA	TOTAL	%
Integrada	55	55%
Desintegrada	45	45%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán-2000.

GRÁFICA No.12

Tipo de familia a la que pertenece la adolescente, atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No. 12

CUADRO No.13

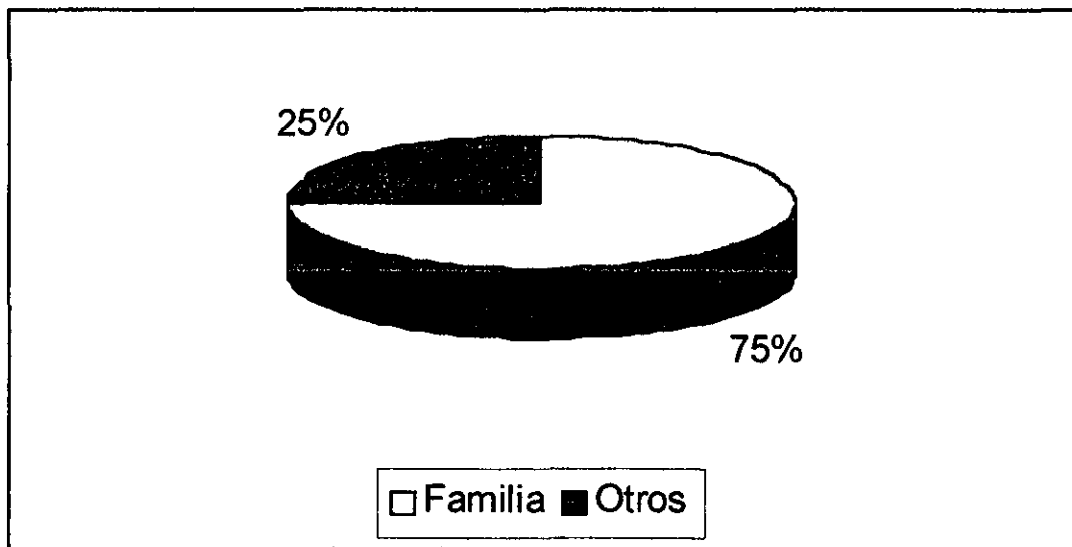
Ámbito en el cual vivía la adolescente, atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

RESIDENCIA	TOTAL	%
Familia	75	75%
Otros	25	25%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán-2000.

GRÁFICA No.13

Ámbito en el cual vivía la adolescente, atendida en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa, de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.13

CUADRO No.14

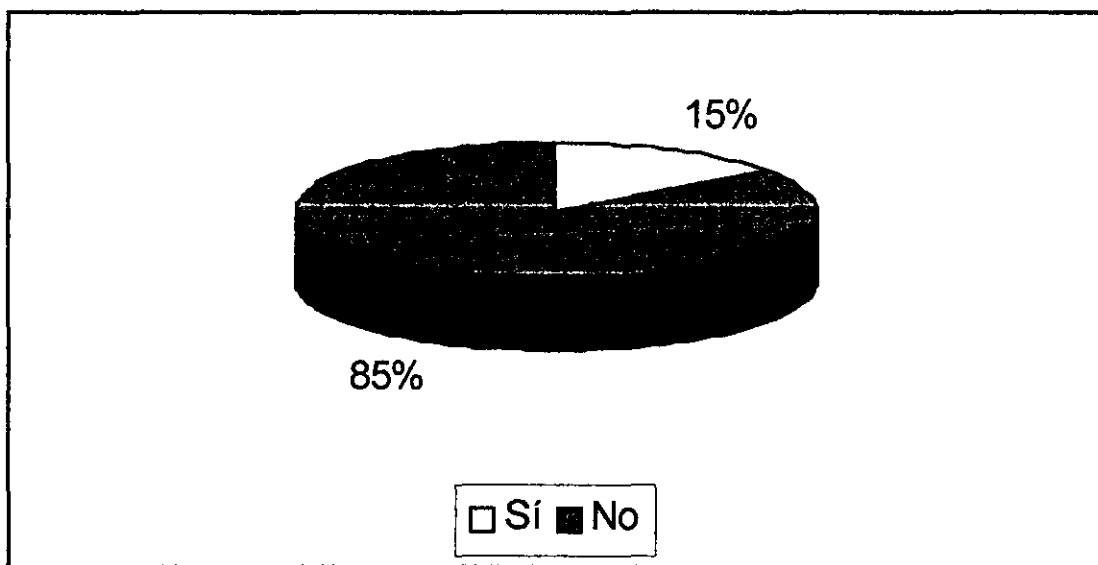
Relación de las adolescentes , atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán ,Sinaloa; que cuentan con orientación sobre educación sexual, planificación familiar y E.T.S., de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

ORIENTACIÓN	TOTAL	%
Sí	15	15%
No	85	85%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H: G. Mazatlán-2000.

GRÁFICA No.14

Relación de las adolescentes , atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán ,Sinaloa; que cuentan con orientación sobre educación sexual, planificación familiar y E.T.S., de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.14

CUADRO No.15

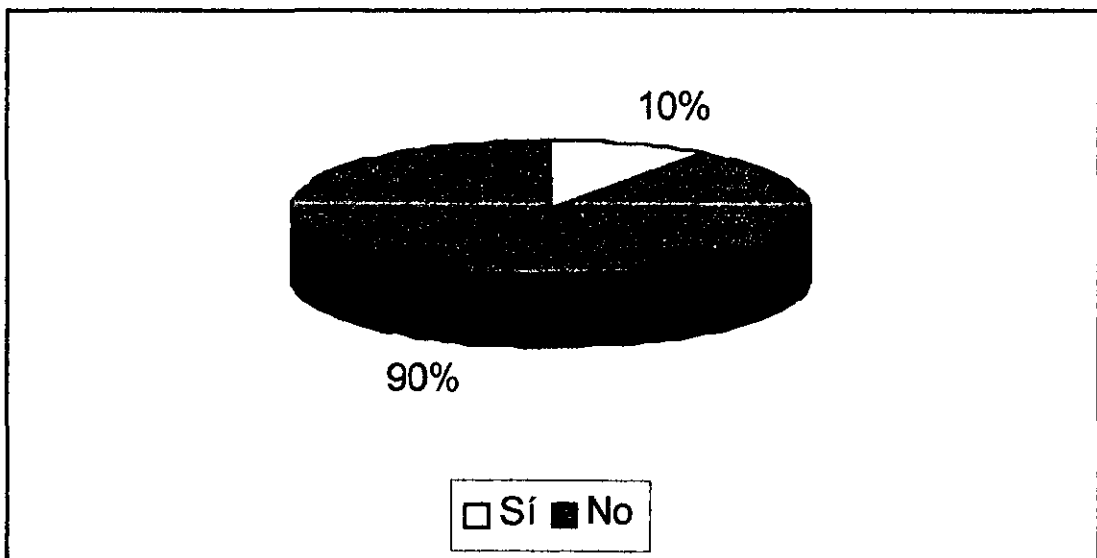
Adolescentes que utilizaron algún método anticonceptivo al inicio de su V.S.A., atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	TOTAL	%
Sí	10	10%
No	90	90%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán-2000.

GRÁFICA No.15

Adolescentes que utilizaron algún método anticonceptivo al inicio de su V.S.A., atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.15

CUADRO No.16

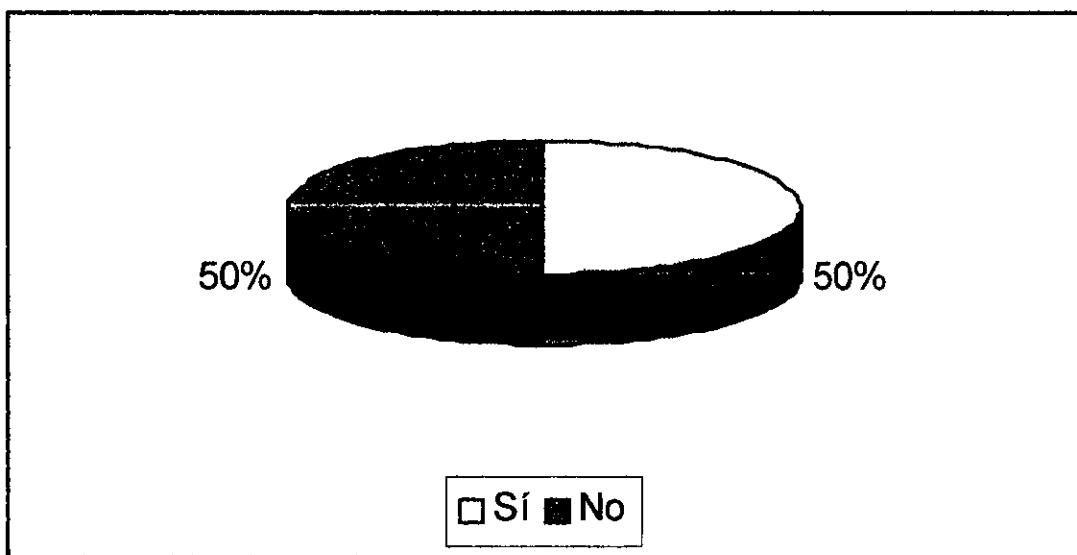
Relación de las adolescentes, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa; que tienen conocimiento sobre embarazo, los cambios y complicaciones ocurridos en el mismo., de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO	TOTAL	%
Sí	50	50%
No	50	50%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán-2000.

GRÁFICA No.16

Relación de las adolescentes, atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa; que tienen conocimiento sobre embarazo, los cambios y complicaciones ocurridos en el mismo., de Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.16

CUADRO No.17

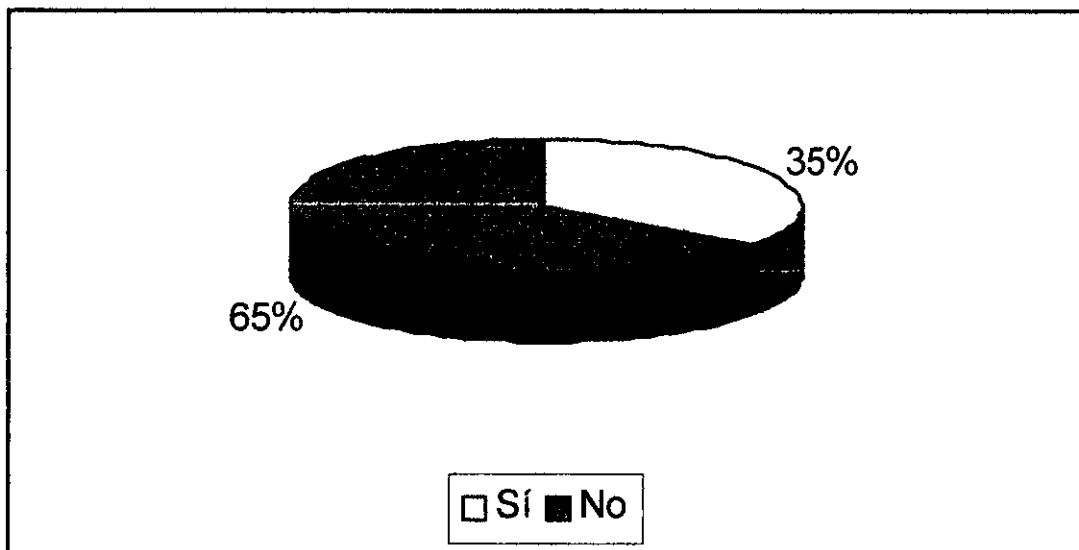
Adolescentes atendidas, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa; que saben que existen módulos de atención al adolescente. Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.

CONOCE LA EXISTENCIA DE MÓDULOS DE ATENCIÓN AL ADOLESCENTE	TOTAL	%
Sí	35	35%
No	65	65%
TOTAL	100	100%

FUENTE: 100 Encuestas aplicadas a adolescentes atendidas en el H.G. Mazatlán-2000.

GRÁFICA No.17

Adolescentes atendidas, en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General "Dr. Martiniano Carvajal" de Mazatlán, Sinaloa; que saben que existen módulos de atención al adolescente. Noviembre de 1999 a Mayo del 2000.



FUENTE: Cuadro No.17

III.7. DISCUSION Y ANALISIS.

En principio, toda adolescente en nuestra cultura corre el riesgo de embarazarse, normalmente no se toma en cuenta la problemática que esto conlleva. En particular la madre adolescente de nuestra cultura no ha integrado suficientemente su identidad personal y, menos aún, su identidad como mujer-posible-madre, debido a que su organismo biológicamente aún no está apto, lo que predispone a una mayor incidencia de problemas relacionados con el embarazo, el parto y la lactancia.

El aborto espontáneo o intencional se da con mayor frecuencia en la edad adolescente, en esta etapa es difícil que exista una figura de apoyo y contención estable, o bien no existe con suficiente continuidad y coherencia una pareja afectiva y sexual.

Las adolescentes de hoy crecen rodeadas de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptadas y a veces, esperadas.

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre comportamiento sexual responsable e información clara y específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (embarazo y E.T.S). Por lo tanto la mayor parte de la "educación sexual" que las adolescentes reciben proviene de fuentes desinformadas.

Las adolescentes que toman la decisión de iniciar su V.S.A., se limitan a opciones anticonceptivas proporcionadas por sus compañeros, influencias paternas, culturales, políticas, financieras y religiosas.

En el estudio realizado se detectó que a menor grado de escolaridad existe un mayor índice de embarazos, lo que confirma nuestro supuesto básico número 1.

Del total de las entrevistadas encontramos un alto porcentaje de adolescentes que viven en unión libre; esto relacionado con el grado de inmadurez emocional, característico del adolescente reflejada por una inestabilidad emocional.

La investigación efectuada nos manifiesta claramente que existe gran incidencia de adolescentes desempleadas, originado por sus edad, aún cuando cuentan con la responsabilidad de cubrir las necesidades básicas de su hijo.

Así mismo consideramos que es sumamente indispensable, proporcionar educación a la adolescente en materia de salud reproductiva, control prenatal y embarazo oportunamente, ya que existe un índice elevado de desconocimiento con respecto a los temas antes mencionados, lo cual reafirma nuestro supuesto básico número 3.

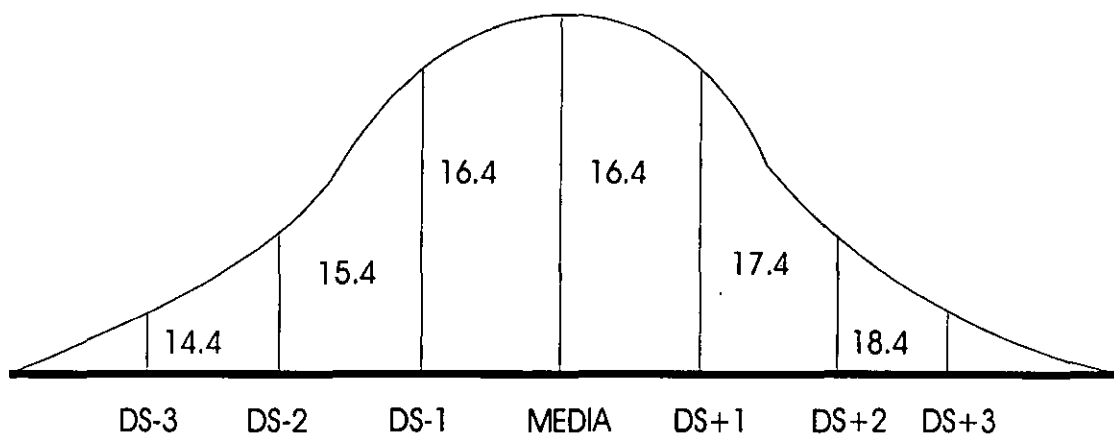
En el universo estudiado se identificó que el mayor porcentaje pertenece a un nivel socioeconómico bajo, relacionándolo con el supuesto básico número 1.

Refiriéndonos al ámbito familiar, encontramos que existe una mínima diferencia entre las adolescentes que pertenecen a una familia integrada y las que no, esto significa que el seno familiar, no es un factor determinante para que se dé el embarazo en adolescentes, sin embargo, consideramos que la comunicación existente en el mismo sí lo es, confirmando el supuesto básico número 2.

En el estudio practicado es claramente evidente, que el mayor porcentaje de las adolescentes no toman medidas contraceptivas al iniciar su V.S.A; lo cual repercute considerablemente en el alto índice de adolescentes embarazadas.

En base a nuestra investigación encontramos que el rango del grupo de edad es de 13 a 18 años; la moda es de 18 años; la mediana de 16 años y la media de 16.4 años.

La curva normal y las desviaciones estándares.



Para el desarrollo de ésta investigación tomamos una muestra aleatoria estratificada del personal de enfermería, aplicándole una entrevista directa obteniendo los siguientes resultados:

En lo que respecta a la pregunta No. 1 el 45% del personal de enfermería, sabe de la existencia de programas de educación sexual dirigidos a adolescentes a nivel nacional, mientras que el 55% desconoce la existencia de éstos. Por otro lado encontramos que el 45% del profesional de enfermería ignora que el hospital cuenta con dichos programas, así mismo el 55% sabe que se llevan a cabo. La entrevista realizada nos manifiesta que el 45% de las enfermeras tienen idea de lo que es el embarazo, en tanto el 55% no tiene

conocimiento de ello. De igual manera encontramos que el 40% del personal conoce los diferentes métodos anticonceptivos, y el 60% solamente algunos de ellos. Así mismo constatamos que el 100% del personal de enfermería conoce los riesgos que representa para la salud de las adolescentes un embarazo en éste periodo de la vida. Del total de las entrevistas aplicadas al profesional de enfermería encontramos que el 50% se considera capacitado para proporcionar información a la adolescente embarazada, mientras que el 50% restante no cree estar capacitado para llevar a cabo ésta actividad. Por otro lado tenemos que el 15% del personal no considera el embarazo en adolescentes como un problema de salud a nivel mundial, y el 85% lo ve de ésta manera. El 25% de las enfermeras entrevistadas no relaciona de manera directa el índice de abortos clandestinos con los embarazos en adolescentes, no obstante el 75% considera que existe vinculación evidente en lo antes mencionado.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Consideramos que las limitaciones que implica una investigación de tipo descriptivo, impide un análisis profundo de ciertas variables no contempladas en el diseño meteorológico.

Exceptuando lo anterior expuesto, concluimos que nuestro objetivo general fue alcanzado, debido a que, se identificaron, analizaron y plasmaron cuales son los factores que intervienen de manera importante en el embarazo de mujeres adolescentes como son: nivel socio-económico bajo, por consiguiente nivel de educación de igual manera, I.V.S.A precoz, comunicación familiar deficiente, ignorancia de la existencia de programas de educación sexual dirigidos a adolescentes por parte del personal de enfermería, desconocimiento sobre educación sexual, embarazo y planificación familiar del profesional de enfermería.

Los objetivos específicos fueron cubiertos parcialmente, excluyendo la relación entre la violación y el embarazo en adolescentes, puesto que en la población investigada no se reportan datos relevantes en este aspecto.

Así mismo, los supuestos básicos fueron confirmados, a excepción el de: un gran número de embarazos en adolescentes; son producto de una violación. De igual manera creemos que es importante el papel que la enfermera puede desempeñar, si cuenta con la capacitación adecuada, en la disminución del índice de embarazos en la población adolescentes y las repercusiones que ello representa.

Se concluye que las adolescentes más pobres comparten las pocas posibilidades de recibir educación con índices más altos de fecundidad y en consecuencia más pobreza y más altos riesgos de muerte materna y neonatal.

La adolescencia es una etapa de la vida en la cual se consolida la identidad sexual. Es una época de cambios, de transformaciones físicas y psicológicas; también es un periodo en el cual es difícil encontrar un entorno social favorable para la maduración de éstos fenómenos. Los mensajes para los adolescentes han ido variando, desde una posición muy restrictiva y severa hasta una permisiva, en lo que se refiere a valores y pautas de comportamiento.

Sin embargo, persisten enormes contradicciones: el adolescente no tiene muchas oportunidades para integrarse en un sector productivo que le permita la independencia económica y la satisfacción de sus necesidades; idealmente, debe dedicarse al estudio y a la preparación de su futura vida productiva. No obstante, de las jóvenes que acuden a los hospitales, es muy bajo el porcentaje de las que están dentro del sistema escolar formal.

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedar embarazadas incluyen: los tempranos contactos sexuales, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos; la falta de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias. Vivir en comunidades donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma mas que como una causa para su interés. Así mismo como ya se mencionó anteriormente crecer en condiciones empobrecidas; o cuando sus madres a su vez han dado a luz antes de los 19 años de edad.

PROPUESTAS

PROPUESTAS

De acuerdo con la información obtenida, es sumamente importante proporcionarle a los adolescentes educación y orientación integral sobre sexualidad, salud sexual y salud reproductiva en las aulas, o bien desde otros ámbitos sociales, en un ambiente que favorezca el cambio de actitud para la vida en familia, concientizando a las mujeres jóvenes, sobre la importancia de concebir un hijo en el momento oportuno.

Capacitación del personal de los diferentes centros en el tema de adolescencia y su óptima atención.

Implementar programas o cursos-talleres en todos los niveles de atención dirigidos al personal médico y paramédico, basados en un programa integral para la atención de la joven embarazada.

Crear grupos de apoyo en los cuales se dé instrucción o capacitación a la madre adolescente, para el desempeño de una actividad, la cual influya de manera determinante en su futura vida productiva.

Impulsar la colaboración del profesional de enfermería en la atención dirigida a los adolescentes, dándoles a conocer la importancia de su participación en la disminución en el índice de embarazos, en esta etapa de la vida.

Crear conciencia de lo indispensable que es llevar a cabo los programas de promoción a la salud a nivel comunitario existentes, fomentando el apoyo familiar y social, que requiere el adolescente, por el sólo hecho de encontrarse en éste difícil periodo de la vida.

Dar a conocer los programas del paquete básico, con que cuentan los centros de atención dirigidos a los adolescentes.

GLOSARIO

GLOSARIO

ABORTO:

Nacimiento que ocurre antes del término de la semana 20 de gestación.

ACCEDER:

Consentir en lo que otro quiere; ceder uno en su parecer, condescender.

COMPAÑERO SEXUAL:

Persona que acompaña a otra para realizar el acto sexual.

COMPLEMENTAR:

Agregar lo que hace falta a una cosa para completarla.

CONTRACEPCIÓN:

Limitación voluntaria de la fecundidad utilizando métodos anticonceptivos.

CONTROL PRENATAL:

Coordinación de la conducta que existe o se produce antes del nacimiento.

CONVENCIONAL:

Relativo al convenio o pacto; que resulta o se establece en virtud de precedentes o de costumbres.

EDUCACIÓN:

Acción y efecto de educar.

EMBARAZO:

Estado de la mujer, que comprende desde la fecundación del óvulo hasta el parto.

ESCOLARIDAD:

Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

ESTADO CIVIL:

Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

EXPEDIENTE CLINICO:

Documento legal integrado por un conjunto de papeles correspondientes a los datos personales de un individuo.

FAMILIA:

Personas emparentadas entre sí que viven juntas.

FETAL:

Relativo al feto.

FETO:

Producto de la concepción de una hembra vivípara.

FOLÍCULO:

Formación con morfología y funciones variables, que rodea o protege distintos órganos.

FUNCIÓN:

Actividad de un órgano o aparato de los seres vivos.

GESTACION:

Número de semanas desde la última menstruación.

GRÁVIDA:

Término que califica a cualquier embarazo, sin importar su duración, incluido el actual.

INFANCIA:

Primera etapa en el desarrollo físico e intelectual de un ser humano, que dura hasta la pubertad.

MULTIGESTA:

Mujer que está en su segundo o ulteriores embarazos.

MULTÍPARA:

Mujer que ha tenido dos o más partos al cabo de más de 20 semanas de gestación.

NIVEL SOCIO-ECONOMICO:

Cantidad de bienes y servicios con los que cuenta un ser humano.

NOMBRE:

Palabra que se apropia o se da a una persona.

OCUPACION:

Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.

ORIGEN:

Principio, nacimiento, manantial, raíz y causa de una cosa.

PARIDAD:

Se refiere a los partos después de las 20 semanas de gestación, numerados sucesivamente.

PARTO DE POSTÉRMINO:

El que ocurre al cabo de 42 semanas de gestación.

PARTO DE PRETÉRMINO:

El que ocurre después de 20 semanas de gestación y antes de que se complete la semana 37.

PRIMIGESTA:

Mujer que se embaraza por primera vez.

PRIMÍPARA:

Mujer que ha dado a luz a un recién nacido de más de 20 semanas de gestación, sin importar si nació muerto o vivo.

RELIGION:

Conjunto de creencias, mitos o dogmas acerca de la divinidad y de prácticas rituales para darle culto.

SALUD:

Estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

SEXUALIDAD:

Conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas que caracterizan a cada sexo.

TÉRMINO:

Duración normal del embarazo.

TOXICOMANIA:

Estado de intoxicación crónica por consumo reiterado de alguna droga natural o sintética, caracterizado por una dependencia psíquica o física.

VIDA SEXUAL:

Etapas en la cual un ser humano se desarrolla sexualmente.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Abma, J., Chandra, A., Mosher, W., Peterson, L., y Piccinino, L. (1997). La fecundidad, la planificación familiar y la salud de la mujer: Datos nuevos de la encuesta 1995 National Survey of Family Growth. (DHHS Publication No. (PHS) 97-1995). Vital and Health Statistics: 23(19).
- American Academy of Pediatrics. Caring for your adolescent. New York: Bantam Books 1991.
- Antología. Obstetricia I.D.R. División Universidad Abierta. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM. 2da. Edición, 1996. Págs: 731.
- Antología. Obstetricia II. D.R. División Universidad Abierta. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM. 3ra. Edición, 1998. Págs: 457.
- Antología. Seminario de Tesis. D.R. División Universidad Abierta. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM. 4ta. Edición. Feb. 2000. Págs:248.
- Armells M, Prats R, Arnau J, Salleras LI. Evolución de los embarazos entra las adolescentes de Cataluza (1987-1992). Atención primaria 1995, 16,8.
- Atkin L. Alatorre J. From mother to daughter: Intergenerational transmission of adolescent pregnancy in México City. Washington, D.C.: The Population Council & International Center for Research on Women, 1993.

- Atkin L, Givaudan M. Perfil psicosocial de la adolescente embarazada mexicana. En: Karchmer S. Ed. Temas selectos de la reproducción humana. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1989.
- Barrios J. Ramos A. Adolescencia y Embarazo. Aspectos perinatales y socio-económicos. H.M.R.C. Cartagena Colombia. Revista Col. Obstet Ginecol 1993; 44(2).
- Barrios J. Adolescencia y Embarazo. Aspectos perinatales. 1er. Seminario Colombiano de sexualidad en adolescentes. 1988.
- Biblioteca del congreso nacional de chile 1997.
- Bobadilla JL, Schlaepfer L, Alagón J. Family formation patterns and child mortality in México. Nueva York: The Population Council & Demographic and Health Surveys, Institute for Resource Development/Micro Systems, Inc., 1990.
- Bowlby, J. (1968). El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Bowlby, J. (1968). La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Brgin D. Repercusiones de la pubertad con respecto a la relación padre-hijo. *Confrontations Psychiatriques* 1987,24.
- Buvinic M, Valenzuela JP, Molina T, González E. The fortunes of adolescent mothers and their children: A case study of the transmission of poverty in

- Santiago, Chile. Washington, D.C.: The Population Council & International Center for Research on Women, 1992.
- Consejo Nacional de Población. Indicadores básicos de salud reproductiva y planificación familiar. México, D.F.: CONAPO, 1996.
 - Day, J.C. (1996). Proyecciones poblacionales de Estados Unidos por edad, sexo, raza y origen hispano: 1995 a 2050. *Current Population Reports*: páginas 25 a 1130.
 - Diccionario de sinónimos y antónimos. Océano Grupo Editorial, S.A. Edición 2000. Págs:1004.
 - Diccionario Enciclopédico. Océano uno. Océano Grupo Editorial, S.A. Edición 2000. Págs:1784.
 - Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Comunidad Autónoma de Madrid. Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Madrid: Documentos de Salud Pública, 1993.
 - Dolto, F (1988). La causa de los adolescentes. Barcelona: Seix Barral 1990.
 - Duarte A. Embarazo en adolescentes. En: Ginecología de la niña y la adolescente. 1ra. Edición. Colombia. Salvat Editores. 1988.
 - Earl. R. Babbie. Métodos de investigación por encuesta. Fondo de cultura económica, S.A. de C.V. 1ra. Edición, año 1988. Págs:439.
 - El Manual Merck. Décima Edición. Ediciones Harcourt, S.A. 1999. Págs:2828.

- Erikson EH (1963). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós, 1980.

- Esparza C; Calle M. Características de las adolescentes obstétricas. Estudio comparativo con pacientes de 19-30 años. Hospital Universitario de Caldas. 1989. *Revista Colombiana Obstet Ginecol* 1993; 44 (2).

- Estimado al 1º de noviembre de 1998. Yax, L.K. (28 de diciembre de 1998). Población residente en Estados Unidos: Estimado, por sexo, raza y origen hispano, con edades medias. [En línea] U.S. Bureau of the Census. Acceso: www.census.gov/population/estimates/nation/intfile3-1.txt

- Farre Marti J.M., et.all. *Enciclopedia de la sexualidad*. Ediciones Océano, S.A. Tomo I. Págs:159. Tomo II. Págs:160. Tomo III. Págs:160. Tomo IV. Págs:160.

- Fernández – Paredes F, Ávila – Reyes MA, Castro – García MA, Montiel Martín – Blanco E, Gódinez – González ME. Problemas perinatales del embarazo en edad precoz. *Rev. Salud DF* 1995;3(3).

- Fernández – Paredes F, Castro – García M, Ávila – Reyes M, Montiel Martín – Blanco E, Godínez – González ME, Fuentes – Aguirre S. Características sociofamiliares y consecuencias en la salud materno – infantil del embarazo en edad precoz. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1996;53(2).

- Fundación Vidal y Barraquer – Prez-Testor C. et. al. *Nous models de familia en l'entorn urb.* Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Bienestar Social, 1994.

- Furstenberg FF, Brooks – Gunn J, Morgan SP. Adolescent mothers and their children in later life. *Fam Plann Perspect* 1987;19(4).
- Gabinet d'Estudis Socials. Enquesta a la Juventut de Catalunya 1990. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Presidencia, 1991.
- Geronimus A, Koreman S. The socioeconomic consequences of teen childbearing reconsidered. *Q J Econ* 1992;CVII(4).
- Hauser D, Michaud PA. Does condom-promoting strategy (two swis STAP-AIDS) modify sexual behavior among adolescents? *Pediatrics* 1994,93.
- Hobcraft JN, McDonald JW, Rutstein SD. Demographic determinants of infant and early child mortality: A comparative analysis. *Popul Stud* 1985;39.
- Información para la Familia se desarrolla y distribuye por la American Academy of child end Adolescent Psychiatry (AACAP). Las hojas de información pueden ser reproducidas para uso personal o educativo sin necesidad de una autorización escrita previa, pero no pueden incluirse en material que sea para la venta. Para ordenar la serie completa de las hojas de información, comuníquese con Public Información, 1,800.333.7636.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XI Censo General de Población y Vivienda 1990. Resumen General. México, D.F.: INEGI, 1992.

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992. Metodología y Tabulados. México, D.F.: INEGI, 1994:418.
- Kumate J. La fecundidad en los adolescentes de México. En: Memoria. Conferencia Internacional sobre Fecundidad en Adolescentes en América Latina y el Caribe. México, D.F.: Pathfinder Fund & Population Council, 1991.
- La American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) representación sobre 6,500 psiquiatras de niños y adolescentes (psiquiatras infantiles) quienes son médicos con por lo menos cinco años de entrenamiento adicional en psiquiatría general (de adultos) y psiquiatría de niños y adolescentes (psiquiatría infantil) luego de terminar su grado de medicina.
- La distribución gratuita de las hojas de información es un servicio público de la AACAP Special Friends of Children Fund. Favor de hacer su donativo deducible de impuestos al AACAP Special Friends of Children Fund y apoyar este programa para su diseminación pública (AACAP, Special Friends of Children Fund, P.O. Box 96106, Washington, D.C. 20090). No. 2 (Revisado 4/98).
- L.M. Hellman, J.A. Pritchard, Williams. Obstetricia. Editorial Salvat. 2da. Edición.
- Las tasas se han redondeado al entero más proximo. Ventura, S.J., Martín, J.A., Curtin, S.C., y Mathews, T.J.(1999). Disminuciones en las tasas de

natalidad adolescentes, 1991 al 97: patrones nacionales y estatales. National Vital Statistics Reports: 47(12).

- Lasa A, González F. El niño en la familia monoparental. FMC 1996.
- Manlove, J., & Terry, E. (February 1999). Trends in sexual activity and contraceptive use among teens. Presentación y trabajo de fondo para *Mensajeros y métodos para el nuevo milenio: mesa redonda sobre adolescentes y anticonceptivos*, coasupiciado por The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy y Advocates for Youth.
- Meissels SJ y Shonkoff JP (comps). Handbook of Early Childhood Intervention. Cambridge: Press Sybdic of the University of Cambridge, 1990.
- Monterrosa, A. Adolescencia: Anticoncepción y embarazo. Tribuna médica 1996; 94 (4).
- Monterrosa A. Actitud Obstétrica ante presentación podálica. Acta Médica Cartagena. 1992; 3(3).
- Moterrosa A. Eclampsia en la Maternidad "Rafael Calvo". Revista Colombiana Obstet Ginecol 1989; 40 (3).
- Monterrosa, A. Embarazo en adolescentes. El drama de las niñas-madres. Revista Planificación, Población y Desarrollo. 1993; 10(22).
- Monterrosa A. Incidencia de parto pretérmino y factores de riesgo. Revista Colombiana Obstet Ginecol. 1991; 42(3).

- Monterrosa A. Bello A. Atención obstétrica en adolescentes menores de 15 años. *Revista Col. Osbtet Ginecol* 1996; 47(1).
- Moore, K. A., Driscoll, A.K., y Lindberg, L.D. (1998). *Un retrato estadístico del sexo, los anticonceptivos y la maternidad entre adolescentes*. Washington, DC: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Muñoz M. Prevalencia, causas y peligros del embarazo entre adolescentes: estrategias preventivas. Trabajo presentado en la conferencia andina. *Maternidad sin riesgos*. Bolivia. 1993.
- Newton J. *Preventing Mental Illness in Practice*. London: Routledge, 1992.
- Olds, et.all. *Enfermería Materno infantil*. 4ta. Edición. Mc. Graw-Hill. Interamericana. 1995. Págs:1210.
- Omran A. *Fecundidad y salud. La experiencia latinoamericana*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1985.
- OMS. *El embarazo y el aborto en la adolescencia*. Informe técnico no. 583. Ginebra: OMS 1975.
- Palma – Cabrera Y, Echarri – Cánovas CJ. *La fecundidad en México: Niveles actuales y tendencias*. En: Muñoz – García H, ed. *Población y Desarrollo en México*. México, D.F.: UNAM, 1992:31.

- Pérez – Segura J, Torres A. Repercusión del embarazo en la salud perinatal de la adolescencia. En: Atkin L, Arcelus M, Fernández – McGregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988.
- Peters RV, McMahon RJ. (eds.). Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency. Londres: SAGE, 1996.
- Pick de Weiss S, Atkin L, Kartchmer S. ¿Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general? En: Atkin L, Arcelus M, Fernández – McGregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988.
- Population Reference Bureau. La actividad sexual y la maternidad entre los adolescentes en América Latina y El Caribe: riesgos y consecuencias. Washington, D.C.: Population Reference Bureau, Demographic and Health Surveys, 1992.
- Quilodrán J. Niveles de Fecundidad y patrones de nupcialidad en México. México, D.F.: El Colegio de México, 1991.
- Rábago – Ordóñez A, Mendoza – Victoriano D, Hinojosa – Valdés A. Salud reproductiva en adolescentes. En: Alarcón – Navarro F, ed. Prioridades en salud reproductiva. México, D.F.: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1993.

- R. Hernández Sampieri, et. all. Metodología de la investigación. Editorial Mc. Graw Hill. Año de edición 1993. 1ra. Edición. Págs:505.

- Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Plaza y Janés. 1986. Bogotá.

- Román – Pérez R, Carrasco E, Cubillas MJ, Valdez EA. Adolescencia, sexualidad y embarazo en contextos de colonias populares de Hermosillo, Son. En: Lartigue T, Ávila H, ed. Sexualidad y reproducción humana en México. México, D.F.: Universidad Iberoamericana & Plaza y Valdéz, 1995;vol.2.

- Sánchez P. Mendieta N. Embarazo en la Adolescencia: experiencia de la A. S. C. P. Revista. Col. Obstet Ginecol 1994; 45 (3).

- Silbert TJ, Giurgiovich A, Munist MB. El embarazo en la adolescencia. En: Organización Panamericana de la Salud, ed. La salud del adolescente y el joven. Washington, D.C.: OPS, 1995.

- Silbert TJ, Munist MM, Madaleno M y Su rez-Ojeda EN. Manual de Medicina de la Adolescencia. Washintong: Organización Panamericana de Salud, 1992.

- Sonenstein, F.L., Stewart, K., Lindberg, L.D., Pernas, M., y Williams, S. (1997). *La participación del varón en el embarazo adolescente: una guía para planificadores de programas*. Washington, DC: The Urban Institute.

- Stern C. Embarazo adolescente. Significado e implicaciones para distintos sectores sociales. Demos. Carta demográfica sobre México 1995;8.
- Stern C. La protección de la salud reproductiva de nuestros jóvenes requiere de políticas innovadoras y decididas. Carta sobre población. Temas selectos 1995;1(3).
- Stoppard M. Guía médica para la mujer. Ediciones Grijalbo, S.A. Año 1989, 1ra. Edición. Vol. I. Págs:192. Vol. II. Págs:190.
- Strasburger VC, Brown RT. Adolescent Medicine. A practical guide. Boston: Little, Brown and Co. 1991.
- Strobino DM, Ensminger ME, Kim YJ, Nanda J. Mechanisms for maternal age differences in birth weight. Am J Epidemiol 1995;142(5).
- Temas en el tratamiento del aborto. Ediciones IPAS, Vol. 4, año 1999. Págs:31.
- The Alan Guttmacher institute (1999). *El embarazo adolescente: Tendencias generales e información estado por estado*. Nueva York: Autor.
- Tizón JL. Posibilidades, medios y sistemas de relación entre los Equipos de Salud Mental y los Equipos de Atención Primaria. En JF. Otero et al. Trastornos Psiquiátricos y Atención Primaria. Madrid: DOYMA, 1995 (pp. 31-52).

- Tizón JL. Los nuevos modelos asistenciales en Medicina: Una visión a partir de algunos de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos. Revisiones en Salud Pública 1995,4: 57-83.
- Tizón JL. Apuntes para una psicología basada en la relación. Barcelona, 1995, 4ª ed. (cap 6).
- Tizón JL. Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria. Barcelona: Biblária, 1996 (4ª ed).
- Tolbert K. La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales. En: Atkin L, Arcelus M, Fernández – McGregor A, Tolbert K, ed. La psicología en el ámbito perinatal. México, D.F.: Instituto Nacional de Perinatología, 1988:398-425.
- Toro – Calzada RJ. Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación Apgar con la población general. Ginecol Obstet Mex 1992;60:291-295.
- United Nations, Department of International Economic and Social Affairs. Adolescent reproductive behavior. Evidence from developing countries. Nueva York: United Nations, 1989:vol.2.
- Urbina M. Jóvenes reproductores. En: Bellinhausen H, coord. El nuevo arte de amar. Usos y costumbres sexuales en México. México, D.F.: Cal y Arena, 1992:83-89.

- Ventura, S.J., Martín, J.A., Curtin, S.C., y Mathews, T.J.(1999). Nacimientos: Datos definitivos para 1997. *National Vital Statistics Reports: 47(18)*.
- Whaley & Wong. Enfermería Pediátrica. Cuarta edición. Tomo I. Págs:235. Tomo II. Págs:305. Tomo III. Págs:295. Tomo IV. Págs:287. Ed. Mosby Doyma Libros 1995.
- Welti C. Fecundidad adolescente. Implicaciones del inicio temprano de la maternidad. Demos. Carta demográfica sobre México 1995;8.
- Welti C. La fecundidad adolescente en México. En: Muñoz H, ed. Población y sociedad en México. México, D.F.: Porrúa & UNAM, 1992.
- Yax, L.K. (7 de agosto de 1998). Características sociales selectas de todas las personas y de las personas hispanas, por tipo de origen: marzo de 1997. [En línea] U.S. Bureau of the Census. Acceso: www.census.gov/population/socdemo/hispanic/cps97/sumtab01.txt.

ANEXOS

Anexo 2.

ENTREVISTA

Aplicada a pacientes

1. Viven juntos sus padres.

Si No

2. Vivía usted con sus padres cuando se embarazó.

Si No

3. Ha recibido algún tipo de información sobre sexualidad, planificación familiar y E.T.S.

Si No

4. Conoce los diferentes métodos anticonceptivos.

Si No

5. Usó algún método anticonceptivo al I.V.S.A.

Si No

6. Sabe qué es el embarazo.

Si No

7. Conoce los cambios que ocurren durante el embarazo.

Si No

8. Sabe cuáles son las complicaciones más frecuentes durante el embarazo.

Si No

9. Sabe usted de la existencia de establecimientos con personal capacitado, para proporcionar atención al adolescente.

Si No

10. Su embarazo representó cambios importantes en su estilo de vida.

Si No

11. Ha contado con apoyo por parte de su familia.

- | Si | No |
|---|----|
| 12. Se encuentra capacitada para llevar a cabo una maternidad responsable. | |
| Si | No |
| 13. Cuenta con los recursos económicos necesarios para el sustento de su hijo(a). | |
| Si | No |
| 14. Actualmente, utiliza algún método anticonceptivo. | |
| Si | No |
| 15. En la actualidad vive con su pareja. | |
| Si | No |
| 16. Cree factible continuar con sus estudios. | |
| Si | No |

Anexo 3.

ENTREVISTA

Aplicada al personal de enfermería

1. Sabe que existen programas de educación sexual dirigidos a adolescentes.
2. Le han informado que el hospital cuenta con programas de atención para adolescentes embarazadas.
3. Describa brevemente qué es el embarazo.
4. Conoce los diferentes métodos contraceptivos
5. Sabe los riesgos que representa para la salud de las adolescentes un embarazo en éste periodo de la vida.
6. Se considera capacitada para proporcionar información a la adolescente embarazada.
7. Considera que el embarazo en adolescentes es un problema de salud a nivel mundial.
8. Cuál cree usted que sería una posible solución par ésta problemática. .
9. En base a su experiencia, cuáles son las principales causas de embarazos en adolescentes.
10. Cree usted que existe relación directa entre el índice de abortos clandestinos y los embarazos en adolescentes.

Anexo 4.

VARIABLES	CUALITATIVAS		CUANTITATIVAS	
	NOMINAL	ORDINAL	DISCRETAS	CONTINUAS
Religión	*			
Escolaridad			*	
Edo. civil	*			
Ocupación	*			
I.V.S.A.				*
No. de comp. sexuales				*
Paridad		*		
Control prenatal	*			
Nivel socio-económico	*			
Menarquia		*		
Ciclo menstrual		*		
Familia a la que pertenece	*			
Residencia actual	*			
Orientación sobre educ.sexual, planif. Fam., y E.T.S.	*			
Conoc. Sobre métodos anticonceptivos	*			
Conoc. Sobre embarazo	*			
Conoc. Sobre módulos de atención al adolesc.	*			
Edad				*