

**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

TESIS GRUPAL

**FACTORES INDIVIDUALES Y CULTURALES QUE INFLUYEN
EN LA RECURRENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES
QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN DE SU PARTO, AL HOSPITAL
GENERAL DE ACAPULCO, GUERRERO DEL 01 DE AGOSTO
AL 31 DE OCTUBRE DEL AÑO 2001.**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTAN:

**APREZA MEJÍA NICERATA
ARCOS NAVA MA. GUDIELIA
LORENZO RODRÍGUEZ MARIA MAGDALENA
MONROY RIVAS PATRICIA**

ASESOR:

LIC. FEDERICO SACHISTAN RUIZ



**Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social**

México, D.F. Abril de 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
DISEÑO METODOLÓGICO	7
ORGANIZACIÓN	8
MARCO CONCEPTUAL	9
RESULTADOS	41
ANÁLISIS	102
CONCLUSIONES	106
SUGERENCIAS	109
BIBLIOGRAFÍA	110
ANEXOS:	113
• CUESTIONARIOS	114
• CRONOGRAMAS	116
• GLOSARIO	118

INTRODUCCIÓN

Se ha escrito mucho sobre la adolescencia y seguramente se continuará haciendo por múltiples razones; ya que se trata de una etapa intermedia entre la vida infantil y la vida adulta del ser humano, en donde el joven busca pautas de conducta que corresponden al nuevo funcionamiento de su cuerpo y sus requerimientos sexuales.

La adolescencia, es una etapa crítica del ser humano y lo es aún más para la mujer adolescente, debido a que en esta edad experimenta cambios físicos, emociones, impulsos y sentimientos con los que enfrenta su sexualidad. Debido a múltiples factores que le rodean, la adolescente puede verse atrapada en una situación que la estigmatizará por el resto de su vida: El embarazo.

Estas condiciones fisiológicas de la mujer adolescente, es causa de frecuentes discusiones, la embarazada adolescente ha sido descrita como un síndrome de fracaso: fracaso para cumplir sus funciones como adolescente, fracaso para permanecer en la escuela, para establecer valores adecuados, fracaso para ser capaz de ganarse la vida, de poder tener hijos sanos como resultado de la falla del mantenimiento de un embarazo sin riesgos.

Por lo anterior consideramos importante conocer y analizar los factores individuales y culturales que contribuyen a la recurrencia de embarazo en adolescentes atendidas en la unidad tocoquirúrgica del Hospital General de Acapulco, Guerrero, siendo este el de mayor cobertura en el Estado. Lo que da lugar a la concentración de pacientes de diversas comunidades aledañas al municipio de Acapulco, factor determinante en esta investigación. Entendiéndose como recurrencia, que el embarazo en adolescentes, es un problema frecuente, conocido mundialmente.

OBJETIVO GENERAL

- **Conocer los factores individuales y culturales que influyen en la recurrencia del embarazo en las adolescentes.**

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- **Identificar los factores individuales que influyen en la recurrencia del embarazo en las adolescentes, que acuden a la atención de su parto al Hospital general de Acapulco, de la Secretaría de salud en Guerrero.**
- **Identificar los factores culturales que influyen en la recurrencia del embarazo en las adolescentes que acuden a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco de la Secretaría de Salud en Guerrero.**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El embarazo en adolescentes continúa en incremento a nivel mundial, por lo que es un problema de gran preocupación para los países en desarrollo, como para los que están en vías de desarrollo.

De las investigaciones estudiadas se encontró lo siguiente: La Organización Panamericana de la Salud, estima que hay distintos riesgos en la maternidad adolescente entre ellos: riesgo biológico, psicológico y social, porque se interrumpen sus oportunidades laborales y educativas; sin contar con los problemas que puede tener el producto.

El banco mundial en Argentina demostró que los adolescentes tienen un conocimiento limitado de cómo funciona su sistema reproductor y el 40% no usa ningún método anticonceptivo.

Un trabajo de la UNICEF establece " que generalmente el nivel educativo de las madres adolescentes es bajo y en la tercera parte de los casos, las jóvenes no tienen pareja estable"

En Argentina según estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación, el 16% del total de nacimientos anuales es entre chicas de 10 a 19 años. Lo que significa que tres de cada 20 argentinos son hijos de madres adolescentes. Y el Consejo Nacional de la Mujer reveló que la edad de iniciación sexual en las chicas argentinas es de 15 años para las mujeres y 16 años en los varones; edades promedio que bajan según la escolaridad y el entorno social. Hay estudios que demuestran que cuanto mayor es la educación y la escolarización, se retrasa la edad de iniciación sexual afirma la Dra. López. (1)

En Venezuela la Comisión Bicameral para los Derechos de la mujer reporta que de unas 120 mil jóvenes del país con edad entre los 14 y 19 años traen un hijo al mundo anualmente, lo que quiere decir que el 50% de todos los nacimientos que ocurren en Venezuela corresponden a madres menores de 15 años. Situación que coloca al país entre los primeros lugares con mayor número de embarazo precoz per capita en América Latina, lo que motivó al grupo salud pro-joven de la asociación civil pro salud a crear una línea telefónica que permite a los jóvenes informarse directamente sobre el tema de reproducción y sus riesgos, sin costo y en forma confidencial. (2)

1) Alfaro María. Adolescentes en riesgo. http://www.salud.com/salud/cda/articulo/1_1231_16_null_3879_00.asp

2) Boon Lisseth. Embarazo precoz. " El ring de la prevención " <http://salud.com>

Otra investigación realizada por Brian Roles (Las adolescentes y el sexo)³ refiere que las adolescentes de hoy están iniciando su actividad sexual a edad mas temprana que antes. En estados Unidos a finales de los 70 el 35% de las jóvenes y el 55% de los jóvenes se habían iniciado sexualmente a la edad de los 18 años, con la llegada de los 80 el número creció, y actualmente a la edad de 16 años 30% de los adolescentes ya han tenido relaciones sexuales, a la edad de 18 años cifra que representa al 56% de las mujeres y el 73% en hombres.

En otros países como Brasil, Colombia, Republica Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Perú y Trinidad de Tobago se encontró que entre el 46 y 63% de los adolescentes están involucrados en actividad sexual premarital. En México las cifras fueron el 13% de las mujeres y el 44% de los hombres. Y en Canadá el 60% de todos los adolescentes han tenido relaciones sexuales a la edad de 19 años. Más alarmante es que encuestan en países como Estados Unidos, México y Alemania indican que del 50 al 60% de las mujeres no están protegidas contra la concepción en su primera experiencia sexual; lo cual provoca problemas de embarazos no deseados y fuera del matrimonio, así como la propagación de enfermedades transmitidas sexualmente y ambas cosas tienen efectos devastadores en la vida y el futuro de los adolescentes.

Estados Unidos es un país con una de las tasas más altas de adolescentes embarazadas, en cualquier país industrializado de occidente. En los países en desarrollo, el embarazo esta ligado a multitud de problemas como: marginación escolar o interrupción de los estudios, vulnerabilidad, participación en actividades delictivas, aborto, ultracismo social, maltrato ó abandono infantil, dificultades de adaptación, carencia de seguridad social, pobreza y repetidos embarazos antes de llegar a los 20 años, así como efectos negativos en la vida diaria. (3)

Investigaciones realizadas en México, como la de Claudio Stern, menciona que hace 20 ó 50 años, las tasas de embarazo en adolescentes era mayor que ahora y que el embarazo precoz no era motivo de abandono escolar, sino que las adolescentes, cuando se embarazaron, ya habían abandonado la escuela, nunca asistieron ó solo lo hacían unos cuantos años.

Stern considera que un factor que esta contribuyendo a que el embarazo adolescente se considere como problema social, es la ocurrencia creciente de este tipo de embarazos en contextos normativos, en los que se supone, no debiera ocurrir. Esta investigación nos presenta el siguiente cuadro (4)

3) Roles Brian. Los Adolescentes y el sexo. ¿ Es cierto que todo el mundo lo esta haciendo? Revista 1 año 8 pag 39 1997

4) Stern Claudio El Embarazo en la adolescencia como problema público. [Htp.salud.com](http://salud.com).

* Cambios porcentuales de tasa de fecundidad

México 1974- 1991

Edad	1974-1978	1978-82	1982-86	1986-91	1974-1991
15- 19	+ 15	-20.4	-20.0	-2.3	-36.9

- Niños nacidos vivos por cada mil mujeres.

Otros factores que considera Stern, son el aumento de la población, la pobreza y la falta de oportunidades para las madres adolescentes, haciendo referencia que para las generaciones anteriores a las nuestras, los embarazos de jóvenes entre 15 a 20 años; no eran considerados para la mayor parte de la población como algo indebido ó indeseable – cuando menos no en el mismo grado en que lo son ahora – la maternidad era prácticamente la única función de la mujer y la postergación de la unión ó matrimonio hasta después de los 20 años de edad no era una norma generalizada (4)

Torres en otro estudio realizado en 1994, refiere que la mujer mexicana con frecuencia inicia su vida sexual a edades muy tempranas y que después de resolver su evento obstétrico; siendo adolescentes, continua practicando su sexualidad sin protección. (5)

Aldana y Perez mencionan que las adolescentes con bajo nivel educativo tienen más probabilidades de quedar embarazadas, así como de unirse en matrimonio; por lo que concluyen que el embarazo es menos probable en las mujeres de mayor nivel académico (6)

Con base en las anteriores investigaciones podemos decir que la educación o grado académico, es uno de los principales factores que origina el inicio más temprano de las relaciones sexuales en adolescentes, sin protección para la concepción y por lo tanto con riesgo de embarazos no deseados; podemos considerar entonces que siendo el estado de Guerrero uno de los estados con mayor analfabetismo y de los menos desarrollados del país, según datos del INEGI. En relación al analfabetismo por sexo se encuentra de la siguiente manera: 17.1 % que corresponde a analfabetas hombres y el 24.8% que corresponde a analfabetas mujeres, como podemos darnos cuenta de acuerdo a las estadísticas en nuestro estado aún persiste la marginación escolar para las mujeres.

Estadísticas Nacionales de mujeres adolescentes con hijos nacidos vivos del INEGI reportan los siguientes datos:

1990 12.3% , 1992 11.81% y en 1997 11.82% (7)

5) Torres Ramírez 1994 " La anticoncepción en la adolescencia " Revista de perinatología No. 9 pp 1,8-13

6) Aldana calva E. Y Perez Aristas L.M. Los síntomas depresivos como Consecuencia del estado civil de Adolescentes Embarazadas del INPER - estudio exploratorio - tesis de Licenciatura Facultad de psicología UNAM.

7) INEGI 1990- 1997

El sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF) refiere en un documento que de los 2.2 millones de nacimientos registrados en el país durante el año 2000; 336 000 correspondieron a mujeres menores de 20 años de edad lo que representa el 15.27% por ello esta instancia social ha orientado parte de sus acciones a atender y apoyar a este grupo de la población a través del programa para la prevención y atención integral del embarazo en adolescentes (PPAIDEA) , esta acción se enfoca, en primera instancia a prevenir en la población de 12 –18 años de edad, los riesgos de exclusión social derivados del embarazo y maternidad precoz ó no planeada en la adolescencia, con orientación y asistencia adecuada e integral que fomente una actitud responsable frente a su sexualidad. (8)

En el Hospital General de Acapulco Guerrero, hemos observado que el número de adolescentes atendidas por algún evento obstétrico, se ha incrementado en los últimos años, aumentando con ello los riesgos para las adolescentes y su producto.

Mediante una revisión estadística realizada en el archivo clínico de esta unidad nos revela las siguientes cifras de adolescentes embarazadas atendidas en esta Institución. (19)

Año	Adolescentes.embarazadas.	total de mujeres embarazadas	porcentaje
1997	426	1686	25.2%
1998	393	1781	22.0%
1999	334	1359	24.5%
2000	416	1590	26.1%
2001	372	1430	26.0%

Como podemos ver las cifras mostradas resultan elevadas, considerando que existen otros dos hospitales que atienden a población abierta como es el caso de la clinica CAAPS que atiende un promedio de 100 - 120 partos por mes. Por lo anterior consideramos relevante investigar cuales son los factores individuales y culturales que contribuyen para que las adolescentes se embaracen.

8) <http://www.dif.gob.mx/web/prensa/comunicados/0905atiendedif.php>

9) SISPA 1997-2001 Hospital General de Acapulco, Secretaria de Salud en Guerrero.

DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño del estudio será descriptivo, de tipo transversal - prospectivo y se llevara a cabo a través de una encuesta a madres adolescentes que acudan para la atención de su parto al Hospital general de Acapulco, durante un periodo de tres meses comprendido del 1º de Agosto al 31 de Octubre del año 2001.

La recolección de datos se realizara por medio de un cuestionario que consta de 25 preguntas abiertas y cerradas, el cual será previamente probado y validado, en el cual se incluirá información sobre variables individuales y culturales como: edad escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, conocimiento de las funciones del aparato reproductor y utilización de métodos anticonceptivos.

Los criterios de inclusión para la aplicación del cuestionario serán: a todas las madres de 14 a 19 años de edad que acudan para la atención de su parto al hospital general de Acapulco de los Servicios Estatales de Salud en Guerrero.

El cuestionario será aplicado por cuatro pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la UNAM, autoras del presente trabajo.

Una vez recolectada la información, por medio del cuestionario se realizará el análisis de datos utilizando el programa estadístico SPSS para obtener los cuadros de distribución que contenga los datos de identificación de las adolescentes embarazadas y sus variables; así mismo realizar las graficas de pastel correspondientes a cada cuadro. Lo que nos ayudará a la interpretación de los datos y a realizar el análisis y conclusiones de la Investigación, que nos permitirá plantear nuestras sugerencias.

ORGANIZACIÓN

LUGAR: La presente investigación se realizó en el Hospital General de Acapulco, Guerrero.

ESPACIO: El servicio de Gineco Obstetricia ubicado en el 3° piso del Hospital General de Acapulco, de la Secretaría de salud en Guerrero.

TIEMPO: tres meses.

FECHA: Del 1° de Agosto al 31 de Octubre del año 2001

DIRIGIDO A : 100 Adolescentes embarazadas que acudieron a la atención de su parto.

RESPONSABLES: 4 Pasantes de la Licenciatura en enfermería y obstetricia.

RECURSOS:

HUMANOS:

4 alumnas responsables de la investigación.

1 Director de tesis

MATERIALES:

1 computadora

1 impresora

1 cartucho de tinta para impresora

8 lapices

8 plumas

8 gomas de borrar

2 calculadoras

500 hojas blancas de papel bond

500 fotocopias

FINANCIEROS:

Los gastos serán cubiertos en su totalidad por las alumnas que realizarán la investigación.

MARCO CONCEPTUAL

ADOLESCENCIA

Para abordar el tema de la adolescencia, primeramente es necesario determinar el significado de la palabra; se sabe que adolescencia se deriva de la voz latina *adolecer*, que significa " crecer o desarrollarse hacia la madurez " (10)

Durante largo tiempo tanto el proceso de crecimiento como el de desarrollo humano han sido objeto de numerosas discusiones y teorizaciones, pero es a partir del siglo XX que se ha dedicado especial atención al periodo evolutivo llamado " adolescencia"

La extensa literatura actual sobre la adolescencia muestra el profundo y persistente interés que ha suscitado en psicólogos, educadores, médicos, etc. (11)

La Asociación Médica Americana de la Adolescencia define a la adolescencia como un proceso bio-psico-social, caracterizada por transformaciones tanto anatómicas como fisiológicas y en busca de una definición de su papel social condicionados por los patrones culturales de su medio que inicia con la aparición de los cambios físicos y finaliza cuando cesa el crecimiento somático y la maduración psicossocial.

Según Acosta (1993), Moreno (1988), Garnezy (citado en Patterson y Macubbin 1987) la adolescencia es una etapa confusa de la vida, por ser una época de transición entre la niñez o la infancia que se inicia con los cambios puberales y termina al adquirir el papel de adulto, este proceso va a depender de las condiciones socioeconómicas y culturales de cada familia. En esta etapa existe el desarrollo de tres aspectos: el físico, el sociocultural que le va a permitir delimitar su rol en la sociedad, y el psicológico que facilitara la adquisición de un pensamiento analítico y el logro de la propia identidad. (12)

Por su parte Moreno (1988), menciona que la adolescencia se acompaña del desarrollo de actividades para adquirir un yo estable y una identidad sexual, para llegar a ser independientes de la familia y explorar nuevos roles, dentro del contexto de los cambios precipitados de la pubertad, en donde la auto imagen se ve influenciada por los cambios corporales que se presentan. (13)

10) Arcechuz Moreno 1988 La adolescente embarazada y su familia en La Psicología en el Ambito Perinatal. INPER

11) López C. R. 1994 La Adolescente en el ámbito perinatal. Revista de Perinatología 9 p. 1-3.

12) Patterson, F.M. y Maccubbin, H. 1987 Adolescent Coping style and Behavior: Conceptualization and measurement. Journal of Adolescence 10 (2) 162-186

13) Arcechuz. Op.cit. 1988

En la adolescencia aparecen las diferentes tendencias ideológicas en busca de un definido patrón de identidad, con sus manifestaciones tan variadas de rebeldía y deseos de libertad, expresados como descontento frente a situaciones familiares o a las normas sociales, lo cual lleva a una alteración de los valores tradicionales vinculados a la sexualidad, el matrimonio y la familia, así como también, define a la adolescencia como un proceso de evolución que conlleva una serie de cambios tanto en la esfera somática como en la psíquica, que puede producir una profunda angustia si no encuentra un entendimiento ó una buena comunicación con padres, profesores y demás adultos.

Hasta aquí podemos señalar que en el intento por definir a la adolescencia, se ha comenzado con una explicación etimológica de la palabra, que como ya se señaló significa crecer ó desarrollarse hacia la madurez. Por otra parte, se ha tratado de mostrar tal evento a partir de diversas teorías vertidas sobre el tema; así es como diversos autores han señalado límites cronológicos, aunque estos no resulten claros y exactos. Sin embargo han coincidido al referir que es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se caracteriza por el cumplimiento de tareas tales como: el desarrollo de una identidad sexual, un rol social, de la formación de un yo estable, de una organización de impulsos entre otros más.

Es importante resaltar que hay quienes basan sus explicaciones con respecto a la adolescencia como un proceso bio-psico-social, que dependerá de condiciones socio-económicas y culturales. (14)

ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA

Tomando en cuenta los aspectos biológicos de la adolescencia Sereno y Cols. (1993) refieren que la adolescencia es la etapa en la que ocurre el último incremento lineal del crecimiento que culmina con la obtención de la estatura adulta, la maduración sexual, además de la función reproductiva; y de acuerdo con la definición proporcionada por la Asociación Médica Americana se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y se finaliza cuando cesa el crecimiento somático, por lo que Oliva (1986) describe cuatro tipos de crecimiento: (15)

14) Arcefuluz M 1988 Ibidem.

15) Sereno, F. A. Ibidem.

- Linfoide que se caracteriza por un rápido crecimiento durante la niñez, que cesa al llegar la pubertad y después muestra involución.
- Neuronal, tiene que ver con un crecimiento rápido en los primeros seis años de vida después de los cuales se reduce y cesa antes de la pubertad.
- General que incluye tanto el peso como la talla y tiene dos periodos de crecimiento; uno que va de los 6 a los 8 años de edad y otro que va de los 13 a los 15 años de edad.
- Reproductivo, en este existe muy poco crecimiento en los primeros años de vida, seguido de uno muy marcado en la pubertad. (16)

El surgimiento de crecimiento en la adolescencia se realiza mediante la acción conjunta de la hormona de crecimiento y de los andrógenos. Es importante recordar que la aceleración del crecimiento en la adolescencia no comienza al mismo tiempo en todas las partes del cuerpo.

Además del aumento de estatura y peso también se presenta una aceleración del crecimiento de la circunferencia cefálica en la adolescencia, un tamaño y aumento del peso del corazón, de los pulmones, de los huesos, de los músculos, de las glándulas suprarrenales, tiroides e hipófisis, así como de los órganos reproductivos. La grasa subcutánea se reduce al comenzar la adolescencia y posteriormente se acumula una vez que el adolescente ha alcanzado la capacidad máxima de aumento de estatura, siendo más notorio en las mujeres. Con el aumento del crecimiento también aumenta el ritmo cardiaco, la tensión arterial, los eritrocitos y la hemoglobina, el metabolismo basal, la excreción de creatinina, la acidez gástrica, la fosfatasa alcalina, las excreciones hormonales y el olor del sudor (glándulas apocrinas). Estas glándulas de la piel principalmente en la axila y la vulva comienzan usualmente a funcionar al mismo tiempo que aparece el vello púbico y el axilar. (17)

Por lo anterior durante la pubertad se pueden observar rápidas, variadas y amplias transformaciones en el cuerpo del individuo, que influyen significativamente en la conducta del adolescente.

Boyar, Judd y Lee (citados en García 1985), describen cronológicamente por etapas algunos de los acontecimientos que ocurren en el sistema endocrino desde la pubertad avanzada, la adolescencia y la edad adulta. (18)

16) Sereno, F.A. Idem.

17) Patterson. Ibidem.

18) Monroy de V. A. Morales G.M. 1986 La fecundidad Adolescente y la planificación Familiar. Academia Mexicana de Investigación y Demografía México.

- Pre puberal avanzada: Esta etapa avanzada en la que no han ocurrido cambios físicos ni hormonales.
- Pubertad muy temprana: durante esta etapa, no hay cambios físicos de maduración sexual, durante el sueño hay aumento de la liberación de gonadotropinas y esteroides sexuales, se advierte aumento de la secreción de esteroides sexuales suprarrenales, sin más cambios importantes.
- Pubertad temprana : en ella continua el aumento de las gonadotropinas durante el sueño, se manifiesta la maduración primaria y secundaria; Aumentan las concentraciones de esteroides sexuales, puede existir aumento de la secreción de la hormona de crecimiento y quizás se modifique algo la función tiroidea.
- Pubertad media : en esta etapa existe un aumento del desarrollo de las características sexuales, de la concentración de gonadotropinas y esteroides durante la vigilia, las mujeres incrementan su crecimiento en talla y aumento de la liberación de la hormona de crecimiento.
- Pubertad avanzada : Durante la pubertad avanzada, ocurre la menarquia, hay espiga de aumento de la talla en los varones, la capacidad reproductiva es casi completa al igual que la maduración, el aumento de la hormona gonadotrópica durante el sueño es máximo y alcanza sus mayores niveles, la secreción de hormona de crecimiento.
- Edad adulta : La maduración física es completa, desaparece el aumento de gonadotropinas y testosteronas y el crecimiento de las mujeres es completo.

En el desarrollo humano son evidentes diversos cambios físicos, observándose en la pubertad rápidas, variadas y amplias transformaciones en el cuerpo del individuo.

Durante el proceso adolescente, se genera el surgimiento de crecimiento en relación con la altura y peso, así como también de las glándulas y demás órganos, los cuales son a propósito de una serie de modificaciones hormonales.

Tanto los cambios físicos palpables, como los que no son evidentes en el cuerpo del adolescente influyen de manera relevante en la conducta del mismo, ya que generan una infinidad de sensaciones e inquietudes sobre la transformación que se da en su cuerpo. (19)

ASPECTOS PSICO-SOCIO-CULTURALES DE LA ADOLESCENCIA

Patterson y Mccubbin (1987) mencionan que el ajuste del adolescente con la familia se lleva acabo a través de relaciones reciprocas en donde los adolescentes necesitan conocer más sus capacidades, para lo cual necesitan la ayuda de sus familiares.

Otros aspectos importantes son los psicosociales, en los cuales interactúan los esfuerzos psicológicos del individuo con las demandas del medio social, a través de exigencias que el individuo debe afrontar con un trabajo interno de aceptación y el logro de una definición de sí mismo, logrando el papel de adulto que se espera de él según su cultura.

Por lo tanto el cumplimiento con éxito de las tareas propias del periodo de latencia, la propia personalidad del adolescente, la familia y la sociedad son de fundamental importancia, ya que de ello dependerá la presencia de estados emocionales conflictivos que se caracterizan por sensaciones de confusión, ambivalencia, depresión entre otros. (20)

EMBARAZO

El embarazo (gestación) es el estado materno que consiste en llevar un feto en desarrollo dentro del cuerpo.

El producto de la concepción desde la fecundación hasta la octava semana del embarazo se llama embrión; a partir de la octava semana y hasta el parto se llama feto.

Para fines obstétricos, la duración del embarazo se basa en la edad gestacional: que es la edad estimada del feto calculada a partir del primer día del último periodo menstrual (UPM) normal si se supone un ciclo de 28 días.

La edad gestacional se expresa en semanas cumplidas. Esto hace contraste con la edad del desarrollo (edad fetal), que es la edad del descendiente calculada a partir del momento de la implantación.

El término grávida es un término general que significa embarazada, y gravidez es el número total de embarazos previos normales ó anormales.

Se llama paridad al estado de haber dado a luz uno ó más lactantes vivos ó muertos que pesaron 500 grs ó más. A falta de peso especificado, se puede recurrir a una duración estimada de la gestación de 20 semanas cumplidas o más que se calculan a partir del primer día del UPM. (21)

20) Patterson F.M. y Mccubbin H. 1987 Op. Cit.

21) Obstetricia I Antología ENEO p 365

Desde el punto de vista clínico práctico, se considera al feto viable cuando ha cumplido una edad gestacional de 23 a 24 semanas y su peso es de 600 grs. Ó más. Sin embargo solo rara vez sobrevivirá el feto de 20 a 23 semanas de edad que pese 500 ó 600 grs ó menos incluso bajo asistencia optima. Con respecto a la paridad, el nacimiento múltiple es una sola experiencia de parto. (22)

Abordar la temática del embarazo implica realizar una breve revisión con respecto a lo que se entiende por este proceso, el cual implica la creación de una nueva vida, convirtiendo a la mujer en madre; por lo que este evento es de gran trascendencia, ya que se ven involucrados diversos aspectos de índole biológico, sociocultural y psicológico, según lo refiere Salvatierra (23)

La experiencia del embarazo por muchos años se ha considerado a nivel popular como la ocurrencia de un estado fisiológico normal en la vida procreativa de la mujer, ocurriendo sin mayores molestias que las habituales: como vómitos, náuseas, aumento de peso, fatiga, sueño y algunos otros cambios fisiológicos más. De manera que se concibe tan solo como un estado temporal de cambios exclusivamente a nivel fisiológico, ligado inevitablemente a molestias y dolores, adquiriendo la homeostasis solo después del parto.

El aspecto bio-médico y fisiológico resalta como principal postulado los cambios hormonales del embarazo que tienden a causar síntomas, incidiendo directamente sobre la fisiología materna, señalándolos como principal causante de dificultades obstétricas.

La gestación lleva implícita adaptaciones de índole psicológico que están relacionadas a la condición de la mujer, con alteraciones emocionales muy importantes que le otorgan una maduración de su personalidad pero en el cual también convergen aspectos dinámicos, vinculados con el nivel previo de madurez emocional, sentido de feminidad, presencia de conflictos no resueltos, temprana relación madre - hija y en donde inclusive intervienen aspectos socioculturales.(24)

Otro aspecto importante es el social, en donde esta inmerso el cumplimiento de tareas de desarrollo psicosocial que le otorgarán madurez, es decir se prevé que ante tal experiencia la mujer logre alcanzar un desarrollo psicológico, dentro de un contexto sociocultural, presentándosele la oportunidad de obtener ajuste con respecto a sus relaciones con su pareja, padres, producto y particularmente consigo misma y en el cual emergen una serie de cambios emocionales que conlleva al proceso de adaptación.(25)

22) Obstetricia I Antología Ibidem.

23) Salvatierra M.V. 1989 *Psicología del Embarazo y sus Trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

24) Valderrama G. Perfil Psicológico de pacientes del INPER con embarazo normal. Tesis de licenciatura Facultad de psicología UNAM.

25) Salvatierra Op. Cit.

Normalmente el embarazo tiene una duración de nueve meses, por lo que tradicionalmente los meses del embarazo se han dividido por trimestres. Cada trimestre sirve para marcar los diferentes cambios físicos y emocionales que caracterizan a la mujer embarazada, así como también para marcar la repercusión y efecto que llegan a tener determinados síntomas que provoca el proceso de desarrollo del feto sobre el organismo femenino y su estado emocional, de acuerdo a la etapa de gestación que se está llevando en curso. De aquí que se considera oportuno describir las características del embarazo por trimestre a continuación:

El primer trimestre el embarazo, abarca desde el principio de la gestación, hasta los tres meses en donde el embrión alcanza unos 3 centímetros y ya tiene un corazón definido completamente; además de que los ojos, nariz, boca, orejas, manos y pies se desarrollan paulatinamente.

Mientras que en la mujer es común la evidencia de síntomas físicos y una marcada inspección.(26)

Al inicio del embarazo, la mujer no percibe su estado en forma objetiva y con el diagnóstico médico lo confirma aunque duda, más tarde se manifiesta objetivamente. En esta primera etapa es muy frecuente que existan conflictos en el estado emocional como depresión, ambivalencia, inestabilidad emocional entre otros más.(27)

En el segundo trimestre se continúan formando en el feto las partes antes mencionadas y los órganos ya empiezan a abrirse y cerrarse. El producto ya es capaz de tener movimiento y la madre ya puede percibirlo, lo cual repara en la presencia de signos más observables del embarazo.(28)

La mujer presenta más seguridad en sí misma y más orientación hacia su pareja. En este trimestre ya han desaparecido algunos síntomas, se presentan reacciones positivas, aunque para la mujer el segundo trimestre se convierte en un periodo donde empieza a percibir las alteraciones en su imagen corporal.

Los cambios fisiológicos que se presentan en esta etapa parecen acentuar el sentimiento de que el cuadro interiorizado de sí misma ya no se ajusta a la imagen del espejo y hay una necesidad constante de que la pareja reafirme su confianza respecto a su belleza y su atractivo sexual. (29)

26)) Zarco Villavicencio Estudio Comparativo de depresión en mujeres embarazadas primíparas, multiparas embarazadas Tesis de Licenciatura Universidad Continental.

27) Arcelez Moreno, 1988 Op. Cit.

28) Zarco Op. Cit.

29) Steiner Tracheta La Ansiedad durante el 2º trimestre del embarazo evaluada a través del ADARE Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM.

El tercer trimestre es la última fase del embarazo, en la cual el feto da vueltas y su crecimiento alcanza aproximadamente 50 cms. Sus órganos están tan desarrollados que ya pueden funcionar independientemente, en tanto que la mujer experimenta incremento de las molestias nuevamente, tales como; insomnio, fatiga, ansiedad y miedos relacionados con el parto. Aumentan los sentimientos de dependencia e identificación con el recién nacido. La mujer tomará la actitud hacia el niño dependiendo de la aceptación que la pareja tenga hacia el entre otros factores ó bien rechazo.

SÍNTOMAS Y SIGNOS DEL EMBARAZO

El embarazo trae consigo una serie de síntomas y signos tanto físicos, como psicológicos que afectan por completo la conducta de la mujer.

Algunos de los cambios físicos que trae consigo el embarazo son hormonales. Siendo la amenorrea el primero y más importante signo del embarazo. También se presentan cambios en los órganos internos al ensancharse el abdomen después del tercer mes (30)

Cabe señalar tanto los síntomas como los signos que la literatura obstetrica reporta son:

Síntomas presuntivos:

- Amenorrea, náuseas y vómitos por periodos prolongados en los primeros tres meses.
- Dolor y hormigueo en las mamas, congestión de las mamas ocurriendo en las primeras semanas del embarazo, debido a la acción estrogénica de la progesterona.
- Poliuria y micción imperativa debida a la estructura de la pelvis y por la presión originada del ensanchamiento del útero.
- Constipación como resultado de los cambios alimenticios.
- Fatiga.
- Aceleración (percepción de los primeros movimientos fetales que tienen lugar entre las catorce y dieciséis semanas de gestación)
- Aumento de peso.
- Efectos metabólicos.
- Elevación de la temperatura.

30) Steiner Tracheta Ibidem.

Signos presuntivos:

- Pigmentación cutánea, melanosis facial, oscurecimiento de la frente, dorso de la nariz y pómulos.
- Epulis (hipertrofia de las papilas gingivales ocurridos en el primer trimestre del embarazo)
- Leucorrea (aumento de estrógenos y progesterona que aumenta el moco cervical y produce una marcada descamación de células epiteliales vaginales)
- Cambios en mamas.
- Crecimiento abdominal.
- Cambios en los órganos pélvicos.

Signos probables:

- Crecimiento uterino (correlación del tamaño uterino con la fecha de concepción)
- Soplo uterino (sonido intenso que se puede escuchar bilateralmente sobre el pubis, sincronizado con el pulso materno)
- Contracciones uterinas (signo de Braxton Hicks)

Signos positivos ó de certeza:

Constituyen aquellas evidencias médicas que se hacen presentes después del cuarto mes.

- Auscultación del latido cardíaco fetal.
- Palpitaciones del contorno fetal.
- Reconocimiento de los movimientos fetales.
- Demostración radiológica del esqueleto fetal
- Ultrasonografía.
- Electrocardiografía fetal.

Hasta aquí podemos resumir, que cuando se lleva a cabo un acto sexual, independientemente de cómo se dieron las circunstancias y bajo que condiciones resultando el embarazo; este implica todo un proceso relevante convirtiendo a la mujer en futura madre. Periodo en el que debido a toda una movilización hormonal, emergen una serie de síntomas y signos incidiendo en la conducta y estado emocional de la mujer (31)

31))Steiner Tracheta Idem.

Como ya se menciona el embarazo, parto y nacimiento forman parte de un mismo proceso, que por tener una duración de 40 semanas ó nueve meses se ha segmentado por trimestres, en los cuales se pueden identificar claramente las características propias de cada uno marcando los diferentes cambios físicos y emocionales de la mujer y la repercusión o efecto en la misma.

Además, como se puede concluir, la trascendencia del embarazo esta sustentada por los aspectos vinculados que tienen estrecha relación. Sin embargo a pesar de que ya fueron mencionados se abordaran a continuación para tener una mayor claridad de la naturaleza de este evento; como son los aspectos bio - médicos, aspectos psico-sociales y aspectos psicológicos con sus implicaciones emocionales.(32)

Es importante señalar que el embarazo, independientemente de la condición física, social, económica y psicológica de la mujer, causa alteraciones en la fisiología materna, ocurriendo variaciones en el funcionamiento normal de todos los aparatos y sistemas, tales como la deformación del cuerpo con notable incremento de peso, evidencia que implica profundas modificaciones metabólicas y circulatorias provocadas por una masiva producción de esteroides por la placenta, así como de cambios hormonales que son los que tienden a causar los síntomas ya antes referidos incidiendo directamente sobre la fisiología materna, lo cual puede ser causante de dificultades obstetricas (33)

También se encuentran nuevas sensaciones que llegan al cerebro desde la periferia y desde el quinto mes, la gestante percibe la existencia de alguien vivo en su matriz, que crece y se agita en progresión creciente hasta el momento del parto, fenómeno único en que se realiza el nacimiento traumático y sangriento del hijo, separación que equivale casi a una partición.

La literatura obstetrica reporta, que los mecanismos que dan origen a los cambios de tal fisiología materna son desencadenados por los mensajes hormonales, produciendo cambios obvios y sutiles que afectan a muchos sistemas orgánicos. Es decir, el patrón hormonal en la circulación cambia súbitamente durante el embarazo, presentándose de manera diferente al patrón que se efectúa durante un ciclo menstrual normal.

El movimiento activo de hormonas se inicia con un aumento de estrógenos, produciéndose en grandes cantidades por los sintiofoblastos de la placenta.

El aumento de los estrógenos activan el metabolismo energético, promoviendo el crecimiento del útero, así como para asegurar la acidez del fluido vaginal retardando el crecimiento de las bacterias y los hongos, para estimular el aumento de las secreciones de la tiroides y la adrenalina teniendo un efecto anabólico; Incrementan el contenido proteínico de los huesos, de la piel y del cuerpo en general. (34)

32) Zarco Op. Cit.

33) Valderrama G. Op. Cit.

34) Salvatierra M. Op. Cit.

Algunas hormonas como son la luteinizante y la gonadotropina coriónica aumentan rápidamente alrededor de los primeros 10 días de la concepción. Contrariamente a la hormona estimulante del folículo que desciende a concentraciones apenas detectables, aproximadamente 10 días después de la ovulación.

Con respecto a las alteraciones subjetivas y objetivas de todo embarazo normal, que tiene que ver con la fisiología de la mujer durante este periodo, es importante considerar que la aparición de los cambios físicos pueden ser subyacentes a las alteraciones efectivas como la labilidad y susceptibilidad emocional en la mujer embarazada y otras más.

Según Salvatierra, el cumplimiento de los objetivos sociales que se esperan, serían que la mujer crezca y madure como madre en el plano personal, psicológico y social, pero el principal es mantener o alcanzar una salud psicosocial óptima; lo que representa el cumplimiento de las tareas de desarrollo psicosocial que promueven los fundamentos para la siguiente etapa de maternidad. Tales tareas son de aceptación, adaptación y ligazón las cuales son relativamente independientes y siguen un curso temporal propio a lo largo de la gestación. Aquí este autor distingue tres componentes:

- La aceptación del embarazo, no solo a nivel intelectual sino también emocional.
- La adaptación al papel materno, que requiere la asignación al neonato de una identidad basada en la realidad.
- La ligazón materno-fetal que puede describirse como una actitud positiva e interactiva con su feto y que es la base de la futura relación afectiva con el hijo.

Resumiendo podemos decir que en los aspectos psicosociales se contempla al embarazo como un estadio de desarrollo que implica tareas, siendo la más importante, la de aceptar la gestación y ejercer el rol materno con afecto, sin restarle importancia a las tareas que tienen que ver con la adaptación y ligazón. Además en esta etapa debe llevarse a cabo el cumplimiento de los objetivos sociales que se esperan en este proceso, tales como; el que la mujer crezca y madure como madre en el plano personal, psicológico y social.

El aspecto psicológico esencial, es que las mujeres son conscientes de la significación del embarazo. Una diferencia fundamental entre la especie humana y los restantes animales es que únicamente los humanos saben que han de morir y saben que también pueden dar la vida (35)

La gestación plantea a la consciencia de las mujeres tres realidades muy diversamente percibidas:

- La percepción de un nuevo ser, un tercero en la relación, hasta entonces didáctica, entre mujer y hombre.
- Profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales, que alteran la imagen corporal y conllevan la posibilidad de daño corporal.
- Un cambio en el papel social. (36)

Diversos teóricos en el ámbito de la psicología, señalan que el embarazo es una crisis emocional similar a la que presentan en la adolescencia, pues se reviven conflictos psicológicos de fases de desarrollo previas al embarazo. (37) como regresiones, pérdida de defensas, reestructuración del auto concepto, inherente en la transición al rol materno y la elaboración de la identificación con la propia madre. Es decir, existen varios aspectos que influyen en la magnitud de los cambios psicológicos que ocurren durante el embarazo, como son los antecedentes emocionales y la historia de la vida de la mujer; por ejemplo si la mujer ha presentado inestabilidad emocional, si el embarazo fue ó no planeado, si cuenta con una buena relación de pareja, si existe una situación económica estable ó si se cuenta con figuras de apoyo con las que se pueden compartir temores, angustias y necesidades. (38)

A través de estudios con mujeres embarazadas se ha señalado que entre las alteraciones emocionales más frecuentes se encuentran las siguientes: Ansiedad, regresión y dependencia, interés corporal, resentimiento, sensibilidad y labilidad emocional, estado de ánimo oscilante, variaciones en el deseo sexual, preocupaciones económicas por empleo ó por el estado de salud del bebe, por la fecha del parto, etc. Tales alteraciones emocionales no se presentan aisladamente, sino al igual que otros síntomas físicos, dependerá de la etapa de gestación que se esta presentando (39)

La mujer embarazada puede presentar múltiples actitudes frente a su estado, lo cual incluye ambivalencia hacia su futuro hijo, que tiene que ver con un deseo del embarazo y a la vez un rechazo. En donde, por un lado existe un profundo deseo del hijo, con la íntima convicción de que debe cumplirse, ya que es el objetivo cumbre de la mujer.

Por otro lado ese deseo se acompaña de un conflicto, centrado alrededor de la aceptación o del rechazo de la gestación. (40)

36) Ídem

37) Arceluz Moreno Op. Cit.

38) Fernández Mc. Gregor, A. Arceluz de Diego, M. Taquín, L.C. y Pinola L. Adolescentes embarazadas, relación de pareja y apoyos familiares. La psicología Social en México. P.2, 357 -364

39) Valdemama Op. Cit.

40) Fernández Mc. Gregor Op. Cit.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia ha sido analizado desde diferentes perspectivas: demográficas, sociológicas, psicológicas, médicas, determinando a pesar de no poder hacer generalizaciones sobre la fecundidad en el mundo, que se trata de un evento resultante de algunas pautas de conducta sexual y reproductiva; presente en los adolescentes, como rasgos similares en diferentes culturas, a saber; tanto de la aparición más temprana de la menstruación, como del inicio de la actividad sexual, el aumento del número de adolescentes sexualmente activos y el periodo de adolescencia más prolongado.

El embarazo en la adolescencia, además de conllevar alteraciones sociales y económicas, repercute esencialmente en otros ámbitos, ya que propicia mayor inestabilidad emocional como: alteración en la autoestima, ansiedad, depresión, entre otros; análogamente al proceso de embarazo y a las condiciones socioculturales, lo que puede agudizar los trastornos emocionales hasta exacerbarlos en patológicos. Es decir, como ya se mencionó con anterioridad, durante la adolescencia se manifiestan como parte del proceso normal de desarrollo, alteraciones emocionales, que sumadas al embarazo temprano, genera dinámicas psíquicas que pueden desestructurar las percepciones de la realidad y por ende la situación afectiva de la adolescencia en particular.

INCIDENCIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

Aunque no estén listas para ser madres, las adolescentes se están embarazando con mayor frecuencia; sin embargo, las tasas y niveles de fecundidad adolescente que reflejan las pautas de nupcialidad, varían ampliamente entre y dentro de los países desarrollados y en vías de desarrollo.

En los países en desarrollo, la tasa de fecundidad adolescente de 15 a 19 años de edad se sitúa en el 1% en Corea del Sur, el 3% en Túnez y China y el 23 % en Cuba.

Entre las naciones desarrolladas Japón tiene la tasa más baja con el 1% y Bulgaria la más alta con el 19%. En los Estados Unidos aumentó del 17% al 37% en 1982. Por su parte la Encuesta Nacional Demográfica realizada en México en el mismo año, aporta un porcentaje del 12.1% (41)

41) Organización Panamericana de la Salud y OMS 1988. Fecundidad en la Adolescencia, causas y opciones. Cuaderno Técnico No. 12 Washington D.C. EUA. P 69

De acuerdo con datos publicados en el INEGI de 1991 en México se registraron 2.5 millones de partos, de los cuales el 50% son de mujeres menores de 18 años, las estadísticas registradas en el Hospital General de Acapulco durante el año 2000 reporta un total de 1590 partos; de los cuales 416 corresponde a madres menores de 19 años, que nos da un porcentaje de 26.16%

Pese a que se pueden enumerar varias razones para explicar descensos en la fecundidad adolescente; incluyendo mayor edad al casarse, aumento de oportunidades económicas y educativas, cambios en las costumbres sociales, métodos anticonceptivos y en algunos países, el acceso del aborto en las jóvenes solteras; la realidad es que en general, la tasa de incidencia del embarazo en adolescentes es progresivamente creciente en las últimas décadas, debido a factores culturales, económicos, sanitarios y sociales. (42)

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo en adolescentes es considerado un problema médico, social y psicológico, que como ya se mencionó se ha incrementado significativamente a pesar del esfuerzo de campañas federales y del sector salud en los servicios de Planificación Familiar y de Orientación Sexual para este grupo de edad. (43)

De ahí la importancia de conocer la razón por la que algunas adolescentes se embarazan, encontrando tres factores involucrados de desarrollo que incrementan el riesgo de embarazo en esta etapa, los cuales son:

- Factores psicosociales, que involucra la necesidad del adolescente de independizarse de los padres y el deseo de experimentar nuevas conductas.
- La orientación cognitiva de los adolescentes que tiene que ver con la decisión de tener relaciones sexuales sin protección anticonceptiva y por lo tanto con riesgo de quedar embarazada.
- La dinámica familiar puede ser generadora del deseo de embarazarse. (44)

De acuerdo a lo que la literatura aporta, la conducta sexual en la adolescencia es compleja, pues los motivos y las influencias del inicio a la actividad sexual son con frecuencia fuertes y contradictorias, escogiendo de manera consciente ó inconsciente entre el impulso y la acción; el deseo y el temor, lo aceptable y lo reprochable y entre el placer inmediato y sus consecuencias. (45)

42) Sereno F. Op. Cit

43) López. Op. Cit.

44) Trad P.V. Teenage Pregnancy : Seeking Patterns That promote Family Harmony The American Journal of Family Therapy 1, 22, 42, 56

45) Aldana Calva Op. Cit.

Sin embargo es común que los adolescentes, le den importancia a la espontaneidad y al momento romántico y sienten que el planificar las relaciones sexuales alteraría su relación. Por lo tanto, ya sea por razones morales o románticas, las relaciones sexuales entre los adolescentes son por lo general espontáneas por lo que se encuentra notable emoción de correr riesgos, lo cual es una característica típica de la conducta de los adolescentes sobre la sexualidad.

En cuanto a la madurez física y sexual, un dato muy importante es la temprana edad en la cual la adolescente presenta su primera menstruación, lo cual tiene un doble efecto; por una parte modifica el cuerpo de la mujer y lo hace capaz de concebir, y por otra parte, la estimula a convertirse en un ser sexualmente activo (46)

De acuerdo con el estudio sobre sexualidad efectuada en hogares de adolescentes y jóvenes de la Ciudad de México por estos autores, 16% de las mujeres entrevistadas entre 12 y 19 años de edad informaron haber tenido relaciones premaritales. Entre las jóvenes que ya habían iniciado su vida sexual, el promedio de la primera relación había sido de 16.4 años de edad (47)

Torres en 1994, refieren que la mujer mexicana con frecuencia inicia su vida sexual a edades muy tempranas, y después de resolver su primer suceso obstétrico siendo adolescente, continua practicando su sexualidad sin protección (48)

Otros autores mencionan que no se puede negar que las relaciones sexuales entre los adolescentes se están presentando a edades más tempranas a raíz de diversos factores como el alargamiento de la vida académica, el cambio ideológico de la vida sexual que conlleva libertad, etc.

Sin embargo la falta de orientación y toda una serie de factores puede dar como resultado que el adolescente se enfrente a embarazo y a uniones no planeados ni deseados.(49)

46) Organización Panamericana de la Salud y OMS. 1988 Op. Cit.

47) Atkin. L.C. 1988 Embarazo durante la adolescencia en la ciudad de méxico. Causas y Consecuencias Psicosociales

48) Torres op. Cit.

49) Aldama Op. Cit..

Otro de los factores importantes que favorece el acto sexual y el embarazo son las condiciones económicas y por lo tanto sus repercusiones sociales, observándose que el embarazo premarital ocurre con mayor frecuencia en las mujeres urbanas de corta edad, las cuales presentan problemas sociales, económicos y educativos; Han observado que en la medida en que son más bajos los ingresos de los padres y la educación de estos como de los adolescentes, la actividad sexual comienza a edades más tempranas y es mayor la probabilidad de un embarazo precoz. Estos autores han concluido también, que a medida que la familia sea más grande es mayor la probabilidad de que la adolescente comience a temprana edad su actividad sexual y su maternidad. (50)

Aldana y Pérez mencionan que los adolescentes con poco nivel educativo, tiene mas probabilidades de quedar embarazadas, así como de unirse en matrimonio; por lo que concluyen que el embarazo es menos probable en las mujeres de mayor nivel académico, aunque este fenómeno es susceptible de cambios por otros factores.

También mencionan que las familias de clases trabajadoras donde la autoridad moral es débil y pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples ó ausentes y donde los adolescentes han sido criados por diferentes personas, en diferentes momentos de su vida, es en donde se presenta el incremento de la actividad sexual a edades muy tempranas y por lo tanto de embarazos no planeados ni deseados en este periodo de la adolescencia. (51)

Se puede concluir, que ha cambiado a través de los años el sustrato biológico de los adolescentes en todo el mundo. Pues como se puede apreciar, ha habido un progresivo descenso de la edad en que aparece la menarca, lo cual interactúa de manera importante con factores psicológicos y sociales causantes del embarazo adolescente.

Otro factor de gran importancia para comprender el fenómeno del embarazo adolescente es la escasez de educación sexual y por lo tanto el desconocimiento de la existencia, variedad y uso de los métodos anticonceptivos. Así como la interacción de los medios de comunicación, ya que estos comercializan los valores, las tradiciones y los estilos de vida.

En una revisión de 10 estudios que tocan el tema de la información sexual que poseen los adolescente, se encontró que las fuentes que más les habían proporcionado información eran los amigos, los libros y otros medios de comunicación masiva (52)

50) Torres Op. Cit.

51) Aldana Op. Cit.

52) Tolbert K. 1988 La Adolescente Embarazada: Características y riesgos psicosociales en la psicología en el ámbito perinatal. México INPER p.398-425

Para algunas mujeres, la información sobre sexualidad debería obtenerse a través de la familia y la escuela como fuentes principales, pero hay una fuerte resistencia a confiar en los miembros familiares por miedo o desaprobación, con lo cual se puede mencionar que la comunicación entre padres e hijos es deficiente y empeora el abordaje de estos temas, especialmente con respecto a la anticoncepción (53)

También el hecho de que la sexualidad es un tema prohibido en la mayoría de las sociedades y con frecuencia los adolescentes tienen ideas vagas y distorsionadas sobre este tema, creando la existencia de un pensamiento mágico ó de fábula personal en el que se tienen ideas como: " *no me sucederá a mi*" después de la relación sexual no puedo quedar embarazada, lo que limita el reconocimiento de los riesgos, tomando acciones precipitadas (54)

Como la adolescente que se embaraza es por lo general una que no usa ó usa de manera inadecuada los anticonceptivos, algunos estudios como el de Morrison citado por Tolbert (17) han investigado las razones por las cuales las adolescentes han reportado el no haber utilizado anticonceptivos, entre ellas se encuentran las siguientes:

- No creer posible el poder embarazarse por la edad, o por la infrecuencia de las relaciones sexuales.
- No haber anticipado tener relaciones sexuales.
- Pensar que el uso de métodos anticonceptivos resta romanticismo a la relación.
- Pensar que el usar anticonceptivos trae el riesgo de que otros van averiguar que la adolescente esta sosteniendo relaciones sexuales.
- La aversión de utilizar anticonceptivos tiene que ver porque implica una aceptación por parte de la adolescente misma de que es sexualmente activa.

Varios autores, entre ellos Aldana, Pérez, y Atkín concluyen que la adolescente no inicia su vida sexual con el fin de quedar embarazada, sino según ellas dicen: " no me gustaría que me sorprendieran con anticonceptivos" y en donde la negación es un mecanismo de defensa que la adolescente emplea para protegerse de la realidad de que es sexualmente activa y prefieren no usar métodos anticonceptivos.

Aldana y Atkín, observaron que las adolescentes conocen métodos anticonceptivos, pero prefieren no usarlos y arriesgar quedar embarazadas a ser vistas con los anticonceptivos y ser consideradas como demasiado conocedoras de estos temas o como sexualmente activas. Además de que en la cultura mexicana no es aceptable que una buena chica planee tener relaciones sexuales.

53) Organización Panamericana de la salud y OMS 1988. Op. Cit.

54) Zeina Luna M.C. 1991 Algunas consideraciones sobre el embarazo en adolescentes Tesina Licenciatura en psicología Iztacala UNAM.

55) Tolbert. Op. Cit.

Al respecto, Linenberger refiere que las relaciones de las adolescentes son esporádicas y sin planeación, sumándose la presencia de sentimientos de culpa con respecto a la sexualidad, lo que puede explicar la baja incidencia del uso de métodos anticonceptivos. (56)

En un estudio realizado por Atkín y Pick de Weiss en 1989 en una muestra representativa de hogares en la Ciudad de México; se encontró que de las mujeres entrevistadas el 82.8% habían oído hablar de los anticonceptivos orales, el 18:6% conocían de las inyecciones; el 11.30% conocían del DIU y el 5:45% conocían de la salpingoclasia y en relación a la percepción del acceso a anticonceptivos, se encontró que el 87.7% de las adolescentes entrevistadas consideraba que tenía acceso a los anticonceptivos y 80% pensaba que eran demasiado caros.

ASPECTOS SOCIALES

Entre los diversos factores contribuyentes para que se manifieste la ocurrencia del embarazo en la adolescente, el aspecto social es de gran importancia tomando en cuenta:

La mayoría de las familias de hoy en día tienen dos ingresos salariales, es decir ambos padres trabajan, lo que contribuye a una falta de supervisión hacia los adolescentes, de lo que se deduce una falta de comunicación, cordialidad, afecto o amor y en algunos casos se presenta rechazo por los adolescentes, variando entre el desinterés y la falta de preocupación por su bienestar; lo cual es relacionado con problemas conductuales, emocionales, promiscuidad adolescente, inmadurez cognoscitiva, abuso de drogas y con una gran susceptibilidad para involucrarse en actividades sexuales como un medio para buscar apoyo, autoestima y autonomía incrementando el riesgo de que se embaracen.

Autores de diversos estudios (Atkín y Pick, López y Zettina) comparten el hecho de que la calidad de las relaciones entre el adolescente y sus familiares es un factor que influye con el embarazo. Algunas circunstancias poco favorables que determinan el embarazo en adolescentes son:

- La aceptación temporal de un nuevo jefe de familia
- El cuidado de los hermanos.
- Desintegración familiar.
- Imagen paterna distante y/o negativa
- Pérdida de figuras significativas
- Conflictos y tensiones familiares
- Antecedentes familiares de embarazo adolescente. (57)

56) Linenberger M.R. Pregnant adolescents Attending Prenatal Parent Education Classes; Self - Convoy, Anxiety and Depression levels. *Adolescence* 22 pp 179-193

57) Atkín Op. cit.

Es decir constituyen familias conflictivas con problemas médicos, sociales tales como: Depresivas, alcohólicas, fármaco dependientes, prostitución entre otros.(58) La escasa comunicación, orientación y apoyo que existe entre la familia de las adolescentes es contribuyente del embarazo en estas, pues es común la falta de transmisión de información en lo que concierne a la sexualidad en este periodo de adolescencia. Estos autores concluyen que los padres son resistentes a la aceptación de los cambios en sus hijos, lo cual justifica que estos busquen compartir sus inquietudes fuera del ámbito familiar.(59)

La percepción que se tiene de los padres es crucial, ya que en algunos estudios se encontró que en la mayoría a las madres se les describe como dominantes, competidoras, retantes, con relación simbiótica y ambivalentes hacia su hija, en tanto que al padre se le considera poco afectivo, débil, pasivo ó ausente.(60)

Inclusive los afectos que se tengan por los padres son significativos, pues muchas adolescentes se embarazan por despecho, venganza o emulación hacia sus padres desafiando la autoridad y los cánones sociales al mismo tiempo.

Se puede resumir que estos factores contribuyen de manera significativa e importante al aumento de las relaciones sexuales y por ende al consecuente embarazo, pues es común que este fenómeno sé de en familias disfuncionales, donde impera tanto la falta de comunicación, como la escasez de relaciones afectivas cercanas y cálidas por lo que se puede encontrar en las adolescentes sensaciones de soledad y rechazo lo que propicia la necesidad de satisfacerlas con una pareja; además también se observa con frecuencia este fenómeno dentro de aquellas familias de condiciones económicas precarias. (61)

58) Fernández Mc. Gregor Op.cit.

59) Zetina Luna M. C. 1991 Op. Cit

60) Aldana Op. Cit.

61) Tmad Op. Cit.

COMPLICACIONES EN LA SALUD

La edad reproductiva está favorecida por las características específicas de cada mujer, pero existe un periodo idóneo donde los riesgos para la madre e hijos son mínimos, siendo en América Latina el periodo de los 20 a los 29 años de edad; por lo que la mayoría de los estudios diagnosticó, que las adolescentes embarazadas constituyen una población de alto riesgo de salud con incremento para las menores de 15 años, tanto por la elevada incidencia de complicaciones obstétricas, como por los riesgos de morbilidad y mortalidad materna, fetal e infantil que lo caracterizan, ya que este riesgo tiene que ver con la falta de maduración del sistema reproductivo, pues presentan con mayor frecuencia productos prematuros (62)

La OPS y la OMS, clasifican las repercusiones del embarazo adolescente dentro de los riesgos biológicos de la siguiente manera:

- a) Complicaciones obstetricas.
 - Deficiente atención médica durante el embarazo
 - Toxemias del embarazo y parto prematuro
 - Anemia
 - Desproporción céfalo pélvica.
 - Distocias mecánicas y dinámicas.
 - Parto prolongado y difícil
 - Muerte.
- b) Abortos provocados y sus complicaciones.
 - Perforaciones uterinas.
 - Hemorragias.
 - Infecciones.
- c) Aumento de la morbimortalidad infantil
 - Prematurez
 - Bajo peso al nacer.
 - Enfermedades congénitas.

A nivel mundial de acuerdo con la OPS y la OMS el embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años. En la mayoría de los países Latinoamericanos y del Caribe, la maternidad y el aborto están clasificados entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, siendo en Jamaica el país donde el fenómeno es más común.

La Organización Panamericana de la Salud, señaló que en México la muerte materna es la segunda causa más común en mujeres de 15 a 24 años de edad (63)

62) Tiburecio T. Avila R. H. Guintos C. R. Y García C.M. Embarazo en la Adolescencia Influencia de algunos atributos sociales Revista de perinatología y reproducción Humana No. 9 pp. 37-45

63) Organización Panamericana de la salud Op. Cit

Aldana y Pérez, señalan que una de las causas de morbimortalidad es indudablemente el aborto, porque la adolescente se expone a riesgos de salud importantes, en caso de practicárselo, pues al ser ilegal en México, se realiza en lugares clandestinos de condiciones profesionales e higiénicas precarias o inexistentes, además comúnmente se recurre cuando el embarazo esta avanzado (segundo trimestre gestacional)

Muchas de las complicaciones del embarazo y parto se pueden explicar no necesariamente por la edad de la madre, sino por la atención prenatal, es decir la evolución deplorable de muchos recién nacidos de madres adolescentes tiene que ver con la falta de vigilancia prenatal o bien el diagnóstico tardío del embarazo, ya sea por desconocimiento o por presiones sociales y familiares, lo cual va a influir sobre el retraso en el inicio de los cuidados prenatales (64)

Es considerable tomar en cuenta que las adolescentes suelen solicitar atención prenatal cuando el embarazo esta muy avanzado, lo cual se relaciona con la negación inicial del embarazo, con la incertidumbre sobre los signos del embarazo, con los periodos menstruales irregulares que pueden disfrazar el embarazo, con la culpa y otros problemas causados por conocimientos inadecuados, vergüenza y distintas motivaciones que afectan a la adolescente (65)

Las probabilidades de que una madre adolescente presente algunos de los problemas anteriormente señalados son mayores en los países en desarrollo que en los desarrollados y dichas posibilidades son más altas entre las clases más bajas socioeconómicamente, que entre los de mejor condición social en un mismo país.(66)

Entre las consecuencias psicosociales que se consideran de mayor gravedad, se encuentran la restricción de oportunidades para mejorar el nivel educativo y socioeconómico, ya que por lo general la adolescente embarazada suele interrumpir sus estudios; terminando en un matrimonio precipitado con mayor probabilidad de divorcio; además se enfrenta a problemas asociados con los nacimientos fuera del matrimonio, además de responder a las constantes demandas de sus responsabilidades como madre y de sus necesidades de adolescente.

64) Aldana y Colu. Op. Cit.

65) Motroy y Cols. Op. Cit.

66) Organización Panamericana de la salud op. Cit.

Una madre muy joven generalmente carece de estabilidad emocional, madurez y experiencia para desempeñar adecuadamente su nuevo rol.

Al respecto Aldana y Pérez mencionan que los efectos sociales por el hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativos para la madre, puesto que el embarazo y la crianza del niño, independientemente del estado civil, interrumpen oportunidades académicas y laborales, la escasa probabilidad de un matrimonio a futuro ó bien la desaparición de la pareja, rechazo social, familiar y/o de la pareja, carencia del apoyo legal o de salud, inestabilidad económica, limitada participación de la vida productiva o condiciones precarias, salarios mínimos, pocas probabilidades de ascensos, abusos, maltratos, etc. (67)

Dada la infinidad de consecuencias a nivel social que emergen del embarazo en las adolescentes, se tomaran en cuenta las más relevantes:

a) Consecuencias en la relación de pareja y familiar.

Es importante tomar en cuenta, entre las consecuencias del adolescente antes mencionadas, el que la mujer muchas veces por ser menor de edad se enfrenta a un matrimonio forzado, situación muy acostumbrada en la cultura mexicana para evitar el rechazo social, lo que incrementa las posibilidades de inestabilidad marital, emocional y divorcios.

No obstante, ante el embarazo en esta etapa de la vida, es común la ausencia de la persona de la cual la adolescente se embarazó después de la confirmación de este, provocando situaciones más conflictivas tanto para la misma adolescentes como para su familia.

Mientras que cuando la adolescente y su pareja viven juntos, ya sea a raíz del embarazo o posteriormente, se efectúan una serie de dificultades en la formación de una liga afectiva fuerte entre ellos, por no haber tenido la oportunidad de pasar por una serie de procesos que ayudan a la consolidación de la relación. Una de las tareas básicas por las que tiene que pasar una pareja recién formada, es la mutua adaptación a las necesidades del otro, así como el establecimiento de límites con las respectivas familias de origen ya que muchas veces la pareja adolescente no puede establecer un hogar independiente debido a limitantes de tipo económico.

Es común observar que la pareja viva con alguna de las familias de origen, con lo cual se dificulta la intimidad y el conocimiento entre ambos; pues en muchas ocasiones los familiares se entremeten en sus relaciones, ocasionando problemas entre ellos y propiciando una inadecuada relación de pareja y la disolución de la misma (68)

67) Aldana y Cols. Op. Cit.

68) Arcoñuz Moreno Op. Cit.

También en el caso de que la adolescente viva con su familia de origen se pueden presentar problemas de jerarquía con respecto al hijo, lo cual provoca que el niño experimente límites inconsistentes y confusos, emergiendo conductas problemáticas y manipulatorias, es decir conforme el niño va adquiriendo nuevas habilidades cognitivas y motoras requiere cada vez más que se le impongan límites de lo que es y no es permitido hacer, y cualquier miembro de la familia con autoridad, piense que hay ciertas conductas prohibitivas o permitidas para el niño mientras que la madre no esta de acuerdo con ellas (69)

Sin embargo para las adolescentes es importante la reacción y postura familiar, pues al recibir el apoyo de la misma, la menor puede reestructurar su vida, con la posibilidad de continuar con un ritmo de vida semejante al anterior al suceso del embarazo; por el contrario si la respuesta familiar es de rechazo por sus actos, la puede encaminar a problemas sociales fuertes como la prostitución, el alcoholismo, depresión y autodestrucción.(70)

Las posibilidades de que las adolescentes continúen sus estudios dependerá en gran parte por la calidad de apoyo social especialmente familiar que la adolescente reciba.

METODOS ANTICONCEPTIVOS

EL Control de la natalidad, son los diversos métodos empleados para evitar el embarazo. La planificación familiar es un concepto más amplio que se refiere a la toma de decisiones sobre cuándo y cuántos niños desea tener una pareja y a la elección del método anticonceptivo para evitar el embarazo.

La elección del método anticonceptivo es una decisión personal en la que entran en consideración diversos factores que van desde las preferencias individuales o la historia médica, hasta los riesgos, ventajas y efectos secundarios de cada método. Otra consideración a tener en cuenta es si la pareja piensa tener hijos o no en el futuro. La mayor parte de los métodos de control de natalidad son reversibles, es decir, cuando dejan de utilizarse hombres y mujeres vuelven a ser fértiles. Por el contrario, los métodos quirúrgicos son, en muchos casos, irreversibles, es decir una vez que se recurre a ellos mujeres y hombres no pueden ser padres de nuevo.(71)

69) Arocluz Moreno Ibidem.

70) Aldana Calva E. Y Cols. Op. Cit.

71) www.unq.edu.ve/salud/notas/clases...ivo/sld.htm

Ningún método de control de natalidad es eficaz al 100% a la hora de evitar el embarazo, aunque algunos resultan más eficaces que otros. La tasa de embarazos de un método anticonceptivo, también denominada tasa de fallos, se expresa habitualmente en forma de porcentaje que representa el número de embarazos esperados por cada 100 mujeres que usan el método en cuestión durante un año.

Métodos de barrera. Los métodos de barrera consisten en el bloqueo físico del útero para impedir la entrada del esperma. Incluyen el preservativo masculino y femenino, el diafragma y la esponja vaginal.

El condón, o preservativo masculino, es el método más antiguo utilizado por los hombres, y cuando se emplea de forma adecuada es eficaz en un 84% de los casos. Debido a que es barato y fácil de usar, no necesita supervisión médica y carece de efectos secundarios conocidos, es el anticonceptivo más empleado en el mundo. Además, su uso es vital para prevenir la transmisión del VIH, el virus que produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El condón también previene el contagio de otras enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea, el herpes, la hepatitis y el linfogranuloma venéreo (*véase Chlamydia*).

El preservativo femenino consiste en una funda de poliuretano con dos anillos flexibles en cada extremo. Uno de ellos se fija a la vagina, mientras que el otro permanece fuera, cubriendo parcialmente los órganos genitales externos. Utilizado correctamente tiene una eficacia del 79%, algo menor que la del preservativo masculino y, al igual que éste, no precisa de control médico. Todavía no está claro su grado de protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.

En el caso de las mujeres, el método de barrera más empleado es el diafragma, una cubierta de goma que se ajusta al cérvix (cuello del útero) y que contiene una crema o gel espermicida (destructor de esperma) que inutiliza a los espermatozoides próximos a los bordes del diafragma. Estos dispositivos están también libres de efectos secundarios, y su eficacia anticonceptiva es del 82%. Los diafragmas deben ser prescritos por el médico, quien determina el tamaño y tipo apropiado de diafragma para cada mujer.

Un sistema parecido es la esponja vaginal, impregnada de espermicida, que se introduce en el cérvix con anterioridad a la relación sexual. Su mecanismo de acción es similar al del diafragma.

Los métodos anticonceptivos de barrera causan pocos efectos secundarios, aunque algunas personas pueden presentar reacciones alérgicas a la goma del preservativo o a los espermicidas. (72)

Los espermicidas son espumas, cremas, geles o supositorios que contienen sustancias químicas que inutilizan los espermatozoides. No necesitan supervisión médica y alcanza su máxima eficacia cuando se utilizan junto a otro método, como el preservativo o el diafragma. Deben introducirse en la vagina antes de cada relación sexual y la mujer no debe ducharse hasta pasadas de 6 a 8 horas de haber mantenido relaciones. Son eficaces en un 70% a la hora de prevenir el embarazo.

El dispositivo intrauterino, o DIU, en sus diversos modelos, es un diminuto alambre de plástico o metal que se coloca en el útero. Puede estar cubierto de cobre y algunos también liberan pequeñas cantidades de un progestágeno. Su eficacia es de un 96%. Los DIU reducen la capacidad de los espermatozoides para fertilizar el óvulo e interfieren en la implantación del óvulo fecundado en las paredes del útero. El DIU debe ser colocado en el útero por un médico. Algunas mujeres experimentan calambres uterinos y aumento del flujo menstrual cuando utilizan el DIU, y existen algunas pruebas de que estos dispositivos aumentan el riesgo de infección pélvica. Otros efectos secundarios adversos incluyen la reacción alérgica al cobre y la perforación de la pared del útero. Una complicación más grave, que ocurre en muy pocas ocasiones, es el embarazo ectópico, es decir, la implantación del huevo fertilizado fuera del útero.

Los anticonceptivos hormonales son sustancias químicas que funcionan mediante la alteración del modelo hormonal normal de una mujer para que no se produzca la ovulación. Actúan sobre el revestimiento uterino para evitar la implantación del huevo fecundado en el útero, y modifican la composición del moco cervical. Estos anticonceptivos pueden ser administrados en forma oral (píldora), inyectable o mediante implantes. Cuando se usan adecuadamente, los anticonceptivos hormonales son un método de control de natalidad muy eficaz que, sin embargo, no ofrece protección frente a las enfermedades de transmisión sexual, tales como el SIDA.

Los anticonceptivos orales incluyen las píldoras combinadas, que contienen estrógenos y progestina (una forma sintética de progesterona) y las píldoras sólo de progestina. Para evitar embarazos, debe tomarse una píldora durante 21 días, después de los cuales se descansa durante un periodo de 7 días. Su eficacia es del 94 por ciento.

El uso de anticonceptivos orales puede aliviar los dolores menstruales, reducir el flujo menstrual y ofrecer cierta protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica, el cáncer de ovario y endometrio y la endometriosis (crecimiento de tejido uterino fuera del útero). Puede provocar efectos secundarios adversos, como sangrado intermenstrual, cefaleas, hipertensión, aumento de peso, cambios de humor, descenso del deseo sexual, enfermedades cardíacas, insuficiencias respiratorias, galactorrea e interacciones medicamentosas. (73)

La píldora del día después o píldora postcoital es un método anticonceptivo de emergencia similar a la píldora pero con mayor cantidad de hormonas. La mujer debe tomar la píldora de emergencia hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual sin protección y, normalmente, debe tomar otra 12 horas más tarde. Dependiendo de en qué momento del ciclo se encuentre la mujer, la píldora postcoital puede inhibir o retrasar la ovulación o impedir la implantación del huevo fecundado.

Un método anticonceptivo innovador para las mujeres es el implante Norplant. Consiste en seis pequeñas cápsulas que contienen progestina y que se implantan quirúrgicamente en el brazo de la mujer y van liberando poco a poco pequeñas cantidades de esta hormona sintética. Este implante subdérmico dura hasta cinco años. Los efectos secundarios adversos que puede provocar son aumento del flujo menstrual, sangrado intermenstrual, infección en la zona del implante, dolor de cabeza, aumento de peso y galactorrea.

El fármaco anticonceptivo inyectable, una forma sintética de progesterona denominada acetato de medroxiprogesterona, se inyecta en el músculo del brazo o del glúteo cada tres meses. Los efectos secundarios negativos incluyen aumento de peso, sangrados irregulares, dolor de cabeza, depresión, disminución del deseo sexual y dolor abdominal.

Esterilización quirúrgica. Los métodos de esterilización quirúrgica, la vasectomía en los hombres y la ligadura de trompas en las mujeres, son eficaces casi en un 100%. Sin embargo, estos métodos no protegen frente al SIDA y son métodos anticonceptivos permanentes. Aunque en algunos casos pueden ser reversibles, no deben efectuarse con la esperanza de que puedan serlo.

La vasectomía debe realizarse en una clínica con el empleo de anestesia local. Se hacen dos pequeñas incisiones en el escroto y se cortan los dos conductos deferentes (que llevan el espermatozoides de los testículos al pene).

La ligadura de trompas es algo más complicada y requiere anestesia local o general. Se lleva a cabo cortando y ligando las trompas de Falopio, los conductos que llevan el óvulo del ovario al útero.

La planificación familiar natural puede llevarse a cabo mediante el método de Ogino-Knaus o método rítmico, que se basa en la abstinencia de contacto sexual durante los días fértiles. El periodo fértil se extiende desde cinco días antes de la ovulación hasta dos días después de la misma. La predicción se efectúa controlando los cambios en la temperatura corporal basal de la mujer para conocer el momento de la ovulación, o identificando los cambios de la mucosidad cervical que indican la ovulación, o ambos. Por lo general, la temperatura se incrementa un grado el día de la ovulación y permanece así durante varios días.⁽⁷⁴⁾

74) *Idem.*

El moco cervical transparente, húmedo y viscoso o elástico indica fertilidad. Cuando se realiza de forma correcta este método tiene una eficacia del 81%. La abstinencia periódica de las relaciones sexuales es aceptada como método de control de natalidad por aquellas religiones que rechazan el uso de anticonceptivos. Este método no tiene efectos secundarios pero supone el esfuerzo de evitar las relaciones sexuales en días concretos y no proporciona protección frente a las enfermedades de transmisión sexual.

El coito interrumpido (*coitus interruptus*) es otro método de planificación familiar natural que consiste en la retirada del pene de la vagina antes de que se produzca la eyaculación, para evitar la inseminación y la fecundación del óvulo. Este método no es muy recomendable ya que los fluidos que segrega el pene cuando comienza a estar erecto pueden contener espermatozoides suficientes para originar un embarazo. Este método tiene el inconveniente añadido de que la interrupción puede no producirse a tiempo. Además, el pene no debe reintroducirse en la vagina tras la eyaculación ya que el espermatozoide puede quedar retenido en la uretra. El *coitus interruptus* tiene una eficacia del 76 por ciento.⁽⁷⁵⁾

HISTORIA DEL CONTROL DE NATALIDAD.

El control de natalidad ha sido una de las preocupaciones de la humanidad a lo largo de la historia. En el tratado médico *Ebers Papyrus*, escrito en el siglo 1550 a.C., ya se describía algún método anticonceptivo. Aristóteles recomendaba, como modo de impedir el embarazo, una mezcla de incienso, cedro y aceite de oliva. Los primeros anticonceptivos eran simples barreras mecánicas colocadas en la vagina que impedían que el espermatozoide eyaculado durante el coito fecundara el óvulo. Entre los muchos compuestos que se han utilizado para impedir el embarazo están las mezclas de excrementos de cocodrilo y miel utilizadas por las mujeres egipcias, las esponjas marinas, la quinina, la sal de roca, el alumbre y diversos brebajes a base de hierbas.

El mecanismo del DIU fue desarrollado por turcos y árabes que insertaba piedras del tamaño de un guisante en el útero de las hembras de camello para evitar que quedaran embarazadas mientras atravesaban el desierto. Aunque el uso de fundas de colores para el pene se remonta a los antiguos egipcios, parece claro que su función era más decorativa que anticonceptiva. En el siglo XVI el anatomista italiano Gabriel Falopio inventó el condón de lino húmedo para proteger a los hombres del contagio de la sífilis. Los preservativos hechos de tripas de cordero fueron ideados por un médico inglés del siglo XVII. Casanova se refería al condón como "el abrigo inglés".⁽⁷⁶⁾

75) *Idem*.

76) Enciclopedia Encarta.

Pero no fue hasta el año 1844, a partir del perfeccionamiento de los procesos de producción del caucho, cuando el uso del condón se extendió como método de control de natalidad.

Dichos procesos de producción del caucho también fueron decisivos para el desarrollo del diafragma moderno, que fue ideado en 1838 por un médico alemán.

El interés por el problema de la superpoblación ha existido desde los tiempos antiguos. Los filósofos griegos Platón y Aristóteles advirtieron de los peligros de un exceso de población. Sin embargo, fue en 1798 a partir de la obra del economista británico Thomas Robert Malthus cuando se despertó un interés general por el problema de la superpoblación. Malthus expresó su temor a que la población creciese a un ritmo tal que llegara a agotar los recursos alimenticios. La obra de Malthus estimuló los movimientos a favor del control de natalidad.

El primer movimiento organizado hacia ese fin se desarrolló en el siglo XIX. Estos primeros esfuerzos, sin embargo, encontraron resistencia en forma de oposición individual o religiosa. Margaret Sanger, una enfermera americana, fue una defensora a ultranza del control de natalidad. Sanger difundió información sobre los métodos anticonceptivos y fue condenada, retirándose posteriormente los cargos, por difundir información obscena.

La inglesa Marie Stopes defendió también el derecho de las mujeres a controlar cuándo querían tener sus hijos. En su obra *La maternidad sabia* (1918) describía los distintos métodos anticonceptivos disponibles en el mercado. En 1921 inauguró su primera clínica para el control de la natalidad.

En la actualidad, unos ochenta países han adoptado programas de control de natalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha ayudado a muchos de ellos a organizar y fomentar programas de planificación familiar. La OMS también patrocina programas de investigación sobre anticoncepción y planificación familiar. Entre los objetivos del Forum Internacional sobre Población en el siglo XXI, celebrado en 1989, figura incrementar al 59% la proporción mundial de mujeres en edad fértil que utilicen anticonceptivos. Aunque en la actualidad los métodos de control de natalidad son más numerosos y eficaces, la superpoblación y los embarazos no deseados continúan siendo un problema en muchas partes del mundo.

(77)

SEXUALIDAD

La Sexualidad es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

El concepto de sexualidad comprende tanto el impulso sexual, dirigido a la reproducción y al goce inmediato, como a los diferentes aspectos de sentimiento corporal (sentirse hombre o mujer) y de expectativas de rol social. En la vida cotidiana la sexualidad cumple un papel muy destacado, ya que en sus aspectos emocionales y sociales va mucho más allá de la simple procreación y de su condicionamiento social.

Además de la unión sexual y emocional entre personas de diferente sexo (*véase* Heterosexualidad), existen relaciones entre personas del mismo sexo (*véase* Homosexualidad) que, aunque tengan una larga tradición (ya existían en la antigua Grecia), han sido hasta ahora sancionadas en la sociedad por influencias morales o religiosas.

Durante siglos se consideró que la sexualidad en los animales y en los hombres era básicamente de tipo instintivo (*véase* Instinto). En esta creencia se basaron las teorías para fijar las formas no naturales de la sexualidad, entre las que se incluían todas aquellas prácticas no dirigidas a la procreación. Hoy, sin embargo, sabemos que también algunos mamíferos muy desarrollados presentan un comportamiento sexual diferenciado, que incluye, además de formas de (aparente) homosexualidad, variantes de la masturbación y la violación. La psicología moderna deduce, por tanto, que la sexualidad puede o debe ser aprendida. Los tabúes sociales o religiosos —aunque a veces han tenido su razón de ser en algunas culturas o tiempos históricos, como en el caso del incesto— pueden condicionar considerablemente el desarrollo de una sexualidad sana desde el punto de vista psicológico.

El neurólogo Sigmund Freud postuló la primera teoría sobre el desarrollo sexual progresivo en el niño, con la que pretendía explicar el desarrollo de la personalidad normal y anormal del mismo. Según Freud, el desarrollo sexual se inicia con la fase oral, caracterizada porque el niño obtiene una máxima satisfacción al mamar, para continuar con la fase anal, en la que predominan los impulsos agresivos y sádicos. Después de una fase latente o de reposo, se inicia la tercera fase del desarrollo, la genital, con el interés centrado en los órganos sexuales (*véase* Aparato reproductor). La alteración de una de estas tres fases conduce, según la teoría de Freud, a la aparición de trastornos específicos sexuales o de la personalidad. Con el paso del tiempo, algunas de las tesis postuladas en su teoría del psicoanálisis han sido rechazadas, en especial sus teorías sobre la envidia del pénis y la vida sexual de la mujer.(78)

A partir de la década de 1930 comenzó la investigación sistemática realizada de los fenómenos sexuales. Posteriormente, la sexología, rama interdisciplinaria de la psicología, relacionada con la biología y la sociología, tuvo un gran auge al estar apoyada, en algunos casos, por la propia sociedad (principalmente durante la denominada 'ola sexual' de la década de 1970).

Los primeros estudios científicos sobre el comportamiento sexual se deben a Alfred Charles Kinsey y a sus colaboradores. En ellos pudo observarse que existen grandes diferencias entre el comportamiento socialmente deseado y exigido, y el comportamiento real. Asimismo, se observó que no existe una clara separación entre el comportamiento heterosexual y el homosexual, ya que según encuestas de esa época, el 10% de las mujeres y el 28% de los hombres admitían tener comportamientos homosexuales y un 37% de los hombres estar interesados en la homosexualidad. En la década de 1960 William H. Masters y Virginia E. Johnson investigaron por primera vez en un laboratorio los procesos biológicos de la sexualidad, emitiendo su famoso 'informe de Masters y Johnson'.

Actualmente, en el límite de las múltiples formas ampliamente aceptadas de comportamiento sexual se encuentran las perversiones sexuales, consideradas por el propio individuo y el entorno social como una carga, calificadas de 'enfermizas' y, por tanto, con necesidad de tratamiento psicoterapéutico. (79)

DERECHOS REPRODUCTIVOS

La sexualidad y la reproducción son asuntos de vida y muerte, de gran satisfacción y de profundo sufrimiento, de pasión y de frío cálculo, de intimidad y políticas sociales.

Los derechos reproductivos surgen como resultado de la ampliación y el enriquecimiento del concepto del derecho a la salud. En 1996 La Asamblea General de la ONU, menciona por primera vez que el tamaño de la familia debe ser una libre opción de la pareja.

En 1979 se firma la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que ha sido ratificada por nuestros países y que en su artículo 12, exige se brinden a las mujeres servicios de atención adecuados en planificación familiar, embarazo, parto y puerperio. (80)

79) *Ibidem*.

80) <http://www.intec.edu.ve/~cdp/docs/embarazadofescente.html>

De 1992 a 1996 se realiza un ciclo de Conferencias Internacionales de las Naciones Unidas. Donde se reconocen los Derechos Reproductivos como tales y se produce un avance sin precedentes en esta materia, y también en parte de los derechos sexuales.

Entre estas Conferencias, la más importante es la de el Cairo de Septiembre de 1994, donde por primera vez la Comunidad Internacional define los términos " derechos reproductivos " y " salud reproductiva " Hasta hace muy poco tiempo, el interés estuvo centrado casi exclusivamente en los derechos reproductivos. Además el énfasis estaba puesto en el periodo fértil de las mujeres sin considerar las otras etapas del ciclo vital ni la responsabilidad de los varones en la reproducción humana.

Desde el movimiento de Mujeres se han desplegado esfuerzos para lograr que la mujer sea considerada y se considere a si misma como una persona con capacidad de decisión sobre su cuerpo, su sexualidad y sobre su vida, y para que estos temas puedan ser hablados de manera abierta sin prejuicios ni tabús.

La sexualidad debe ser considerada como un conjunto de valores, actitudes, prácticas, mitos, etc, contruidos socialmente, que difieren de acuerdo a la cultura y que han cambiado con el paso del tiempo.

Los derechos sexuales; incluyen el derecho de las personas a tener control sobre su sexualidad y a decidir libremente en materias relacionadas con ella. Significa tener derecho al placer sexual, al ejercicio de la sexualidad, a tomar decisiones sobre con quien, cuando y como disfrutar de su sexualidad, con pleno respeto por la integridad física, psíquica y moral. Incluye el derecho a no sufrir discriminación por la orientación sexual.

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos; y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

Según se documento durante la Conferencia de Beijing, cada año más de 15 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años son madres. La maternidad a edades muy tempranas entraña complicaciones durante el embarazo y el parto y conlleva riesgos de muerte para las madres muy superiores a la media. (81)

81) Ibidem.

Los niveles de morbilidad y mortalidad entre las hijas e hijos de madres jóvenes son muy elevadas. La maternidad precoz sigue constituyendo un impedimento para el avance de las mujeres a nivel educativo, económico y social en todo el mundo.

En general el matrimonio y la maternidad precoces pueden reducir gravemente las oportunidades educativas y de empleo y pueden afectar negativamente a largo plazo la calidad de vida de las mujeres y de sus hijos.

La violencia sexual y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH / SIDA. Tienen un efecto devastador en la salud infantil y en especial en las niñas que son más vulnerables que los niños a las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección y prematuras.

Derechos sexuales:

- Derecho a adoptar decisiones libre y responsablemente sobre la sexualidad y tener control sobre el propio cuerpo.
- Derecho a vivir libremente la orientación sexual deseado, sin temor a sufrir discriminación, coacción u violencia.
- Derecho a recibir educación sexual, no sexista.
- Derecho a disfrutar de un adecuado nivel de salud sexual.
- Derecho a gozar del progreso científico y a consentir libremente a la experimentación.
- Derecho a la privacidad.

Derechos reproductivos:

- Derecho a adoptar decisiones libres y responsablemente sobre tener o no tener descendencia, sin temor a coacciones, discriminación o violencia; y a decidir el número, espaciamiento y momento para tener hijos.
- Derecho a tener información y medios adecuados para poder ejercer la toma de decisiones.
- Derecho de acceder al mas alto nivel de salud reproductiva (82)

RESULTADOS

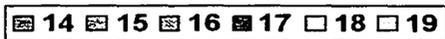
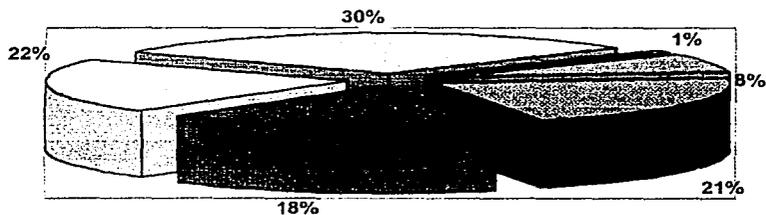
Cuadro # 1 : Distribución por grupo de edad de las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
14	1	1.0	1.0
15	8	8.0	9.0
16	21	21.0	30.0
17	18	18.0	48.0
18	22	22.0	70.0
19	30	30.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto, en el Hospital General de Acapulco, Guerrero.

La edad que predominó mas fue la de 19 años con un 30 %, con una media de 16 años.

Gráfica de pastel de la distribución por grupo de edad de las adolescentes que acuden a la atención de su parto al hospital general de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



Fuente: Cuadro #1.

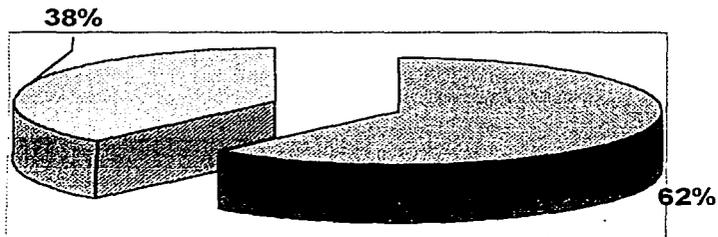
Cuadro # 2 : Distribución de datos respecto al cambio de estado civil a causa del embarazo de las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿MODIFICÓ SU ESTADO CIVIL?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO	62	62.0	62.0
SI	38	38.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 62% no modificó su estado civil.

Grafica de pastel de la distribución de datos respecto al cambio de estado civil a causa del embarazo de las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al hospital general de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



NO SI

Fuente: Cuadro #2.

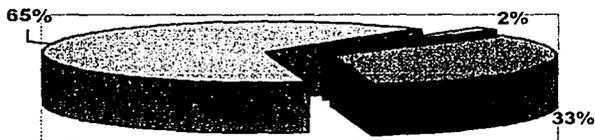
Cuadro # 3. Distribución de datos del estado civil actual de las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SOLTERA	33	33.0	33.0
CASADA O UNIÓN LIBRE	65	65.0	98.0
SEPARADA, DIVORCIADA O VIUDA	2	2.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 65 % de las adolescentes encuestadas, estaban casadas ó en unión libre.

Gráfica de pastel de la distribución de datos del estado civil actual de las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



Fuente: Cuadro 3.

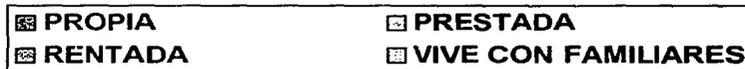
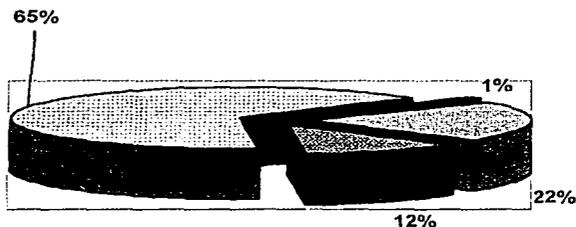
Cuadro # 4. Distribución de datos respecto a la situación de la casa que habitan las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿LA CASA QUE HABITA ES?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PROPIA	9	9.0	9.0
PRESTADA	20	20.0	29.0
RENTADA	11	11.0	40.0
VIVE CON SUS FAMILIARES	60	60.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 60% de las adolescentes encuestadas vive con sus familiares.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto a la situación de la casa que habitan las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al hospital general de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



Fuente: Cuadro # 4

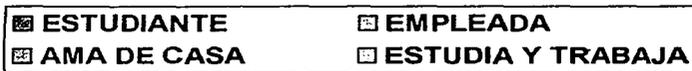
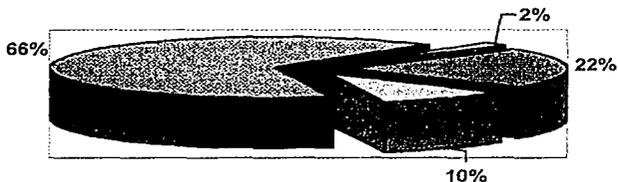
Cuadro # 5. Distribución de datos respecto a la ocupación actual de las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

OCUPACIÓN ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
ESTUDIANTE	22	22.0	22.0
EMPLEADA	10	10.0	32.0
AMA DE CASA	66	66.0	98.0
ESTUDIA Y TRABAJA	2	2.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 66% eran amas de casa.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto a la ocupación actual de las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



Fuente: Cuadro 5.

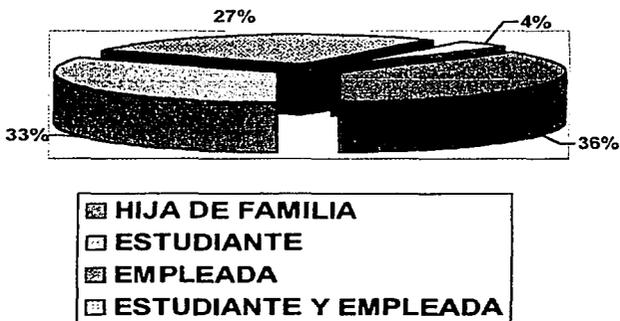
Cuadro # 6. Distribución de datos respecto a la ocupación que tenían las adolescentes antes de su embarazo, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿ANTES DEL EMBARAZO A QUE SE DEDICABA?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
HJA DE FAMILIA	36	36.0	36.0
ESTUDIANTE	33	33.0	69.0
EMPLEADA	27	27.0	96.0
ESTUDIANTE Y EMPLEADA	4	4.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 33 % de las adolescentes, estudiaban antes de su embarazo.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto a la ocupación que tenían las adolescentes antes de su embarazo, que acudieron a la atención de su parto al hospital general de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



Fuente: Cuadro 6

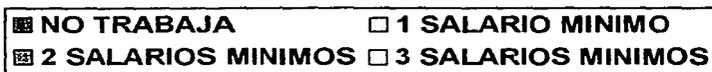
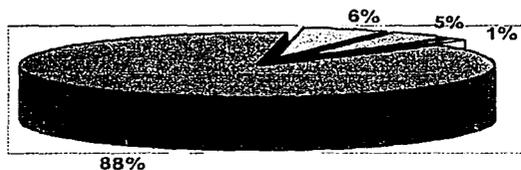
Cuadro #7. Distribución de datos respecto al salario diario que perciben las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿SI TRABAJA. CUÁNTO PERCIBE DE SALARIO AL DÍA?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO TRABAJA	88	88.0	88.0
1 SALARIO MÍNIMO	6	6.0	94.0
2 SALARIOS MÍNIMOS	5	5.0	99.0
3 SALARIOS MÍNIMOS	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco, Gro.

Con respecto al salario que perciben las adolescentes, el 11% percibe de 1- 2 salarios mínimos.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al salario diario que perciben las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



Fuente: Cuadro 7.

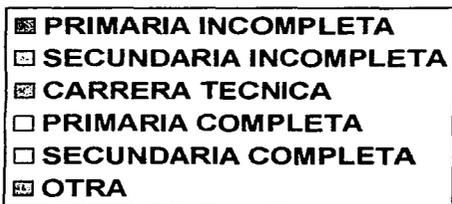
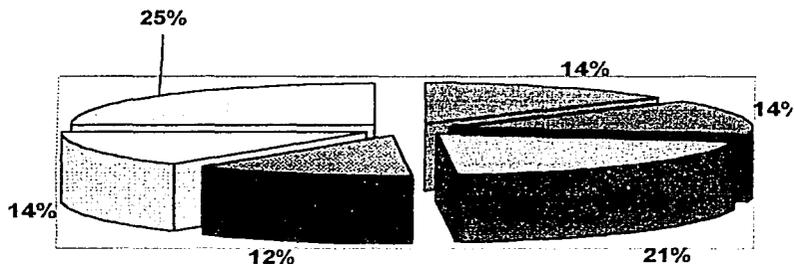
Cuadro # 8. Distribución de datos con respecto a la escolaridad de las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PRIMARIA INCOMPLETA	14	14.0	14.0
SECUNDARIA INCOMPLETA	21	21.0	35.0
CARRERA TÉCNICA	12	12.0	47.0
PRIMARIA COMPLETA	14	14.0	61.0
SECUNDARIA COMPLETA	25	25.0	86.0
OTRA	14	14.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco, Gro.

Con respecto a la escolaridad el 72% tiene estudios de secundaria ó más.

Gráfica de pastel de la distribución de datos con respecto a la escolaridad de las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



Fuente: Fuente cuadro 8.

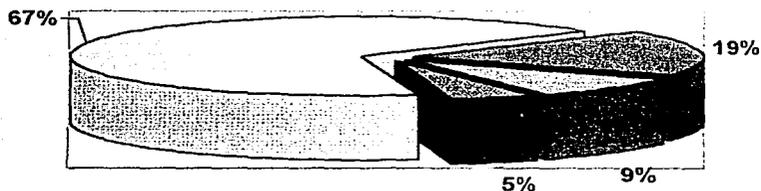
Cuadro # 9. Distribución de datos respecto a si por su embarazo modificaron su situación escolar las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿SU EMBARAZO MODIFICÓ SU SITUACIÓN ESCOLAR?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI, DEJÓ DE ESTUDIAR	19	19.0	19.0
NO, CONTINUA ESTUDIANDO	9	9.0	28.0
ABANDONO LA ESCUELA. PERO CONTINUARÁ DESPUÉS.	5	5.0	33.0
YA NO ESTUDIABA CUANDO SE EMBARAZO	67	67.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 76% no modifico su situación escolar.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto a la situación escolar durante el embarazo en las adolescentes antes de su embarazo, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



- SI DEJO DE ESTUDIAR
- NO, CONTINUA ESTUDIANDO
- ABANDONO LA ESCUELA PERO CONTINUARA DESPUES
- YA NO ESTUDIABA CUANDO SE EMBARAZO

Fuente: Cuadro 9.

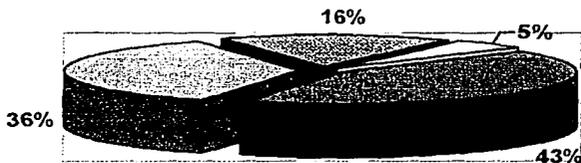
Cuadro #10. Distribución de datos respecto al conocimiento de las partes que integran el aparato reproductor femenino, referido por las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

NÚMERO DE ORGANOS DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO?	FRECUENCIAS	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
0- 1 ORGANO	43	43.0	43.0
2- 3 ORGANOS	36	36.0	79.0
4- 5 ORGANOS	16	16.0	95.0
5 Ó MÁS	5	5.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 43 % conoce solo un órgano del aparato reproductor femenino.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al conocimiento de las partes que integran el aparato reproductor femenino, referido por las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



Fuente: Cuadro 10

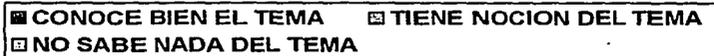
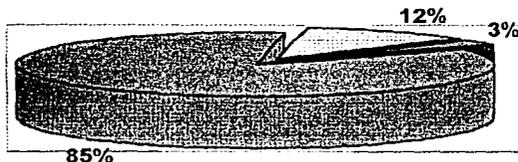
Cuadro # 11. Distribución de datos respecto al conocimiento que tienen acerca de la menstruación las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

CONOCIMIENTO DE LA MENSTRUACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONOCE BIEN EL TEMA	3	3.0	3.0
TIENE NOCIÓN DEL TEMA	85	85.0	88.0
NO SABE NADA DEL TEMA	12	12.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

Solo un 3% conoce bien el tema de la menstruación.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al conocimiento que tienen acerca de la menstruación las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



Fuente: Cuadro 11.

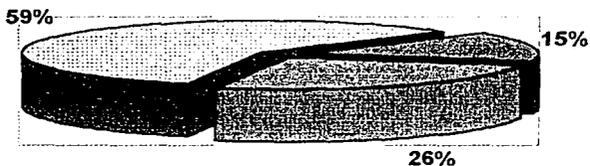
Cuadro #12. Distribución de datos respecto al conocimiento que tienen acerca de la fecundación las adolescentes. que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿QUE ENTIENDE POR FECUNDACIÓN?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONOCE BIEN EL TEMA	15	15.0	15.0
TIENE NOCIÓN DEL TEMA	26	26.0	41.0
NO SABE NADA DEL TEMA	59	59.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 59% no sabe nada acerca del tema de la fecundación.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al conocimiento que tienen acerca de la fecundación las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



■ CONOCE BIEN EL TEMA	■ TIENE NOCION DEL TEMA
■ NO SABE NADA DEL TEMA	

Fuente: Cuadro 12.

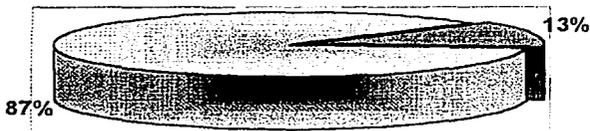
Cuadro #13. Distribución de datos respecto al conocimiento que tienen acerca de la ovulación las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿QUE ES LA OVULACIÓN?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SABE	13	13.0	13.0
NO SABE	87	87.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco, Gro.

El 87 % de las adolescentes encuestadas, no sabe nada acerca de la ovulación.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al conocimiento que tienen acerca de la ovulación las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



SABE NO SABE

Fuente: Cuadro 13.

Cuadro # 14. Distribución de datos respecto al conocimiento que tienen acerca de cuando ocurre la ovulación las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿CUANDO OCURRE LA OVULACIÓN?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SABE	10	10.0	10.0
NO SABE	90	90.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco, Gro.

El 90 % de las adolescentes encuestadas, no sabe cuando ocurre la ovulación.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al conocimiento que tienen acerca de cuando ocurre la ovulación las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



SABE NO SABE

Fuente: Cuadro 14.

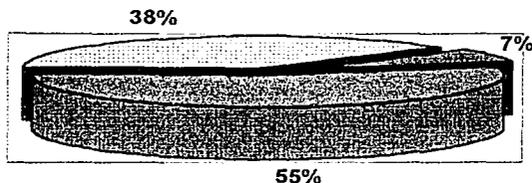
Cuadro #15. Distribución de datos respecto al conocimiento que tienen de cuando puede quedar embarazada una mujer, las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿SABE CUÁNDO PUEDE QUEDAR EMBARAZADA UNA MUJER?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONOCE BIEN EL TEMA	7	7.0	7.0
TIENE NOCIÓN DEL TEMA	55	55.0	62.0
NO SABE NADA DEL TEMA	38	38.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

Solo el 7 % sabe cuando puede quedar embarazada una mujer.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al conocimiento que tienen de cuando puede quedar embarazada una mujer, las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



<input checked="" type="checkbox"/> CONOCE BIEN EL TEMA	<input checked="" type="checkbox"/> TIENE NOCION DEL TEMA
<input type="checkbox"/> NO SABE NADA DEL TEMA	

Fuente: Cuadro 15.

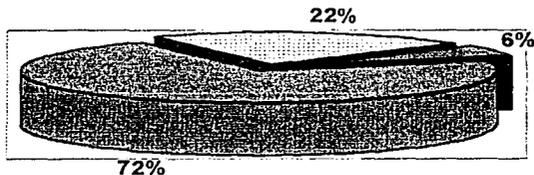
Cuadro # 16. Distribución de datos respecto a los métodos anticonceptivos que conocen las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿QUE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCES?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONOCE BIEN EL TEMA	6	6.0	6.0
TIENE NOCIÓN DEL TEMA	72	72.0	78.0
NO SABE NADA DEL TEMA	22	22.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco, Gro.

Solo el 6% conoce los métodos anticonceptivos.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto a los métodos anticonceptivos que conocen las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



CONOCE BIEN EL TEMA TIENE NOCIÓN DEL TEMA
 NO SABE NADA DEL TEMA

Fuente: Cuadro 16.

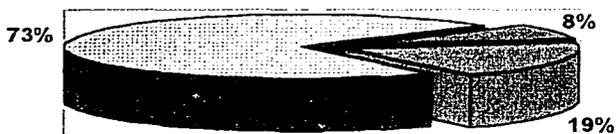
Cuadro # 17- a. Distribución de datos respecto al conocimiento que tienen del uso del DIU, las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿SABE COMO UTILIZAR EL DIU?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SABE COMO UTILIZARLO	8	8.0	8.0
TIENE NOCIÓN DE COMO UTILIZARLO	19	19.0	27.0
NO SABE COMO UTILIZARLO	73	73.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 73 % de las adolescentes encuestadas, no sabe como se usa el dispositivo intrauterino.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al conocimiento que tienen del uso del DIU, las adolescentes que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | SABE COMO UTILIZARLO |
| <input checked="" type="checkbox"/> | TIENE NOCION DE CÓMO UTILIZARLO |
| <input type="checkbox"/> | NO SABE COMO UTILIZARLO |

Fuente: Cuadro 17- a

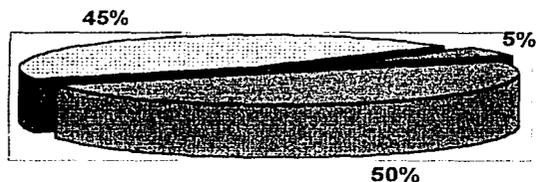
Cuadro # 17- b. Distribución de datos respecto al conocimiento que tienen del uso del condón las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿SABE COMO UTILIZAR EL CONDÓN?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SABE COMO UTILIZARLO	5	5.0	5.0
TIENE NOCIÓN DE CÓMO USARLO	50	50.0	55.0
NO SABE COMO UTILIZARLO	45	45.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 45% de las adolescentes encuestadas, no sabe como se usa el condón.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al conocimiento que tienen del uso del condón las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | SABE COMO UTILIZARLO |
| <input checked="" type="checkbox"/> | TIENE NOCIÓN DE CÓMO UTILIZARLO |
| <input type="checkbox"/> | NO SABE COMO UTILIZARLO |

Fuente: Cuadro 17-b

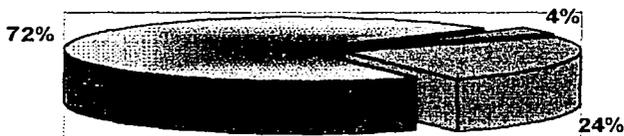
Cuadro # 17- c. Distribución de datos respecto al conocimiento que tienen del uso de la inyección anticonceptiva las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿SABE COMO UTILIZAR LA INYECCIÓN ANTICONCEPTIVA?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI SABE	4	4.0	4.0
TIENE NOCIÓN DE COMO SE USA	24	24.0	28.0
NO SABE COMO SE USA	72	72.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 72 % de las adolescentes encuestadas, no sabe como se usa la inyección anticonceptiva.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al conocimiento que tienen del uso de la inyección anticonceptiva las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



■	SI SABE
■	TIENE NOCION DE CÓMO SE USA
■	NO SABE COMO SE USA

Fuente: Cuadro 17-c

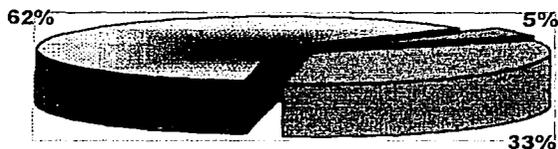
Cuadro # 17-d. Distribución de datos respecto al conocimiento que tienen del uso de la píldora anticonceptiva las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿SABE COMO TOMAR LA PÍLDORA ANTICONCEPTIVA?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI SABE COMO SE TOMA	5	5.0	5.0
TIENE NOCIÓN DE COMO SE TOMA	33	33.0	38.0
NO SABE COMO SE TOMA	62	62.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 62% no sabe como se toma la píldora anticonceptiva.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al conocimiento que tienen del uso de la pildora anticonceptiva las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



- | | |
|-------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | SI SABE |
| <input checked="" type="checkbox"/> | TIENE NOCIÓN DE CÓMO SE TOMA |
| <input type="checkbox"/> | NO SABE COMO SE TOMA |

Fuente: Cuadro 17-d

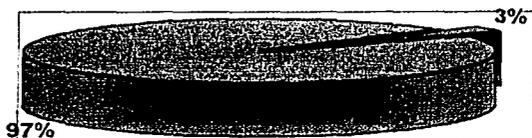
Cuadro # 17-e. Distribución de datos respecto al conocimiento que tienen del método del ritmo las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿SABE COMO UTILIZAR EL MÉTODO DEL RITMO?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
TIENE NOCIÓN DE COMO USARLO	3	3.0	3.0
NO SABE COMO USARLO	97	97.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 97 % de las adolescentes encuestadas, no sabe como se lleva el método del ritmo.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al conocimiento que tienen del método del ritmo las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



■ TIENE NOCIÓN DE CÓMO USARLO
□ NO SABE COMO USARLO

Fuente: Cuadro 17-e

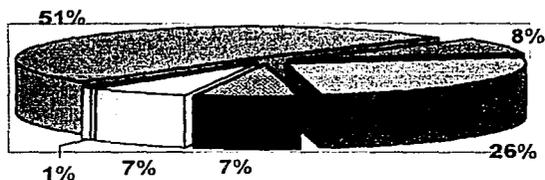
Cuadro # 18. Distribución de datos respecto al uso de los métodos anticonceptivos por las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿QUE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HA UTILIZADO?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
DIU	8	8.0	8.0
CONDÓN	26	26.0	34.0
INYECCIÓN	7	7.0	41.0
PÍLDORA	7	7.0	48.0
RITMO	1	1.0	49.0
NINGUNO	51	51.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 51 % de las adolescentes encuestadas, no ha utilizado ningún método anticonceptivo.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al uso de los métodos anticonceptivos por las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



DIU	CONDON	INYECCION
PILDORA	RITMO	NINGUNO

Fuente: Cuadro 18

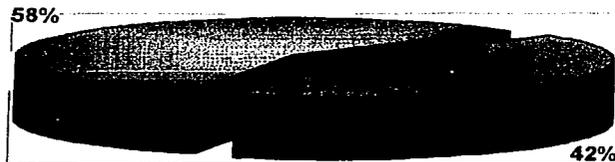
Cuadro #19. Distribución de datos respecto a si recibieron o no orientación sexual las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿HA RECIBIDO ORIENTACIÓN SEXUAL?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO	42	42.0	42.0
Si	58	58.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 42 % de las adolescentes encuestadas no recibió orientación sexual.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto a si recibieron o no orientación sexual las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



■ NO ■ SI

Fuente: Cuadro 19

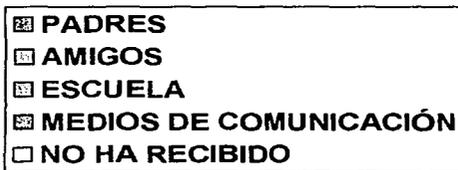
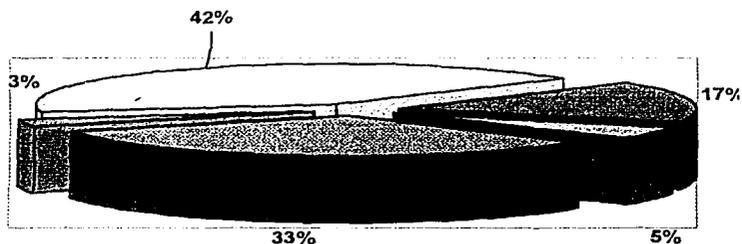
Cuadro # 20. Distribución de datos respecto a quien proporcionó orientación sexual a las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿DE QUIÉN HA RECIBIDO ORIENTACIÓN SEXUAL?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PADRES	17	17.0	17.0
AMIGOS	5	5.0	22.0
ESCUELA	33	33.0	55.0
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	3	3.0	58.0
NO HA RECIBIDO ORIENTACIÓN SEXUAL	42	42.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 33% recibió orientación sexual en la escuela.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto a quien proporcionó orientación sexual a las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



Fuente: cuadro 20

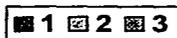
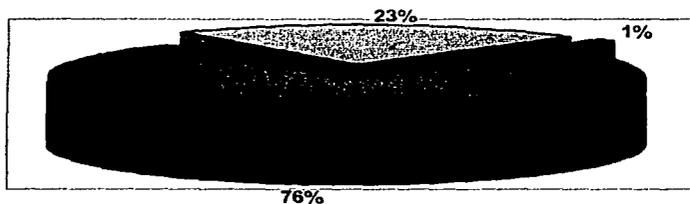
Cuadro # 21. Distribución de recurrencia de embarazos que han tenido las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
1	76	76.0	76.0
2	23	23.0	99.0
3	1	1.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 24 % de las adolescentes encuestadas ha tenido más de dos embarazos.

Gráfica de pastel de la distribución de recurrencia de embarazos que han tenido las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



Fuente: Cuadro 21

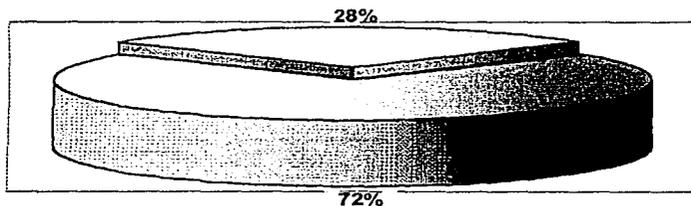
Cuadro # 22. Distribución de datos respecto a la planeación del último embarazo en las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

PLANEÓ EL ÚLTIMO EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO	72	72.0	72.0
SI	28	28.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 72 % de las adolescentes encuestadas, no planeó su embarazo.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto a la planeación del último embarazo en las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



NO SI

Fuente: Cuadro 22

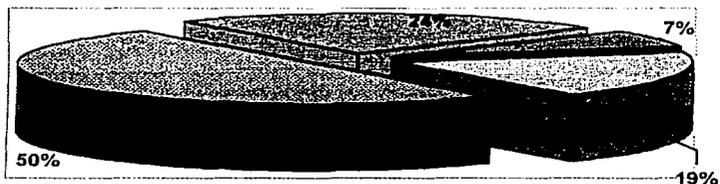
Cuadro # 23. Distribución de datos respecto al número de consultas prenatales que recibieron las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿CUANTAS VECES FUE A CONSULTA PRENATAL?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NINGUNA	7	7.0	7.0
1 - 2 VECES	19	19.0	26.0
3 - 4 VECES	50	50.0	76.0
5 Ó MÁS	24	24.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 26 % de las adolescentes encuestadas, recibió de 2 consultas prenatales o menos.

Gráfica de pastel de la distribución de datos respecto al número de consultas prenatales que recibieron las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



■ NINGUNA ■ 1 - 2 VECES ■ 3 - 4 VECES ■ 5 O MAS

Fuente: Cuadro 23

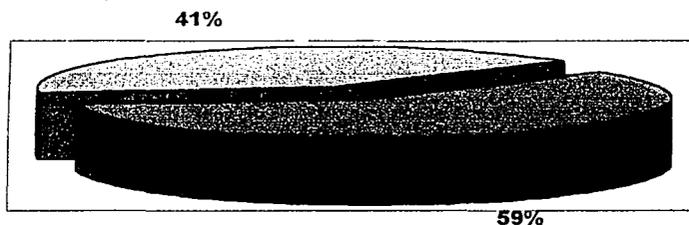
Cuadro # 24. Distribución de datos respecto a la presencia de alguna complicación durante el embarazo en las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿PRESENTO ALGUNA COMPLICACIÓN DURANTE SU EMBARAZO?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO	59	59.0	59.0
SI	41	41.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

El 41 % de las adolescentes encuestadas presento alguna complicación.

Grafica de pastel de la distribución de datos respecto a la presencia de alguna complicación durante el embarazo en las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



■ NO ■ SI

Fuente: Cuadro 24

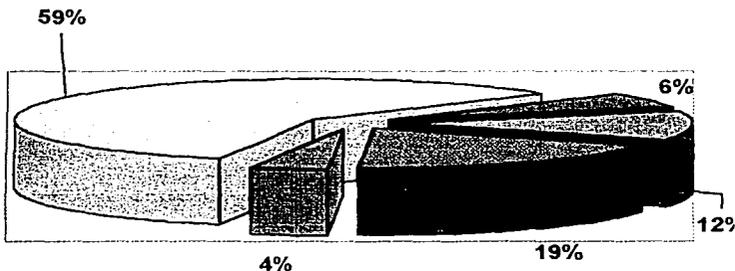
Cuadro # 24-a. Distribución de datos respecto al tipo de complicación que presentaron durante su embarazo las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿QUÉ COMPLICACIÓN PRESENTÓ?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
AMENAZA DE ABORTO	6	6.0	6.0
PARTO PREMATURO	12	12.0	18.0
PRESIÓN ALTA	19	19.0	37.0
OTRA	4	4.0	41.0
NINGUNA	59	59.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

Del 41 % de complicaciones, el 19 % presentó presión alta de las adolescentes encuestadas,

Grafica de pastel de la distribución de datos respecto al tipo de complicación que presentaron durante su embarazo las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



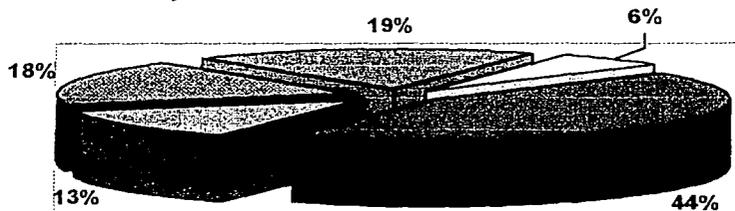
Fuente: Cuadro 24-a

Cuadro # 25. Distribución de datos respecto a la opinión del embarazo en adolescentes que tienen las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.

¿QUE OPINA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES?	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
QUE AFECTA EN EL ASPECTO ECONÓMICO	44	44.0	44.0
QUE AFECTA EN EL ASPECTO PROFESIONAL	13	13.0	57.0
QUE AFECTA LA SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO	18	18.0	75.0
QUE AFECTA EN EL ASPECTO SOCIAL	19	19.0	94.0
QUE NO AFECTA EN NINGÚN ASPECTO	6	6.0	100.0
Total	100	100.0	

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes que acudieron a la atención de su parto en el hospital general de Acapulco. Gro.

Grafica de pastel de la distribución de datos respecto a la opinión del embarazo en adolescentes que tienen las adolescentes, que acudieron a la atención de su parto al Hospital General de Acapulco, del primero de agosto al 31 de octubre del 2001.



- QUE AFECTA EN EL ASPECTO ECONOMICO
- QUE AFECTA EN EL ASPECTO PROFESIONAL
- QUE AFECTA LA SALUD DE LA MADRE Y EL NIÑO
- QUE AFECTA EL ASPECTO SOCIAL
- QUE NO AFECTA EN NINGUN ASPECTO

Fuente: Cuadro 25

ANÁLISIS

DESCRIPCIÓN Y CONCLUSIONES DE LOS FACTORES INDIVIDUALES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA RECURRENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Esta investigación se realizó en el Hospital General de Acapulco Guerrero, el cual está considerado como un hospital de alta concentración de 2º nivel, con una capacidad de 120 camas censables, que atiende a población abierta, con una cobertura de 736000 habitantes, que recibe pacientes de todo el Estado de Guerrero, parte de Oaxaca y Michoacán.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante encuestas realizadas a adolescentes embarazadas que acudieron a esta institución, para la atención de su parto; en el periodo comprendido del 1º de Agosto al 31 de Octubre del año 2001. Interesándonos principalmente en conocer los factores individuales y culturales que influyeron para que las adolescentes se hayan embarazado.

Nos parece importante mencionar que aún cuando en el cuestionario no fue contemplado el lugar de procedencia de las encuestadas la mayoría fueron del área urbana.

El embarazo en adolescentes, es y seguirá siendo motivo de preocupación para todos, principalmente para quienes trabajamos en el sector salud, ya que un embarazo precoz además de aumentar la morbilidad materna y del producto, trunca las aspiraciones de la joven y la margina en la mayoría de los casos a permanecer en el hogar, cumpliendo con los quehaceres del mismo, dependiendo económicamente de sus familiares. Afectación que se ve reflejada en diferentes factores: económicos, sociales, políticos, individuales y culturales. Siendo los dos últimos los que nos interesó investigar ya que consideramos que el inicio de las relaciones sexuales es un decisión personal y va a depender de la cultura que cada individuo posee, el poder disfrutar en forma plena y segura su derecho a la sexualidad y a la reproducción, sin que afecte con ello su desarrollo individual y el logro de sus metas.

El tipo de estudio fue observacional transversal y descriptivo, se incluyeron en el estudio a 100 mujeres embarazadas de 14 a 19 años de edad, la encuesta se realizó en el servicio de Gineco Obstetricia que se encuentra ubicado en el tercer piso de este Hospital General de Acapulco, con el apoyo del archivo clínico del mismo Hospital. Los cuestionarios fueron aplicados en el turno matutino diariamente, abarcando pacientes dadas de alta y las de nuevo ingreso, el cuestionario aplicado consta de 25 preguntas abiertas y cerradas.

Al concluir la recolección de datos se procede a la concentración de los mismos utilizando el programa SPSS se obtuvieron los cuadros de distribución y con estos se realizaron las graficas en word, para poder efectuar su interpretación, lo que nos permitió elaborar el análisis de los resultados obtenidos, para finalizar con las conclusiones tomadas por el equipo y poder plantear así nuestras sugerencias.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES CULTURALES QUE INFLUYERON PARA QUE LAS ADOLESCENTES SE EMBARAZARAN.

Para evaluar estos factores , la encuesta se dirigió a evaluar el grado académico y de los conocimientos que tienen sobre el aparato reproductor y su función, arrojando los siguientes datos:

Con respecto a la escolaridad el 46% tiene estudios de secundaria, el 28 % curso la primaria completa y un 26% tiene carrera técnica ó estudios de preparatoria. Cuando se embarazaron 9% de el total continuaron estudiando, 24% abandonaron la escuela y 67% ya no estudiaban cuando se embarazaron.

Al conocimiento que poseen en relación al número de órganos el 79% dijo conocer de 1-3 órganos y el 21 % conoce de 4-5 órganos. Acerca de los conocimientos que tienen sobre la menstruación ; el 12% no sabe nada del tema, el 85% tiene una noción del tema y el 3% conoce bien el tema.

En cuanto a los conocimientos que tienen sobre la fecundación el 59% contesto no saber nada del tema, el 26 % tiene una noción del tema y solo el 15 % conoce bien el tema.

De los conocimientos que tienen acerca de la ovulación el 87% no sabe nada del tema y el 13% conoce bien el tema. Al preguntar sobre cuando puede quedar embarazada una mujer el 38% contesto no saber nada del tema, el 55% tiene una noción del tema y el 7% conoce bien el tema.

En relación a si conoce los métodos anticonceptivos; el 22% no sabe nada del tema, el 72% tiene una noción del tema. En cuanto a si sabe como usarlos, respondieron de la siguiente manera: 73% no sabe como usar el DIU, 45% no sabe como usar el condón; la inyección anticonceptiva 72% respondieron no saber como usarla, 62 % respondieron no saber como usar la píldora anticonceptiva y el 92% no sabe utilizar el método del ritmo.

Sobre el uso de los métodos anticonceptivos, el 51% no uso ningún método y el 26% uso el condón. El 42% no recibió orientación sexual y del 58% que si la recibió el 33% fue proporcionada por la escuela, seguida del 17% que fue proporcionada por los padres.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES INDIVIDUALES QUE INFLUYERON PARA QUE LAS ADOLESCENTES SE EMBARAZARAN.

La edad que se tomo en cuenta para esta investigación fue de 14 a 19 años, encontrando que en ese grupo de edades, el 1% fue de 14 años de edad, el 8% de 15 años de edad, 39% de 16-17 años de edad y 52% de 18-19 años de edad.

En relación a si modificaron su estado civil a causa de su embarazo, el 38% respondió que si y el 62% respondió que no lo modifico.

En cuanto al estado civil actual el 35% son solteras, y el 65% son casadas o en unión libre.

La situación de la casa que habitan el 60% vive con sus familiares, el 31% viven en casa prestada ó rentada, y el 9% tiene casa propia.

En relación a la ocupación actual el 66% contestaron ser amas de casa, el 24 % contesto que estudian y el 10% contesto que trabajan. Antes de su embarazo 37% eran estudiantes, 36% hijas de familia y 27% eran empleadas. De estas el 12% percibe de 1-3 salarios mínimos.

Con respecto a la recurrencia de embarazos se encontró que solo el 1% del total de adolescentes embarazadas tuvo 3 embarazos, el 23% tuvo 2 embarazos y el resto solo 1 embarazo.

En cuanto a la planeación de su embarazo, el 72% no lo planeo. En relación al número de consultas prenatales que recibieron el 7% no recibió ninguna, 19 % de 1-2 veces y 24 % fue 3 ó más veces a consulta prenatal.

De la presencia de complicaciones durante el embarazo, 41 % del total presentaron alguna complicación y del tipo de complicación la más frecuente fue la enfermedad hipertensiva del embarazo con un 19%, le sigue el parto prematuro con un 12% y la amenaza de aborto con 6%

La opinión que tienen sobre el embarazo en adolescentes es la siguiente: el 44% opino que le afecta en lo económico; 19% que le afecta en el aspecto social, 18 % que le afecta en la salud de la madre y /o del niño, y el 13% que le afecta en el aspecto profesional.

CONCLUSIONES

La investigación realizada nos confirma los datos reportados por investigaciones anteriores sobre los factores que influyeron en el embarazo en adolescentes, el cual se ve incrementado a pesar de los esfuerzos realizados por diversas instituciones de salud. En el Hospital General de Acapulco, Guerrero en el año 2001 se atendió a un total de 1430 mujeres embarazadas, de esta cantidad el 16.99% corresponde a adolescentes embarazadas.

El problema planteado al iniciar la investigación fue observar, la recurrencia de embarazo en adolescentes, así como los factores individuales y culturales que influyeron para que se embarazaran, de lo que podemos concluir, que el fenómeno de recurrencia, se presentó en un 24% de las adolescentes encuestadas. Lo cual resulta una cifra alarmante, ya que esto obliga a las jóvenes madres a mantener otro estilo de vida, que en la mayoría de los casos, no es lo que esperaban y se enfrentan a una realidad, que les exige comportarse como adultos, con la responsabilidad de tener dos o tres hijos y un esposo, situación que les impide trabajar ó continuar estudiando ya que el embarazo las obligó a modificar su ocupación, pues de el 33% que estudiaban, 13% abandonaron sus estudios, del 27% que trabajaban 19% lo abandonaron y del 36% que eran hijas de familia aumentó al 66% que ahora son madres dedicadas a las labores del hogar y al cuidado de los hijos. Con el estado civil en cambio resultó lo contrario ya que el 62% no lo modificaron, y de estas el 27% ya estaban casadas cuando se embarazaron el 35% restante quedaron como madres solteras. Y el otro 38% se casaron por el embarazo.

Encontramos también que las adolescentes se embarazan a mas temprana edad, pues en los grupos se encontró que de 14 años se obtuvo el 1%, de 15 a 16 años el 29% y de 17 a 19 años fue de el 70%, este hecho trae como consecuencia un embarazo no planeado en un 72% de los casos presentados.

Los factores anteriormente mencionados, como el estado civil, la edad, la economía y un embarazo no planeado contribuyen a elevar la morbilidad materna, comorborándola en las encuestas realizadas pues el 41% de las adolescentes presento complicaciones durante su embarazo, entre las que se encuentran en primer lugar la presión arterial alta con un 19%, parto prematuro 12%, y amenaza de aborto 6%. Estas complicaciones se agravan mas porque no llevaron un control prenatal adecuado, y en algunas no existió control prenatal.

Con respecto a la educación es preocupante observar la deserción escolar que presentaron nuestras adolescentes, pues de acuerdo a sus resultados el 67% de ellas abandonaron la escuela antes del embarazo, del resto únicamente el 9% continuaron estudiando y el grado máximo de escolaridad alcanzado fue carrera técnica y preparatoria un 16%; situándose el resto en secundaria y primaria.

Los conocimientos que tienen sobre como esta formado el aparato reproductor femenino, son mínimos; a pesar de que únicamente el 14% tiene primaria incompleta y tomando en cuenta que los libros de texto gratuitos contemplan este tipo de información desde el 5º de primaria, información que debe de ser reforzada por los maestros y los padres de familia, pero como comprobamos ,las adolescentes no comprendieron los conocimientos impartidos.

Sobre el número de órganos que tiene el aparato reproductor femenino el 43% mencionó conocer únicamente un órgano. De la menstruación 3% contesto en forma correcta y el 85% tiene noción de lo que es refiriéndola como "la regla", de cuando ocurre la fecundación el 59% dijo no saber, sobre la ovulación el 87% no sabe que es y el 90% no sabe cuando ocurre. De cuando puede quedar embarazada una mujer el 38% no sabe.

Respecto a los métodos anticonceptivos que existen el 22% no los conocen y un 72% conoce algunos en los que destacan el condón y las pastillas, más sin embargo el 45% no sabe como utilizar el condón y el 72% no sabe como se toma la píldora anticonceptiva , desconocimiento que aumenta al 73 sobre de cómo se usa el DIU y como se aplica la inyección , sobre el método del ritmo el 93% no sabe como es. La ignorancia que se manifiesta sobre el uso de los métodos anticonceptivos, se ved reflejada en el uso que hicieron de ellos al tener relaciones sexuales pues el 51% no los utilizó y el 49% restante el método que mas utilizaron fue el condón.

La educación o información sexual sigue siendo un tema restringido en la familia, las adolescentes encuestadas refirieron el 42% no haberla recibido y de el 58% que si la recibió, el 33% fue por parte de la escuela y un 17% de los padres, esto nos manifiesta la falta de cultura que estos tienen al tratar estos temas con sus hijas, dejando la educación sexual de los mismos en manos de los maestros.

Al preguntar sobre su opinión respecto al embarazo en adolescentes el 96% contestó que sí les afecta; principalmente en el aspecto económico en un 44%, y casi en el mismo porcentaje se refirieron a los aspectos sociales, de salud y profesional. Motivo por lo cual no pueden salir adelante sin la colaboración de sus padres y se ven obligadas a permanecer en el hogar paterno en un 60% y continúan dependiendo de sus padres, situación que afecta la economía de las parejas adolescentes y de sus familiares.

Resumiendo podemos decir que el embarazo en adolescentes, ocurre en forma no planeada por las jóvenes como resultado de la deficiente educación que poseen con respecto al funcionamiento de su organismo, a la mala comunicación que existe con su familia sobre sexualidad, posiblemente también al poco acceso que tienen a los métodos anticonceptivos y/o a la vergüenza de solicitarlos. Uniéndose a esto la falta de información que tienen sobre como utilizarlos, pues de acuerdo a la escolaridad presentada muchas adolescentes solo cursaron el nivel primaria de educación y el programa educativo no contempla en este nivel escolar el tema de los métodos anticonceptivos.

SUGERENCIAS

- Solicitar al INEGI que las estadísticas sean de forma más específica, que además contemple en sus datos la población en edad reproductiva, principalmente adolescentes, con la finalidad de que estos datos sirvan a los centros de salud, para ubicar mejor a su población y los programas se implementen en forma adecuada y oportuna principalmente el del adolescente.
- Sugerir a los centros de salud, se dé mayor impulso al programa de apoyo integral al adolescente, remarcando la educación sexual. Haciendo hincapié en que los métodos anticonceptivos, principalmente el condón, los pueden obtener con facilidad y de manera gratuita en estos centros de salud.
- A través del primer nivel de atención a la salud, dar a conocer la presente investigación al sector educativo, para que sugieran a los maestros poner énfasis en los temas de educación sexual, asegurándose que la información proporcionada a sus alumnos fue entendida y comprendida.

BIBLIOGRAFÍA

Arceluz Moreno 1998 " La adolescente embarazada y su familia en la Psicología, en el ámbito perinatal.

Aldana Calva E. Y Perez Aristas L.M. "Los Síntomas depresivos como consecuencia del estado civil de adolescentes embarazadas del INPER – estudio exploratorio – tesis de licenciatura Facultad de psicología de la UNAM.

Atkin L. C. 1998 " Embarazo durante la adolescencia en la Ciudad de México Causas y Consecuencias psicosociales.

Enciclopedia de la sexualidad. Editorial océano. Tomo I p-2

Fernández Mc. Gregor A. Arceluz de Diego M. Atkin L.C. y Pineda L. Adolescentes embarazadas, relación de parejas y apovos familiares " La Psicología Social en México " p-2 357-364

Friedman H. Edstrom K. " Higiene de la reproducción en la adolescente" procedimientos para la planificación de investigación sobre servicios de salud OMS.1984 Ginebra, Suiza.

INEGI 1990 - 1997

López C.R. 1994 " La adolescente en el ámbito perinatal" revista de perinatología p-9 11-3

Linnenber M. R. Pregnan Adolescents Attending Prenatal parent Education Classes Self- Concept, Anxiety and depression levels Adolescence 22 pp 179-193.

Monroy y cols. " La fecundidad adolescente y la Planificación Familiar" Academia Mexicana de Investigación y demografía Médica México.

Obstetricia I Antología ENEO p. 365

Organización Panamericana de la salud y OMS 1988 " Fecundidad en la Adolescencia. causas y opciones. Cuaderno técnico No. 12 Washintong D. C. E.U.A. p. 69

Ortigosa Corona. E. Gonzalez Labada S. " beneficios de la educación perinatal en pacientes adolescentes. Perinatal Hum. 1993 7: 120-26

Patterson. F. M. Y Mccubbin H. 1987 Adolescent Coping style and Behaviors: Conceptualization and measurement Journal of adolescence 10 (2) 162-186

Salvatierra M.V. 1989 " Psicología del embarazo y sus trastornos. Barcelona: Martinez Roca.

Secretaria de programación y presupuesto. Proyecciones de la población de México, las entidades federativas 1980-2010 Consejo Nacional de población 1985 México.

Sereno F.A. Castillo E. Y mendoza R. Embarazo adolescente: un reto médico social Revista latino americana de perinatología p.2,13,74,84.

Steiner Tracheta " La ansiedad durante el 2º trimestre del embarazo evaluada a través del ADARE " – tesis de licenciatura Facultad de Psicología UNAM.

Tiburcio T. Avila R.H. Guintos C.R. Y Garcia C.M. " Embarazo en la adolescencia, influencia de algunos atributos sociales" revista de perinatología y reproducción humana No.9 p.37-45

Tolbert k. 1988 La adolescente embarazada: Características y riesgos psicosociales en el ámbito perinatal. México INPER p. 398-425

Torres Ramírez 1994. La anticoncepción en la adolescencia. Revista de perinatología No. 9 p.1,8-13

Trad. P. V. Teenage Pregnancy: Seeking Patterns that promote family harmony the American journal of family therapy 1,22,42,56

Valderrama G. perfil psicologico de pacientes del INPER con embarazo normal. – tesis de licenciatura facultad de Psicología UNAM.

Zarco Villavicencio estudio comparativo de depresión en mujeres embarazadas primiparas, multiparas, embarazadas – tesis de licenciatura Universidad continental . Zeiguer y Kremblit " Embarazo en la Adolescencia " Ginecología infantil – juvenil 2º Edición Panamericana 1992 pp. 407-12

Zetinna Luna M. C. 1991 Algunas consideraciones sobre el embarazo en adolescentes Tesina Licenciatura en Psicología. Iztacala. UNAM.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:

<http://www.dif.gob.mx/web/prensa/comunicados/0905atiendedif.php>

www.une.edo-ve/salud/notas/clases...ivo/sld.htm.

[Htp://www.intec.edu.dol~cdp/docs/embarazoadolescente.html](http://www.intec.edu.dol~cdp/docs/embarazoadolescente.html)

Alfaro Maria Adolescentes en riesgo. http://www.salud.com./salud/cda/article/1_1231_16_null_3879-00.asp

Boon Lisseth. Embarazo precoz." El ring de la prevención " [htp.salud.com](http://salud.com)

Roles Brian. Los Adolescentes y el sexo. Revista 1 año 8 pag.39 1997 <http://www.hoyds.org/centro/Estudios/%20generales.htm>

Stern Claudio. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. <http://www.ispp.mx/salud/39/393-75.htm>

Derechos reproductivos. <http://www.ispp.org.ar/djss/vicjuiindex.htm>

ANEXOS

FACTORES INDIVIDUALES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA RECURRENCIA DE EMBARAZOS EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA ATENCION DE SU PARTO, AL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO, GUERRERO. DEL 01 AGOSTO AL 31 DE OCTUBRE DEL AÑO 2001.

MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA; SI LA PREGUNTA ES ABIERTA CONTESTE EN FORMA PRECISA.

1. ¿Cuántos años tiene? _____
2. ¿Su embarazo influyó para modificar su estado civil? SI () NO ()
3. Actualmente ¿Cuál es su estado civil?
a) Soltera. b) Casada o Unión libre c) Separada divorciada o viuda.
4. La casa que habita es:
a) Propia b) Prestada c) Renta d) Vive con sus padres.
5. ¿Cuál es su ocupación actual?
a) Estudiante b) Empleada c) Ama de casa d) a, b y c
6. Antes de su embarazo ¿A. que se dedicaba?
a) Hija de familia b) Estudiante c) Empleada
7. Si trabaja ¿Cuánto percibe del salario al día?
a) 1 salario mínimo b) 2 salarios mínimos c) 3 salarios mínimos
b) d) 4 o + salarios mínimos.
8. ¿Hasta que grado escolar cursó?
a) Primaria incompleta. b) Primaria completa c) Secundaria incompleta
d) Secundaria completa. e) Carrera técnica f) Otra _____
9. Su embarazo modificó su situación escolar.
a) SI, dejó de estudiar.
b) NO, continúa estudiando.
c) Abandonó la escuela pero va a continuar después del parto.
d) Ya no estudiaba cuando se embarazó.
10. ¿Menciona las partes del aparato reproductor femenino?
a) 0-1 órgano b) de 2-3 órganos c) de 4-5 órganos d) 5 ó más.
11. ¿Describe que es la menstruación? _____
12. ¿Qué entiende por fecundación? _____
13. ¿Qué es la ovulación?
a) (sabe) Cuando el óvulo madura y sale del ovario.
b) No sabe.
14. ¿Cuándo ocurre la ovulación?
a) (sabe) A mitad del ciclo menstrual.
b) No sabe.

15. ¿Sabe cuando puede quedar embarazada una mujer? _____

16. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces? _____

17. ¿Sabe como utilizarlos explique como?
 a) DIU. _____
 b) Condón _____
 c) Inyección _____
 d) Píldora _____
 e) Ritmo _____
18. ¿Qué método a utilizado?
 a) DIU b) Condón c) Inyección d) Píldora e) Ritmo
19. ¿Ha recibido educación sexual? SI _____ NO _____
20. ¿De quién?
 a) Padres b) Amigos c) Escuela d) Medios de comunicación.
21. ¿Cuántos embarazos a tenido? _____
 Cesárea _____ Partos _____ Abortos _____
22. ¿Fue el último embarazo planeado?
 a) Si b) No
23. ¿Cuántas veces fue a consulta médica durante su embarazo?
 a) Ninguna b) 1-2 veces c) 3-4 veces d) 5 ó más veces.
24. ¿Presento alguna complicación durante su embarazo? SI _____ NO _____
 a) Amenaza de aborto.
 b) Parto prematuro.
 c) Presión alta.
 d) Otra (especificar) _____
25. ¿Qué opina del embarazo en adolescentes? _____

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE PROTOCOLO

FACTORES INDIVIDUALES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA RECURRENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA ATENCIÓN DE SU PARTO AL HOSPITAL GENERAL, DE ACAPULCO, GUERRERO DEL 1º DE AGOSTO AL 31 DE OCTUBRE DEL 2001.

ACTIVIDADES.	2001															
	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO			
SEMANAS.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
TITULO.	■															
INTRODUCCIÓN.		■	■													
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.				■	■											
OBJETIVOS.						■										
MARCO TEORICO							■	■	■	■						
DISEÑO METODOLOGICO.											■	■				
PRUEBA PILOTO													■			
INTEGRACIÓN DE PROTOCOLO														■		
REVISIÓN Y CORRECCION															■	
APROBACIÓN Y REGISTRO																■

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN:
 "FACTORES INDIVIDUALES Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA
 RECURRENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA
 ATENCIÓN DE SU PARTO AL HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO, DE LA
 SECRETARÍA DE SALUD DE GUERRERO EN EL PERÍODO COMPENDIDO DEL 01
 DE AGOSTO AL 31 DE OCTUBRE DEL AÑO 2001.**

ACTIVIDADES	2001					2002						
	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
TRAMITES DE AUTORIZACIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL PARA LA AUTORIZACIÓN	■											
AJUSTE DE CUESTIONARIO		■										
APLICACIÓN DE ENCUESTAS			■	■								
RECOPIACIÓN DE DATOS Y ELABORACIÓN DE CUADROS Y GRAFICAS					■							
ANÁLISIS DE DATOS						■						
REVISIÓN Y CORRECCION DE ANÁLISIS							■					
INTEGRACIÓN Y AJUSTE								■				
REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN									■			
CORRECCION FINAL										■		
PRESENTACIÓN DE INVESTIGACION											■	

GLOSARIO

Adolescencia.- etapa de maduración entre la niñez y la condición de adulto. El término denota el periodo desde el inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de 14 años en los varones y de 12 años en las mujeres. Aunque esta etapa de transición varía entre las diferentes culturas, en general se define como el periodo de tiempo que los individuos necesitan para considerarse autónomos e independientes socialmente.

Amenorrea.- ausencia de periodos menstruales, se denomina amenorrea primaria si ocurre en el momento de la pubertad, y amenorrea secundaria en las mujeres que han tenido periodos normales con anterioridad.

Andrógeno.- término que engloba a las hormonas sexuales masculinas, que son las sustancias que inducen y mantienen las características sexuales secundarias en los varones. Los principales andrógenos son la testosterona y la androsterona.

Anticoncepción.- diversos métodos empleados para evitar el embarazo. La planificación familiar es un concepto más amplio que se refiere a la toma de decisiones sobre cuando y cuantos niños desea tener una pareja y la elección del método anticonceptivo para evitar el embarazo.

Crecimiento humano.- proceso mediante el cual los seres humanos aumentan su tamaño y se desarrollan hasta alcanzar la forma y la fisiología propias de su estado de madurez. Tanto el aumento de tamaño como la maduración dependen de que exista un aporte adecuado de sustancias nutritivas y de vitaminas, y de que se produzcan las distintas hormonas necesarias.

Desarrollo humano.- rama de la biología que se preocupa del estudio de la descripción y comprensión del proceso mediante el que un huevo fecundado, una espora ó una yema se convierten en un organismo adulto. Este término es más amplio que el de embriología y abarca también fenómenos como la regeneración de miembros en muchos animales y la propagación vegetativa de muchas plantas superiores. Además los biólogos están interesados en la relación entre los procesos de desarrollo y los de envejecimiento.

Educación sexual.- de forma amplia toda instrucción sobre el proceso y las consecuencias de la actividad sexual. generalmente dada a niños y adolescentes. Hoy la educación sexual hace referencia a los temas incorporados al currículo sobre este tipo de enseñanza en las escuelas primarias y secundarias, en general como parte de la materia o asignatura “ ciencias de la naturaleza “

Embarazo.- el embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero. Un embarazo normal dura unas 40 semanas ó 280 días, contando desde el comienzo del último periodo menstrual.

Fecundación.- en biología, fusión de los materiales de los núcleos de dos gametos, que da lugar a la formación de un cigoto ó embrión. La conjugación es un tipo de fecundación que puede ocurrir en las bacterias, algas y otros organismos inferiores, que se produce por la transferencia o intercambio de material genético entre dos células, ó por fusión en una. En la mayoría de las formas superiores, la reproducción es el resultado de la unión de dos gametos distintos, o heterogametos, uno masculino y otro femenino, y por lo general el término fecundación se limita a la descripción de este proceso.

Maduración.- desde un punto de vista psicobiológico, es el conjunto de los procesos de crecimiento físico que posibilitan el desarrollo de una conducta específica conocida. Desde una perspectiva más general, es el proceso de evolución del niño hacia el estado adulto.

Menstruación.- flujo sanguíneo que se produce en la mujer y en las hembras de los mamíferos. Esta constituido por sangre y células procedentes del revestimiento uterino (endometrio). Se produce durante la edad fértil de la mujer, por lo general comienza entre los 10 y los 16 años en la pubertad, y cesa hacia los 45 ó 55 años en la menopausia. La menstruación forma parte del proceso que prepara a la mujer para el embarazo y el parto. Cada mes aumenta el revestimiento del útero; si no se produce un embarazo este revestimiento se rompe y es eliminado a través de la vagina. El periodo menstrual abarca entre 3- 7 días que es el tiempo que dura la menstruación.

Tasa de natalidad.- medida del número de nacimientos en una determinada población durante un periodo de tiempo. La tasa o coeficiente de natalidad se expresa como el número de nacidos vivos por cada 1000 habitantes en un año.

Pubertad.- periodo de la vida humana durante el cual maduran los órganos sexuales implicados en la reproducción. Esta maduración se manifiesta en las mujeres por el comienzo de la menstruación, en los hombres por la producción de semen, y en ambos por el aumento de tamaño de los genitales externos. El rápido desarrollo indica una serie de cambios fisiológicos, así mismo; durante la pubertad, aparecen por primera vez los caracteres sexuales secundarios. En los hombres, se incrementa de forma notable la producción de pelo en ciertas partes del cuerpo, en particular en la zona púbica, en las axilas y en la cara. Además por lo general, la voz cambia y comienza a tener un tono más grave. En las mujeres también aparece pelo en la región púbica y en las axilas, y los senos empiezan a crecer. El desarrollo acelerado de las glándulas sudoríparas en ambos sexos puede provocar la aparición de acné.

Reproducción.- proceso por el cual procrean los organismos o células de origen animal y vegetal. Es una de las funciones esenciales de los organismos vivos, tan necesaria para la preservación de las especies, como lo es la alimentación para la conservación de cada individuo.