



885812

**INSTITUTO UNIVERSITARIO Y TECNOLÓGICO
MODELO**

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México
con clave 8858 – 12

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

TESIS

Que para obtener el Título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

LETICIA ALEJANDRA RODRÍGUEZ CUAUHIZO

ASESOR DE TESIS

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. JULIO CÉSAR RODRÍGUEZ ARMAS

Coacalco, Estado de México, a 29 de Abril de 2005

m343925



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.

A MIS PADRES

Les agradezco la oportunidad que me brindaron para llevar a cabo mis sueños y una de mis metas, terminar una carrera universitaria, ya que sin su apoyo, dedicación, comprensión y amor, no lo hubiera logrado realmente les estaré agradecida siempre.

Gracias por todo ¡ Recuerden que los quiero mucho !

A DIOS

Le doy las gracias por haberme puesto en este camino y profesión tan lleno de humildad y esperanza para los demás.

Muchas gracias por darme una familia maravillosa que siempre me apoyo.

A MIS HERMANOS

Por su apoyo incondicional en los momentos que necesite de ellos y en aquellos de debilidad me dieron ánimos para seguir adelante.

A MIS AMIGOS

Mireya, Elizabeth, Patricia, Angélica y Jorge que me permitieron ser parte de sus vidas y convivir con ellos durante la carrera, les agradezco también su apoyo y comprensión. Siempre los recordare.

A MI ASESOR

**LEO. JULIO CÉSAR RODRÍGUEZ
ARMAS**

Le agradezco su tiempo, dedicación, trabajo y solidaridad que tuvo conmigo en la realización de esta investigación, para que esta llegará a ser presentada.

A LOS PROFESORES

Lic.Enf. Domingo Salomón Orta
Martínez

Lic. Yolanda Clorio González

Por su apoyo incondicional que me brindaron.

INDICE

Pág.

Introducción	1
--------------------	---

Capítulo I

El Aparato Reprodutor Femenino

1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino

1.1 Genitales Externos	9
1.1.1 Monte de Venus o pubis	9
1.1.2 Labios mayores	9
1.1.3 Labios menores	10
1.1.4 Clítoris	10
1.1.5 Vestíbulo de la Vagina	10
1.1.6 Meato uretral	11
1.1.7 Orificio vaginal e Himen	11
1.1.8 Glándulas de Skene	11
1.1.9 Glándulas de Bartholin	11
1.1.10 La horquilla	12
1.1.11 Perineo	12
1.2 Órganos Internos	12
1.2.1 Vagina	12
1.2.2 Útero	13
1.2.3 Cervix uterino	14
1.2.4 Trompas de Falopio	15
1.2.5 Ovarios	16
1.3 Tipos de pelvis	18

1.4 Cambios anatomofisiológicos durante el embarazo.	
1.4.1 Útero.....	20
1.4.2 Cuello uterino.....	20
1.4.3 Ovarios.....	21
1.4.4 Vagina.....	21
1.4.5 Cambios en las glándulas mamarias.....	21
1.4.6 Sistema tegumentario.....	22
1.4.7 Alteraciones cardiovasculares.....	22
1.4.8 Alteraciones respiratorias.....	23
1.4.9 Alteraciones digestivas.....	24
1.4.10 Alteraciones urinarias.....	25
1.4.11 Cambios metabólicos.....	25
1.4.12 Alteraciones en el sistema endocrino.....	27
1.4.13 Alteraciones del sistema músculo esquelético.....	27
1.5 Signos y síntomas del embarazo.....	28

Capítulo II

Generalidades de la adolescencia

2.1 Adolescencia.....	32
2.2 Sexualidad en la adolescencia.....	42
2.3 Razones de los adolescentes para involucrarse en la relación sexual temprana.....	45
2.4 Razones de los adolescentes para abstenerse de la relación sexual temprana.....	47

Capítulo III

Embarazo en la Adolescencia

3.1 Mitos del embarazo.....	50
3.2 Embarazo en la Adolescencia.....	53
3.3 Consideraciones psicosociales para el aumento del embarazo en la adolescencia.....	63

3.4 Factores que inciden en el embarazo en la adolescencia.....	65
3.5 Actitudes hacia la maternidad.....	70
3.6 Actitudes hacia la paternidad.....	72
3.7 Opciones de los adolescentes involucrados en un embarazo.....	73

Capitulo IV

Complicaciones del embarazo en la adolescencia

4.1 Psicológicas.....	76
4.2 Sociales.....	81
4.3 Biológicas.....	84
4.4 Para el padre adolescente.....	88
4.5 Para el hijo (a) de la madre adolescente.....	90
4.6 Prevención del embarazo y sus complicaciones.....	92
Conclusiones.....	97
Bibliografía.....	108

Anexos

Entrevista.....	112
Tablas y Graficas.....	115
Resultados.....	127
Cuadros.....	131
Glosario.....	134

INTRODUCCIÓN

Dentro del cúmulo de problemas que hoy gravitan sobre los seres humanos, figuran los concernientes a la etapa crucial de la adolescencia, que hace algún tiempo solo se consideraba como el paso entre la niñez y la edad adulta.

En la actualidad se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que provocan que, cada vez sea más necesario dedicarles una mayor atención, pues durante ésta se producen importantes transformaciones a nivel físico, emocional y social que conducen al adolescente hacia la madurez del adulto.

En las adolescentes, la evolución del desarrollo biológico se ha ido separando progresivamente del psicológico y social pues se observa claramente un descenso en la edad de la menarquia, lo que les permite ser madres a edades tan tempranas.

La maduración psicosocial, en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente para llegar a ser independiente.

El embarazo en la adolescencia, generalmente no planificado y no deseado, supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven, además de condicionar definitivamente su estilo de vida, por lo que constituye para las jóvenes que resultan embarazadas un problema biológico, psicológico y social.

Los factores de riesgo que condicionan un embarazo en la adolescencia y sus posibles complicaciones que este genere son:

a) La edad, pues mientras más joven es la adolescente, más complicaciones pueden presentarse.

b) La escolaridad también influye mucho, debido a que hay adolescentes que no concluyen sus estudios y quizá sea por eso que a veces carezcan de información.

c) La sexualidad tiene mucha controversia y genera dudas entre los y las adolescentes, puesto que a veces no saben el concepto y como manejarla en su vida.

d) La información procedente de los padres, en ocasiones es nula, no existe comunicación entre padres e hijos para tratar temas de importancia durante su adolescencia.

En ocasiones algunos adolescentes prefieren recurrir a otros medios de información como son: los amigos, libros, revistas, televisión y radio.

e) La sociedad puede influir en el comportamiento de los adolescentes, debido a que a veces impone reglas y normas para adquirir creencias, hábitos, valores y formas de conducta que a ellos no les gusta seguir muy a menudo.

f) Métodos anticonceptivos es otro factor importante ya que el desconocimiento, la desinformación o mala información sobre el uso de ellos hacen que los y las

adolescentes tengan relaciones sexuales sin protección corriendo el riesgo de un embarazo precoz.

g) El apoyo de la familia y de la pareja si es que la tiene, contribuye a que la adolescente embarazada tenga una calidad de vida mejor, aunque en algunas ocasiones ella sienta su embarazo como un logro de metas y también como un fracaso de ellas, puesto que el embarazo le traerá cambios bruscos a su estilo de vida.

Esta parcial madurez trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más frecuentes en edades tempranas entre adolescentes, por lo tanto, carecen de información sobre sexualidad y de métodos anticonceptivos, desconociendo al mismo tiempo las complicaciones biológicas, psicológicas y sociales de un embarazo en la adolescencia, sin dejar de mencionar las complicaciones del hijo (a) que adquiere desde el momento de la fecundación, todo esto podría evitarse si la adolescente embarazada llevara un control prenatal adaptándose al simple hecho de saberse embarazada que dependerá tanto de sus propios recursos psicosociales, como del apoyo que reciba de su familia y pareja.

El embarazo en la adolescencia se está convirtiendo en un problema social y de salud, por lo que el embarazo en edades tempranas constituye en nuestra actualidad un problema de considerable importancia, ya que las complicaciones implícitas tanto biológicas, psicológicas y sociales repercuten en la calidad de vida de la futura madre adolescente, de su familia y de su pareja, determinando también un riesgo grande para su hijo (a). Sin embargo, esta situación no es del todo culpa de los adolescentes, sino de la sociedad en que se desarrollan y del núcleo familiar al que pertenecen.

Por lo anterior es muy importante romper con la cadena de los embarazos en las adolescentes, porque es posible que el embarazo en la adolescencia se repita con frecuencia de generación en generación.

Esta investigación, tiene el objetivo de identificar las causas y posibles complicaciones biológicas, psicológicas y sociales que genera un embarazo a temprana edad en las adolescentes, y se proporcione la información por el área de enfermería y las recomendaciones en atención a la prevención del embarazo y sus complicaciones.

Planteando así la siguiente pregunta, ¿De que manera influyen los factores predisponentes que se relacionan con el embarazo en la adolescencia y las complicaciones que éste genera en las adolescentes que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada" de Romero Rubio, Estado de México del 1 de Enero al 30 de Marzo del 2004?.

La presente investigación incluye un universo estudio, unidades de observación, criterios, eliminación y una muestra, los cuales son:

Universo estudio: Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada" de Romero Rubio, Estado de México.

Unidades de Observación: adolescentes embarazadas que acudan al consultorio N° 8 de Consulta Externa.

Criterios de Inclusión: adolescentes mayores de 13 años de edad embarazadas.

Criterios de exclusión: adolescentes mayores de 18 años de edad embarazadas.

Eliminación: adolescentes embarazadas que se nieguen a dar información.

Universo muestra: 50 adolescentes embarazadas que cumplan con las características ya mencionadas.

Dicho lo anterior se llega a la siguiente hipótesis: un adecuado control prenatal médico, el apoyo de la familia, de la pareja y de la sociedad, influyen en la prevención de complicaciones biológicas, psicológicas y sociales del embarazo en la adolescencia, comprobándose en el transcurso de la investigación

Esta tesis se ha estructurado en los siguientes capítulos:

En el primer capítulo se describe la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino conformado por órganos internos y externos, los cambios anatomofisiológicos durante el embarazo, los signos y síntomas de presunción aquellos cambios experimentados por la mujer, probables aquellos que pueden ser observados o explorados y los positivos aquellos signos atribuibles solo a la presencia del feto que se presentan en la gestación.

En el segundo capítulo se presenta de manera general lo relacionado a la adolescencia y a la sexualidad de los adolescentes, también se mencionan algunas de las razones por las cuales los y las adolescentes a veces prefieren abstenerse de una relación sexual a temprana edad, así como las que tienen algunos para tenerlas.

En el capítulo tercero se enfoca al tema del embarazo en la adolescencia teniendo en cuenta las consideraciones psicosociales para el aumento de este problema que tanto inquieta a la sociedad y sector salud, las actitudes que toman los y las adolescentes hacia su temprana maternidad y paternidad respectivamente.

El capítulo cuarto se hace mención sobre las complicaciones del embarazo en la adolescencia las cuales se dividen en:

a) Psicológicas porque por lo general ante la confirmación del embarazo se presenta un cuadro súbito de pérdida de autoestima, angustia y automarginación.

b) Sociales porque su embarazo las limitara en sus estudios, en el trabajo y en las ganas de sobresalir en la sociedad.

c) Biológicas porque entre mas joven es la adolescente durante el embarazo se expone a complicaciones como la anemia por deficiencia de hierro, hipertensión inducida por el embarazo por mencionar algunas, por no llevar un control prenatal desde el momento de la confirmación del embarazo.

También se dan recomendaciones para la prevención del embarazo en la adolescencia y sus complicaciones y por ultimo las conclusiones sobre la investigación que se realizo y la bibliografía consultada.

En los anexos se encontraran el formato de la entrevista que se utilizo para la recolección de datos, los resultados en forma narrativa representados también en

tablas y gráficas, así como el glosario de términos para facilitar la comprensión de los mismos a quienes hagan uso de esta tesis.

Capitulo I

El Aparato Reproductor Femenino

1. Anatomía y Fisiología del Aparato reproductor femenino

1.1 Genitales Externos

Los órganos femeninos de la reproducción incluyen a los ovarios que producen a los ovocitos secundarios (células que se desarrollan en huevos maduros y óvulos después de la fertilización) y las hormonas sexuales femeninas como la progesterona, los estrógenos y la relaxina; las trompas uterinas (de Falopio), que se encargan de transportar los óvulos hacia el útero (matriz); la vagina; y los órganos reproductores externos que comprenden a la vulva. Las glándulas mamarias también se consideran parte del aparato reproductor femenino.¹

1.1.1 Monte de Venus o pubis

El monte de Venus consiste en una almohadilla de tejido graso subcutáneo redondeada que se encuentra sobre la sínfisis del pubis; esta cubierto por el vello púbico que esta distribuido en forma triangular. Su función es proteger a la sínfisis del pubis durante el coito.

1.1.2 Labios Mayores

Son dos pliegues redondeados de tejido adiposo cubiertos por piel y vello púbico, que se extienden hacia abajo y hacia atrás desde el monte de Venus hasta el perineo.

Embrionariamente los labios mayores son homólogos al escroto masculino. Por lo común estas estructuras tienen de 7 a 8 cm. de longitud, 2 a 3 cm. de ancho, 1

¹ Tortora, J. "Principios de Anatomía y Fisiología", p.1123.

a 1.5 cm. de espesor y se adelgaza un poco hacia las extremidades inferiores. Su función es proteger al introito vaginal.

1.1.3 Labios Menores

Son dos pliegues estrechos rojizos planos localizados por dentro de los labios mayores; se inician por debajo del clítoris y se extienden hasta la horquilla. Están muy vascularizados y tienen numerosas terminaciones nerviosas; cuentan con glándulas que lubrican la vulva. Su función es erótica; se hinchan como reacción a la estimulación y son muy sensibles.

1.1.4 Clítoris

El clítoris es una estructura ricamente inervada que contiene nervios y una masa cilíndrica y pequeña de tejido eréctil que se localiza en la unión de los labios menores. En el punto donde se unen los labios menores se forma una capa de piel que recibe el nombre de prepucio y que cubre el cuerpo del clítoris. La porción descubierta del clítoris es el glande. El clítoris es homólogo al pene del hombre. Como el pene, el clítoris es capaz de crecer ante la estimulación manual y participa en la excitación sexual de la mujer.

1.1.5 Vestíbulo de la Vagina

El vestíbulo de la vagina es un área con forma de almendra, circundada por los labios menores lateralmente, que se extiende desde el clítoris hasta el frenillo de los labios menores. El vestíbulo es la estructura femenina funcionalmente madura del seno urogenital del embrión; en el estado maduro presenta los siguientes elementos: meato uretral, orificio de la vagina e himen, glándulas de Bartholin y glándulas de Skene.

1.1.6 Meato uretral

El orificio uretral o el meato uretral esta en la línea media del vestíbulo, 1 a 1.5 cm. por debajo del arco del pubis y a una corta distancia por encima del orificio vaginal; su aspecto es el de una hendidura vertical, que puede distenderse hasta 4 o 5 cm. de diámetro.

1.1.7 Orificio Vaginal e Himen

El tamaño y la forma del orificio vaginal varían en forma considerable. En la mujer virgen muy a menudo esta oculto por los labios menores y cuando es expuesto en general aparece casi totalmente cerrado por el himen membranoso. También hay marcadas diferencias en cuanto a la forma y a la consistencia del himen, que esta compuesto principalmente por tejido conectivo colágeno y elástico. Tanto la superficie externa como interna están cubiertas por epitelio escamoso estratificado. El orificio himeneal en general es concéntrico o circular, pero puede ser cribiforme, tabicado o fimbriado.

1.1.8 Glándulas de Skene

En cada lado del orificio uretral se encuentran las aperturas de los conductos de las glándulas de Skene, estas se encuentran en la pared de la uretra, tienen aproximadamente 0.5 mm de diámetro y una longitud variable. Produce moco para la lubricación. Las glándulas de Skene son homologas a la próstata masculina.

1.1.9 Glándulas de Bartholin

Las glándulas de Bartholin constituyen un par de pequeñas estructuras compuestas, de aproximadamente 0.5 a 1 cm. de diámetro. Se encuentran

localizadas en la base de cada uno de los labios menores, justamente por dentro del orificio vaginal. Durante el coito secretan moco que es receptivo para los espermatozoides.

1.1.10 Horquilla

La horquilla está localizada en la línea media por debajo de la abertura vaginal, en el sitio en que se fusionan los labios mayores y los menores.

1.1.11 Perineo

Es una superficie con forma de diamante que se encuentra entre los muslos y los glúteos de hombres y mujeres. Tiene como límite anterior a la sínfisis del pubis, como límites laterales a las tuberosidades isquiáticas y como límite posterior al cóccix. Una línea transversa trazada entre las tuberosidades isquiáticas divide al perineo en el triángulo urogenital anterior que contiene los genitales externos y en triángulo anal posterior, que contiene el ano.

1.2 Órganos Internos

1.2.1 Vagina

La vagina sirve como vía de conducción para los espermatozoides y el flujo menstrual. También es el receptáculo para el pene durante el coito o relación sexual y es la porción inferior del canal del parto.

Es un órgano tubular y fibromuscular recubierto con una membrana mucosa y que mide cerca de 10 cm de longitud, extendiéndose desde el cuello uterino

hasta el vestíbulo. Se encuentra entre la vejiga urinaria y el recto, se dirige hacia arriba y atrás donde se une con el útero. Una cavidad que se llama fórnix, rodea a la unión vaginal con el cuello uterino. El fórnix hace posible que una mujer use diafragmas anticonceptivos.

La mucosa de la vagina contiene grandes cantidades de glucógeno, cuya descomposición produce ácidos orgánicos. Dichos ácidos crean un medio con un pH bajo que tiene la capacidad de retardar el crecimiento microbiano. Sin embargo, la acidez también puede dañar a los espermatozoides. El semen neutraliza la acidez de la vagina para asegurar la supervivencia de los espermatozoides.

1.2.2 Útero

Es un órgano muscular cubierto en parte por peritoneo o serosa; su cavidad esta revestida por el endometrio. Durante el embarazo sirve para la recepción, la implantación, la retención y la nutrición del producto de la concepción, que luego es expulsado durante el parto.

En la mujer no grávida está situado en la cavidad pelviana entre la vejiga y el recto por detrás casi toda su pared posterior esta cubierta por serosa o peritoneo, cuya porción inferior forma el limite anterior del saco de Douglas. La porción inferior está unida a la pared posterior de la vejiga por medio de una capa laxa de tejido conectivo.

El útero tiene forma de una pera aplanada con dos partes principales pero desiguales: una porción triangular superior, el cuerpo y una porción inferior, el cérvix y cuello que se proyecta hacia la vagina.

El tamaño y la forma de la vagina varían ampliamente: la edad y la paridad de la mujer influyen. Antes de la pubertad tiene una longitud que varía entre 2.5 y 3.5 cm.; en una mujer adulta nulípara tiene de 6 a 8 cm. de longitud, y 9 a 10 cm. en la múltipara. En cuanto al peso también difiere en forma considerable; en promedio es de 50 a 70 gr. en las nulíparas y de 80 gr. o más en las múltiparas.

El istmo tiene un significado muy especial porque en el embarazo es esencial para la formación del segmento uterino inferior. La pared del cuerpo del útero esta compuesto por las capas serosas, muscular y mucosa, la capa serosa esta formada por el peritoneo que recubre al útero. El endometrio es la porción más interna del útero o la capa mucosa que reviste la cavidad uterina en la mujer embarazada. Es una membrana delgada, de color rosado y terciopelada. El miometrio constituye la mayor parte del útero, está compuesto por músculos lisos unidos por el tejido conectivo en la cual hay muchas fibras elásticas.

El útero esta sostenido por los ligamentos anchos, ligamentos útero sacro y ligamentos cardinales (cervical lateral) y ligamentos redondos.

1.2.3 Cérvix Uterino

Es la parte especializada del útero que esta por debajo del istmo. El cérvix esta compuesto en forma predominante por tejido colágeno más tejido elástico y vasos sanguíneos, aunque contiene algunas fibras de músculo liso.

Puede tener una extensión de 10 cm. algunos estudios sugieren que las propiedades físicas están determinadas en gran medida por el estado del tejido conectivo; durante el embarazo y el trabajo de parto, su notable capacidad de dilatación es resultado de la disociación del colágeno.

1.2.4 Trompas de Falopio

Las trompas de Falopio u oviductos tienen una longitud variable de 8 a 14 cm. están cubiertas por peritoneo y su luz revestida por mucosa. Se dividen en una porción intersticial, un istmo, una ampolla y un infundíbulo.

La porción intersticial está incluida en la pared muscular del útero, sigue una dirección oblicua hacia arriba y afuera desde la cavidad uterina. El istmo, o la porción estrecha de la trompa que se une al útero, discurren en forma gradual hacia la porción lateral más ancha o ampolla. El infundíbulo o extremidad fimbriada, es el orificio con forma de túnel del extremo distal, la porción más estrecha de la trompa mide 2 a 3 mm de diámetro y la más ancha 5 a 8 mm.

La trompa de Falopio está totalmente rodeada por peritoneo excepto en la región de adhesión al mesosápinx. La fimbria ovárica forma una canaleta superficial que llega hasta el ovario. Desde el punto de vista histológico las trompas de Falopio están formadas de tres capas. La mucosa interna contiene células cilíndricas ciliadas y células secretoras, las cuales se piensa que ayudan al movimiento y a la nutrición del óvulo. La capa media o muscular, está compuesta de una región circular gruesa y una región longitudinal delgada externa, ambas de músculo liso. Las contracciones peristálticas de la muscular y la acción de los cilios de la mucosa ayudan a mover al óvulo hacia el útero. La capa más externa de la trompa es una membrana serosa que se conoce simplemente como serosa.

Casi una vez al mes, un folículo ovárico vesicular (de Graaf) se rompe, liberando un ovocito secundario, este proceso recibe el nombre de ovulación. El ovocito se mueve dentro de la trompa por medio de la acción ciliar del epitelio del infundíbulo, que está en relación con la superficie del folículo ovárico vesicular más maduro, justo antes de que se presente la ovulación.

En etapas posteriores el ovocito se mueve a lo largo de la trompa por medio de la acción ciliar, además de las contracciones peristálticas de la capa muscular. Por lo general el espermatozoide fertiliza al ovocito al nivel de la ampolla de la trompa.

La fertilización se puede presentar en cualquier momento, cerca de las 24 horas después de la ovulación, el óvulo fertilizado ahora se llama cigoto, después de varias divisiones celulares, a los siete días desciende al útero y en este momento se llama blastocito.

Las trompas poseen gran cantidad de tejido elástico, vasos sanguíneos y linfáticos. Su inervación simpática es extensa, al contrario de la inervación parasimpática.

En ocasiones pueden producirse divertículos; se extienden desde la luz de la trompa hasta una distancia variable en la pared muscular, llegan casi a la serosa y pueden desempeñar un papel en el desarrollo de un embarazo ectópico.

1.2.5 Ovarios

Los ovarios son órganos con forma de almendra cuyas funciones son el desarrollo y expulsión de los óvulos como también la síntesis y secreción de hormonas esteroideas.

Durante los años de la reproducción miden 2.5 a 5 cm. de longitud, 1.5 a 3 cm. de ancho y 0.6 a 1.5 cm. de espesor; pero después de la menopausia disminuye

en forma notable. Se ubican en la parte superior de la cavidad pelviana. Cada ovario está unido al ligamento ancho por el mesovario. El ligamento uterovárico se extiende desde la porción lateral y posterior del útero. El ligamento infundíbulo pélvico o suspensorio del ovario se extiende desde el polo superior o tubárico hasta la pared pelviana y a su través cursan los vasos y los nervios ováricos.

La estructura general del ovario puede estudiarse mejor en cortes transversales, en los cuales se diferencian dos porciones, la corteza y la médula, la corteza o capa externa, varía en espesor con la edad y se engrosa con el paso de los años, en esta capa se localizan los óvulos y los folículos de Graaf, la corteza esta compuesta por células y fibras de tejido conectivo con forma de huso, entre la cual hay dispersos folículos primordiales y de Graaf en diversos estadios de evolución, la porción más externa de la corteza que es opaca y blanquecina, se denomina túnica albugínea; en su superficie hay una sola capa de epitelio cuboide, el epitelio germinativo de Waldeyer. La médula o porción central, del ovario está compuesta por tejido conectivo laxo que se continúa con el del mesovario.

Hay cantidad de arterias y venas, así como una pequeña cantidad de fibras de músculo liso que se continúan con las del ligamento suspensorio, las fibras musculares pueden ser funcionales en los movimientos del ovario.

Desde el punto de vista histológico, el ovario experimenta cambios constantes. Al comenzar, la pubertad se ha estimado que la cantidad de oocitos varía en 200.000 a 400.000, dado que en cada ciclo ovárico sólo es expulsado un óvulo.

El oocito es una célula esférica grande que contiene un citoplasma y un núcleo relativamente grande localizado cerca del centro. Cada ovario está formado de las siguientes partes: epitelio germinal, túnica albugínea, estroma, folículos ováricos, folículo ovárico vesicular y el cuerpo lúteo que produce a las hormonas progesterona, estrógenos, relaxina e inhibina y los ovarios las secretan.

1.3 Tipos de pelvis

La pelvis se compone de cuatro huesos:

- Dos huesos innominados (huesos de la cadera) que forman lados y frente.
- Sacro y cóccix conforman su parte posterior.

Los huesos pélvicos están unidos por fibrocartilago de la sínfisis del pubis y varios ligamentos.

La pelvis se divide en dos partes: pelvis falsa y pelvis verdadera:

- Pelvis falsa: esta por encima de una línea imaginaria llamada línea terminal. La función de la pelvis falsa es la de brindar soporte al útero agrandado.
- Pelvis verdadera: está por debajo del borde de la pelvis o línea terminal. Es el conducto óseo por el cual debe pasar el producto. Se divide en tres partes :

A) Estrecho superior.

- Limite superior de la pelvis verdadera, esta limitada por el margen superior de la sínfisis del pubis por delante, línea terminal a los lados y promontorio sacro (primera vértebra sacra) por detrás.
- El mayor diámetro del estrecho superior es el transverso.
- El diámetro menor es el anteroposterior (AP).
- El diámetro AP es el más importante, la medición clínica se hace por el

diagonal conjugado, distancia a partir del borde inferior de la sínfisis hasta el promontorio sacro (por lo general 12.5 cm).

- El conjugado obstétrico es la distancia entre la superficie interna de la sínfisis y el promontorio sacro que se mide restando 1.5 a 2 cm. (espesor de la sínfisis) del diagonal conjugado, suele medir 11 cm.

B) Porción media.

- Limitada por el estrecho superior hacia arriba y por el inferior hacia abajo es una verdadera cavidad ósea.
- Sus diámetros no pueden medirse clínicamente.
- La evolución clínica de su competencia se hace observando las tuberosidades isquiáticas. Tuberosidades prominentes que hacen protusión hacia la cavidad indican menor espacio.

C) Estrecho inferior.

- Es el límite más inferior de la pelvis verdadera.
- Está limitado por el borde de la sínfisis por delante, tuberosidades isquiáticas a los lados, punta del sacro por detrás.
- Es el diámetro más importante desde el punto de vista clínico es la distancia entre las tuberosidades (por lo general mide 9 cm.)

D) Formas de la pelvis.

Hay cuatro tipos principales de formas de pelvis:

1. Ginecoide (pelvis femenina normal)
2. Androide
3. Antropoide
4. Platipeloide

1.4 Cambios anatomofisiológicos durante el embarazo

1.4.1 Útero

- El aumento de volumen durante el embarazo comprende estiramiento y notable hipertrofia de las células musculares existentes.
- Aumento en el tamaño de las células musculares uterinas, incremento del tejido fibroso, elástico, vasos sanguíneos y linfáticos.
- Agrandamiento y engrosamiento de la pared uterina más acentuados en el fondo.
- Al tercer mes, el útero está demasiado grande para limitarse a la cavidad pélvica por lo cual es posible palparlo por encima del pubis.
- Conforme el útero sale de la pelvis gira un poco hacia la derecha por la presencia del rectosigmoide en el lado izquierdo de la pelvis.
- Para las 20 semanas de gestación, el fondo llega a nivel del ombligo.
- A las 36 semanas de gestación, el fondo llega a nivel del apéndice xifoides.
- Hay cambios en la contractilidad: a partir del primer trimestre hay contracciones indoloras irregulares (contracciones de Braxton Hicks).
- Hay aumento progresivo en el aporte sanguíneo útero - placentario.

1.4.2 Cuello uterino

- Presenta reblandecimiento acentuado y cianosis por la mayor vascularidad, edema, hipertrofia de las glándulas cervicales (signo de Goodell).
- Hay un tapón de moco que obstruye el conducto cervical.
- Erosiones del cuello uterino, que son frecuentes representaciones de las

glándulas endocervicales en proliferación y del epitelio cilíndrico endocervical.

1.4.3 Ovarios

- La anovulación es resultado de supresión de la hormona folículo estimulante (FSH) y luteinizante (LH), relacionada con las concentraciones altas de estrógenos y progesterona.
- El cuerpo lúteo se conserva activo durante las 8 a 10 primeras semanas del embarazo y produce progesterona y estrógenos para conservarlo; después de 9 a 10 semanas de gestación la placenta se hará cargo de la producción de progesterona y estrógenos para conservar el embarazo.

1.4.4 Vagina

- Aumento de la vascularidad, hiperemia y reblandecimiento del tejido conectivo en piel, músculos de perineo y vulva.
- Adopta un color violeta azulado (signo de Chadwick).
- Las paredes se preparan para el trabajo de parto; la mucosa aumenta de grosor, el tejido conectivo se hace laxo y se hipertrofian células musculares pequeñas.
- Las secreciones vaginales aumentan; el pH es de 3.5 a 6 por mayor producción de ácido láctico.

1.4.5 Cambios en las glándulas mamarias

- Son sensibles y con hormigueo en las primeras semanas del embarazo.

- Aumentan de tamaño hacia el segundo mes; hay hipertrofia de los alvéolos mamarios, y su piel es muy delgada.
- Los pezones crecen y se pigmentan intensamente y son más eréctiles al inicio del embarazo.
- Al exprimirse puede haber salida de una secreción llamada calostro hacia el segundo trimestre.
- Las areolas se ensanchan y pigmentan intensamente.
- En la areola se encuentran diseminadas varias elevaciones pequeñas (Glándulas de Montgomery) que son glándulas sebáceas hipertróficas.

1.4.6 Sistema tegumentario

- Hay cambios en la pigmentación por que la hormona estimulante de los melanocitos se eleva a partir del segundo mes, hasta el final.
- Aparecen estrías grávidas en los últimos meses como surcos rojizos, en la piel del abdomen, y a veces en mamas y muslos.
- La línea en el abdomen se oscurece (línea negra), se oscurecen también los pezones, areolas, axilas, vulva y perineo.
- Es posible que se formen manchas pardas en cara que recibe el nombre de cloasma o máscara del embarazo.
- Pueden formarse angiomas (arañas vasculares) que son elevaciones rojizas en cara, cuello, tórax y brazos.
- También puede haber enrojecimiento de las palmas de las manos (eritema palmar).

1.4.7 Alteraciones cardiovasculares

a) Corazón

1. El diafragma es progresivamente rechazado hacia arriba, el corazón hacia la izquierda y arriba, la punta desplazada a un lado.
2. Ruidos cardíacos: se escucha un desdoblamiento acentuado del primer ruido y un tercer ruido fuerte de fácil auscultación.
3. Soplos cardíacos: son frecuentes los soplos sistólicos y suelen desaparecer después del parto.

b) Circulatorios

1. El volumen cardíaco aumenta en un 10 % desde el principio hasta el final del embarazo, lo cual ocasiona una ligera hipertrofia del miocardio y mayor gasto cardíaco.
2. Sube la presión venosa femoral debido a una demora en la circulación proveniente de extremidades inferiores por la presión que ejerce el útero ocupado sobre las venas pélvicas y la vena cava inferior.
3. El pulso se acelera de 10 a 15 latidos.
4. Exceso de calor que se disipa mediante un aumento en la circulación cutánea.

c) Alteraciones hematológicas

1. Disminuyen los valores de hemoglobina y hematocrito (en relación con el volumen plasmático), la hemoglobina de menos de 11 gr/dl indica anemia y el hematocrito menor de 35% también indica anemia.
2. El número de leucocitos llega a 25000 o más durante el parto no se sabe la causa.
3. Los leucocitos de la mujer embarazada tienen menos eficacia para combatir las infecciones y las enfermedades en comparación con los de las mujeres no embarazadas.
4. Incremento en los factores de coagulación.

1.4.8 Alteraciones Respiratorias

- Frecuencia respiratoria y capacidad respiratoria máxima se conservan sin

cambios, en tanto que la capacidad vital puede aumentar un poco.

- El volumen de ventilación pulmonar, el volumen ventilatorio por minuto y la captación de oxígeno por minuto aumentan conforme progresa el embarazo, a juzgar por la respiración más profunda de la embarazada.
- Se incrementa la eliminación de dióxido de carbono.
- El aumento en la vascularidad es influida por los estrógenos.
- La circunferencia torácica se incrementa en 5 a 7 cm. y el diafragma se eleva cerca de 4 cm.
- El metabolismo basal aumenta y las necesidades de oxígeno lo hacen en 30 a 40 ml/min.
- Equilibrio acidobásico: la sangre arterial es un poco más alcalótica.

1.4.9 Alteraciones Digestivas

- Las encías pueden estar hiperémicas y reblandecidas y sangrar con facilidad.
- Puede aparecer una tumefacción vascular localizada de las encías que se llama *épulis* del embarazo.
- El estómago e intestino son rechazados hacia arriba y a un lado por el útero grávido.
- Es frecuente la pirosis por el reflujo de secreciones ácidas hacia la parte inferior del esófago.
- Disminuye el tono y la motilidad de las vías gastrointestinales, el vaciamiento gástrico se prolonga por la abundante progesterona que produce la placenta.
- Es frecuente que aparezcan hemorroides, pues se eleva la presión venosa por debajo del nivel del útero aumentado de volumen y además hay estreñimiento.
- La embarazada tiene predisposición a formar cálculos biliares, por el tiempo

de vaciamiento prolongado y la retención de sales biliares puede originar prurito.

1.4.10 Alteraciones Urinarias

- Los uréteres se dilatan y alargan por presión mecánica y quizá por efecto de la progesterona. Al sobrepasar el útero la cavidad pélvica descansa sobre los uréteres y los comprime sobre el borde de la pelvis. La dilatación es mayor en el lado derecho dado que el izquierdo está protegido por el colon sigmoide.
- En los primeros meses del embarazo aumenta la filtración glomerular (FG) y así persiste casi hasta el final. El flujo plasmático renal (FPR) se eleva al principio pero se normaliza en el tercer trimestre. Estos cambios quizá se deban al lactógeno placentario.
- Puede haber glucosuria manifestada porque aumenta la filtración glomerular sin que incremente la capacidad de resorción tubular para la glucosa filtrada.
- La proteinuria es anormal, salvo en casos de orina muy concentrada o en la primera orina emitida al levantarse por la mañana (la concentración urinaria de proteínas totales de 250 a 300 mg en 24 horas es una advertencia de trastorno del funcionamiento renal, hipertensión inducida por el embarazo, o ambas cosas).
- Hacia los últimos días, la presión del producto impide el drenaje de sangre y la linfa de la base de la vejiga, que esta edematosa, se traumatiza con facilidad y es susceptible a infecciones.

1.4.11 Cambios Metabólicos

a) El aumento de peso es en promedio de 10.896 Kg.

1. Feto: 3.4 Kg.

2. Placenta: 0.681 Kg.
3. Líquido amniótico: 0.91 Kg.
4. Hipertrofia del útero: 1.137 Kg.
5. Mamas: 0.454 Kg.
6. Volumen sanguíneo: 1.60 Kg.
7. Retención de agua, grasas y proteínas 2.724 Kg.

b) Metabolismo del agua.

1. La mujer en promedio retiene 6.5 litros de agua extra durante el embarazo.
2. Muchas embarazadas padecen edema de piernas y tobillos hacia el final del embarazo.

c) Metabolismo proteínico.

1. Feto, útero y sangre materna son ricos en proteínas, más que en grasas o carbohidratos.
2. A término, el feto y la placenta contienen 500 gr. de proteína o cerca de 50% del aumento total de proteínas del embarazo

d) Metabolismo de carbohidratos.

1. El embarazo, potencialmente, puede desencadenar diabetes.
2. En ciertas mujeres aparece diabetes clínica solo cuando están embarazadas ya que hay un ahorro de glucosa utilizada por tejidos maternos y una derivación de glucosa hacia la placenta para beneficio del feto.

e) Metabolismo del hierro.

1. El volumen total de hematíes circulantes se eleva cerca de 450 ml; suben también los requerimientos de hierro.
2. Los complementos de hierro tienen utilidad en la última mitad del embarazo y después de este.

1.4.12 Alteraciones en el sistema endocrino

- La glándula tiroides aumenta de tamaño, se suprime la producción de FSH y de LH. Puede aumentar un poco la producción de tirotropina y hormonas adrenocorticotrópicas y aumento en la producción de melanotropina.
- Aumenta la producción de prolactina. La producción de oxitocina se incrementa gradualmente conforme madura el feto.
- La glándula tiroides aumenta de tamaño en relación con el incremento de la vascularidad y el crecimiento del tejido glandular.
- En el páncreas la producción de insulina es mayor durante todo el embarazo para compensar el antagonista de la insulina por las hormonas placentarias.
- Los estrógenos producidos por los ovarios, pero también por la medula suprarrenal, más tarde, por la placenta son la causa de: aumento de tamaño de mamas, útero y genitales, cambio en el depósito de grasa, alteración de la función tiroidea y del metabolismo de los nutrientes, cambios en la retención del sodio y agua, cambios hematológicos, cambios vasculares, incitan la secreción de hormona estimulante de la melanina, hiperpigmentación.
- La progesterona producida por el cuerpo lúteo (y más tarde por la placenta) tiene como efectos: facilitar la implantación, disminuir la contractilidad uterina, desarrollo de los conductos secretores del sistema lobulovascular de las mamas, cambios en el depósito de grasa, reducción en el tono del músculo liso, reducción de la motilidad gástrica.
- La relaxina producida por el cuerpo lúteo (y más tarde por la placenta) se considera la causa de los cambios musculares esqueléticos.

1.4.13 Alteraciones en el sistema músculo esquelético

- Los cambios hormonales ocasionan aumento en la movilidad de las

articulaciones sacroiliacas, sacrococcígeas y pélvicas.

- Esta movilidad contribuye a un trastorno en la postura de la madre y dolor de espalda.
- En las últimas fases puede haber adormecimiento, entumecimiento y debilidad de extremidades superiores debido a la lordosis que termina por producir tracción de los nervios mediano y cubital.

1.5 Signos y síntomas del embarazo

Algunas de las adaptaciones fisiológicas se reconocen como signos y síntomas del embarazo. Existen tres categorías de estas adaptaciones: de presunción, aquellos cambios experimentados por la mujer; probables aquellos que pueden ser observados o explorados; y positivos aquellos signos atribuibles solo a la presencia del feto. A continuación se describen cada uno de ellos.

Signos y síntomas de presunción

- Amenorrea: se sospecha de embarazo cuando han pasado más de 10 días desde el día inicial de la menstruación esperada.
- Las mamas se agrandan y están hipersensibles, las venas se vuelven cada vez más visibles, los pezones se oscurecen y aumentan de tamaño.
- La vagina cambia de coloración (signo de Chadwick) hacia la tonalidad azulosa y la pared vaginal esta congestionada.
- Cambios en la pigmentación cutánea.
- Aumento de tamaño del abdomen y estrías abdominales.

- Náuseas y vómitos.
- Micción frecuente.
- Aumento de peso.
- Estreñimiento.
- Fatiga.

Signos y síntomas probables

- Agrandamiento del abdomen: cerca del final del tercer mes, puede sentirse el útero debajo de la pared abdominal, encima de la sínfisis pubiana.
- El útero aumenta de tamaño, se alarga y disminuye su grosor conforme avanza el embarazo.
- Signo de Hegar: el segmento inferior uterino se reblandece seis a ocho semanas después del primer día de la última menstruación.
- A las seis u ocho semanas de gestación, el cuello uterino está considerablemente blando.
- Signo de Goodell: se identifica por la blandura del cuello uterino.
- Contracciones intermitentes del útero, signo de Braxton Hicks: contracciones palpables, indoloras que ocurren a intervalos irregulares.
- Peloteo: hundimiento y rebote del feto en el líquido amniótico circundante en reacción a un golpe repentino en el útero (ocurre al cuarto o quinto mes de gestación).
- Delineación del feto a través del abdomen: palpación abdominal en la segunda mitad del embarazo.
- Estudios de laboratorio para determinar la concentración de gonadotropina coriónica humana (HCG).

Signos y síntomas positivos

- Latido cardíaco fetal (separado y diferente al de la madre): suele escucharse entre las 16 y 20 semanas de la gestación.
- Es posible sentir los movimientos fetales (después de cerca de 20 semanas de gestación).
- Confirmación del contorno fetal mediante ultrasonografía.

Capitulo II

Generalidades de la Adolescencia

2.1 Adolescencia

En el mundo moderno los adolescentes interactúan principalmente con otros adolescentes y muy poco con niños o con adultos. Esto es por la segregación de edades y esto se debe a una decisión personal porque quieren descubrir las cosas por si mismos, sin las restricciones que a menudo les imponen los adultos.

La segregación por edades puede tener efectos negativos, al separarlos de los niños mas pequeños se priva a los adolescentes, de la oportunidad de guiar y orientar a quienes son menos conocedores. La separación del mundo adulto significa que pierden oportunidad de ser aprendices de trabajar con personas mayores y más experimentadas.

La dependencia económica prolongada es otra característica de la adolescencia, necesitan el apoyo financiero de sus padres mientras obtienen la formación personal necesaria; para los empleos que exigen habilidades tecnológicas complejas. Para los que no logran una buena educación los puestos de bajo nivel no suelen interesarles ni son atractivos desde el punto de vista económico y es por eso que el adolescente a menudo se siente frustrado y descontento con su lugar en el mundo.

Por ello algunos teóricos ven en la adolescencia un periodo de derechos y oportunidades limitadas así como roles impuestos. Otros como Erikson la adolescencia es un periodo en el, que al individuo se le permite explorar y ensayar diversos roles antes de asumir sus responsabilidades en el mundo de los adultos.

El adolescente se ve influido por acontecimientos de la era que les toque vivir. La situación mundial (guerras, movimientos religiosos y fluctuaciones económicas) le afecta mucho más que a los niños más pequeños. Los adolescentes modernos se ven afectados no solo por las crisis locales y regionales, sino también por las que ocurren en regiones distantes del mundo.

También los medios masivos tienen efectos específicos en los adolescentes sin importar su edad, los individuos aprenden mejor cuando actúan en el entorno cuando perciben las consecuencias de sus actos y tiene la fuerza para generar un cambio, pero no es posible modificar los sucesos que transmiten la televisión y otros medios, con el rápido desarrollo de sus capacidades físicas y cognoscitivas son particularmente vulnerables al papel pasivo de consumidores de estos medios.

Tal vez moldeen su conducta con base en los hechos trillados o extraños que ven en los medios a identificarse con los mundos de ira y desviación social encarnados en particular por la música pesada "rap" y "heavy metal". Es interminable la lista de influjos potencialmente nocivos a que están expuestos.

La adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referido al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y periodo de la adolescencia entre otras".²

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia es un fenómeno universal en

² Escobar & Muñoz, "Estudio cualitativo de la experiencia de los padres adolescentes", p.7

cualquier grupo social y cultural, las etapas y características biológicas son las mismas; pero, desde el punto de vista psicosocial las características de los y las adolescentes se expresarán según las demandas y expectativas que la sociedad les fije.

La OMS (Organización Mundial para la Salud) define como adolescencia a la "etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socio económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años de edad.³

Paralelamente con esta definición tenemos también la juventud que comprende el periodo entre 15 y 24 años, es una categoría psicológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere.

En algunos casos los y las adolescentes pasan esta etapa de la mejor manera y es más el "temor" de los adultos por la imagen y conductas que adoptan, de lo que realmente sucede. Esto por supuesto se logra cuando ellos y ellas han tenido la oportunidad de recibir amor, educación, información, atención y orientaciones adecuadas, oportunas y respetuosas.

Pero otros muchos jóvenes, en su afán de "crecer" rápidamente, de probarse como los mejores o diferentes, de "chocar" con el mundo y las reglas de los

³ Dulanto, G. "El Adolescente", p. 549

adultos, en muchas ocasiones terminan súbitamente con esta etapa de su vida, al tener que asumir compromisos que aún no deberían o ponen en riesgo su vida y su salud integral, por actuar sin madurez y responsabilidad. Bastaría con revisar estadísticas de salud, en donde entre las primeras causas de muerte e incapacidad se encuentran los accidentes, predominando los viales y los ahogamientos y la muerte por violencia, ya sea hacia ellos mismos (suicidio) o hacia otros (homicidio), y entre las adolescentes, la primera causa de muerte está relacionada con problemas del embarazo y abortos clandestinos.

Esto sin dejar de mencionar también el incremento de casos de jóvenes con diversas enfermedades de transmisión sexual como el SIDA y las consecuencias de todo tipo de adicciones, que ocasionan la muerte directa por la sustancia ingerida o porque están fuertemente relacionadas con accidentes, suicidios, violencia, enfermedades diversas y otras conductas irresponsables.

Las características biológicas de la adolescencia son un notable aumento de la rapidez de crecimiento, un desarrollo acelerado de los órganos reproductores y aparición de rasgos sexuales secundarios.

Sin embargo, los y las adolescentes experimentan el placer y el dolor de observar este proceso, completa con sentimientos alternos de fascinación, deleite y horror el crecimiento de su cuerpo. Sorprendido avergonzado e inseguro se compara sin cesar con otros y revisa su auto imagen.

Hombres y mujeres vigilan con ansiedad su desarrollo – o falta de éste – y basan sus juicios lo mismo en conocimientos que en información errónea. Su ajuste

dependerá en gran medida de cómo reaccionen los progenitores ante los cambios físicos de su hijo.

Los cambios físicos característicos de la adolescencia son los siguientes:

Cambio en las niñas

- Crecimiento de los senos
- Crecimiento del vello púbico
- Crecimiento de vello en las axilas
- Crecimiento corporal
- Menarquía (primera menstruación)
- Aumento en la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas

Cambio en los niños

- Crecimiento de los testículos y del saco escrotal
- Crecimiento del vello púbico
- Crecimiento de vello en rostro y axilas
- Crecimiento corporal
- Crecimiento del pene
- Cambio de voz
- Primera eyaculación de semen
- Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas

Desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Todavía consideran a los padres como autoridades, sin embargo, se inicia el proceso de "dejar la familia", al estar más tiempo con los amigos, en especial los del mismo sexo, acatando las normas del grupo que se ve reflejada en su conducta y en la ropa que usa.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías: no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales y no prevé las consecuencias de sus actos, y siente que su destino está controlado por otros, como sus padres o las autoridades escolares, personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia Media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha: cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Están en una etapa de retos: experimentar con drogas, alcohol y sexo es una atracción común para la rebelión. Los adolescentes buscan independencia y la encuentra cada vez más en su grupo de amigos. La identificación con éste es evidente en su selección de ropa, maquillaje, corte de pelo y música. Durante esta etapa, los adolescentes suelen

considerarse invencibles y que no sufrirán consecuencias negativas por arriesgarse. Es frecuente que estos años sean de grandes dificultades para la familia, conforme los adolescentes luchan por su independencia y ponen en tela de juicio los valores y expectativas familiares. En esta etapa los adolescentes quieren ser tratados como adultos, sin embargo, el temor a las responsabilidades de los adultos puede hacer que fluctúe su conducta.

Adolescencia Tardía (17 a 19 años)

Casi no presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; los adolescentes se sienten más a gusto con su individualidad y su capacidad para tomar decisiones. Pueden pensar abstractamente y prever complicaciones, durante esta etapa confía más en su identidad personal, aprende a solucionar problemas, conceptuar y tomar decisiones. Estas habilidades los ayudan a considerarse como una persona que tiene el control, lo cual lleva a la capacidad de comprender y aceptar las consecuencias de sus actos.

En los cambios cognoscitivos, los adolescentes muestran mayor capacidad para planear y prever las cosas, no todos logran este nivel de desarrollo y los que sí lo consiguen no siempre lo emplean de manera constante. Los adolescentes se sirven de sus habilidades en desarrollo para actividades intelectuales y morales que concentran en ellos mismos, su familia y el mundo, esto puede influir en la relación con sus padres, para algunos investigadores la adolescencia es un periodo en que los padres y los adolescentes negocian nuevas relaciones.

El adolescente empieza a interesarse más por los problemas sociales, políticos y éticos. Su conocimiento del mundo se va perfeccionando cada vez más y aplica el análisis racional a estas cuestiones.

A medida que avanza hacia la edad adulta, el adolescente debe de tener en cuenta aspectos de la moral a los que no se había enfrentado antes, sus decisiones cobran mayor importancia y se desarrolla más su sentido ético.

En el desarrollo afectivo, la adolescencia esta marcada por la consolidación de la identidad de un individuo. Las dinámicas social y psicológica de la transición adolescente están dominadas por los intentos del individuo de establecer un nuevo sentido de su propio yo. El rasgo distintivo de la transición adolescente es un periodo de formación de identidad.

Durante la adolescencia intermedia a tardía, un joven se puede tornar insatisfecho y tener una sensación inadecuada de identidad personal. La formación de la identidad se produce a medida que el adolescente consolida elementos de la propia identidad infantil con los valores y los objetivos emergentes que conforman la base de la propia identidad del adulto. La formación de la identidad ayuda a los adolescentes a conocer su posición con respecto a los otros y con ello sienta las bases de las comparaciones sociales.

La madurez social consiste en una mayor autonomía respecto de los padres y la autoridad adulta, en una modificación de las relaciones interpersonales y heterosexuales, y en la madurez de la conducta. Es un proceso mediante el cual evalúan sus capacidades, conductas, características de personalidad, apariencia, reacciones y el sentido general del yo en comparación con los de otros. Durante la adolescencia aumenta considerablemente la importancia de los grupos de amigos, que son indispensables para la adquisición de las habilidades sociales, y en los últimos años de la adolescencia los jóvenes buscan amigos con quienes compartan características similares incrementando las amistades del mismo sexo.

En cuanto a los aspectos familiares una tarea primaria del desarrollo de la transición del adolescente es el establecimiento de la independencia emocional y psicológica de los padres. Como niño, uno depende por completo de los adultos para satisfacer las necesidades básicas, a medida que los adolescentes avanzan hacia la edad adulta, se espera de ellos que asuman mayor responsabilidad personal por su bienestar. Las tensiones entre el adolescente y su familia pueden surgir, particularmente, a causa de la lucha del adolescente por afirmar su independencia.

El medio familiar ejerce obvios y profundos efectos sobre la autoestima y la adaptación psicológica del adolescente. La calidez y el apoyo familiar en el contexto de expectativas familiares claramente definidas están vinculados con una autoestima y una adaptación social positivas, mientras que la rudeza y el rechazo de los padres están asociados con lo opuesto.

Durante la adolescencia temprana y tardía, en particular, la necesidad de ser aceptados por el grupo de amigos domina las interacciones sociales. Lo que más temen los adolescentes es sentirse excluidos por los demás, y para no sentir su rechazo imitan su mala conducta acercándolos a la drogadicción, a la experimentación sexual precoz, al abandono de la escuela y en ocasiones a cometer actos delictivos, pero en cambio si en el grupo de amigos hay valores éticos y morales y una buena conducta pueden ejercer una influencia positiva hacia los adolescentes.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia para poder interpretar sus actitudes y comprenderlos. Los criterios para señalar el final de la adolescencia serían: el logro de la independencia económica, la elección vocacional, la adopción de una ideología, el logro de un buen ajuste

psicosexual; es decir que "la persona sea autónoma, independiente, autodirigida, capaz de tomar sus propias decisiones y aceptar las consecuencias de ellas, tener una identidad clara de sí mismo, saber quién es y, posteriormente, ser capaz de tener un trabajo y formar un hogar".

En resumen, el adolescente debe cumplir en esta etapa distintas tareas: aceptación de su estructura física y del papel femenino o masculino que le corresponda socialmente; logros de una independencia emocional de los adultos y establecimientos de relaciones con sujetos de su edad y de ambos sexos, preparación para una relación de pareja estable; desarrollo de aptitudes y conceptos intelectuales que le permitan la elección de una ocupación y el adiestramiento o capacitación para desarrollarla; la adquisición de mayor seguridad e independencia económica. Además la obtención de una conducta social cívicamente responsable, elaboración de una escala de valores acorde con el mundo actual y finalmente que sea transmisible a su descendencia.

2.2 Sexualidad en la adolescencia

En principio, hay que diferenciar el sexo de la sexualidad ya que con frecuencia confundimos sus conceptos.

El sexo se refiere sólo a los órganos sexuales los cuales hacen posible la diferencia entre hombres y mujeres, al encuentro de éstos, es a lo que llamamos "relación sexual". En cambio la sexualidad es un proceso biológico y emocional, una expresión de nuestro propio ser que va desde una caricia, una mirada, un gesto, una palabra... esta influenciada por las creencias personales, religiosas y sociales, y éstas influyen a su vez sobre nuestro comportamiento.

La sexualidad es una parte básica de la personalidad total, incluye lo que hacemos, pero también lo que somos, la cual se definirá en su estilo de ser persona, en sus características psicológicas, en su modo de ser femenino o masculino, en el modo de sentir, pensar y actuar como individuos en sociedad.

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, que expresa los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda del placer; y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptadas.⁴

La sexualidad depende de la perspectiva teórica y disciplinaria que se adopte para su estudio. El termino sexualidad se usa para designar ciertos

⁴ Molina, R. Luengo, X. & Toledo, V." Adolescencia, Sexualidad y Embarazo", p. 2, 6.

comportamientos, practicas y hábitos que involucran al cuerpo; pero también nombra el conjunto de ideas, preceptos morales y significados que las sociedades constituyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales. Por lo tanto, la sexualidad desde la perspectiva histórica y cultural, consiste en un conjunto de relaciones específicas.⁵

La sexualidad en la adolescencia se caracteriza por la curiosidad y la ansiedad respecto a su propio cuerpo que se está desarrollando y cambiando abruptamente y por el aumento repentino de las sensaciones sexuales y del instinto sexual.

A raíz de toda esta revolución que se desata dentro del adolescente, aparece la masturbación, en este punto aparecen opiniones encontradas acerca de que si es buena o mala la masturbación, pero desde el punto de vista biológico la masturbación es un signo más del desarrollo sexual de las y los adolescente y es un acto completamente natural.

El adolescente debido a la aparición de los caracteres sexuales secundarios, tiene que acomodarse a su cuerpo, así como la aparición de fuertes impulsos sexuales y de rebelión que no sabe manejar. Todas las etapas por las que pasan los adolescentes en la búsqueda del otro, se orientan específicamente a la búsqueda de sensaciones placenteras y a la tendencia erótica.

Los adolescentes son muy curiosos, esa curiosidad propia de la edad los conduce en algunos casos, a la búsqueda temprana de relaciones sexuales.

⁵ Dulanto, G. *Op. cit.*, p. 391.

Esta iniciación temprana tiene mucho que ver con las fuentes por las cuales el adolescente recibe la información, como los medios de comunicación que imponen modelos de adolescentes sin límites, con la búsqueda inmediata del placer.

La información acerca de relaciones sexuales y de métodos anticonceptivos la obtienen del grupo de amigos intercambiando generalmente información errónea. Todo esto puede llevar a los adolescentes a un embarazo en la adolescencia junto con sus complicaciones, como también a otros propios de la adolescencia

2.3 Razones de los adolescentes para involucrarse en la relación sexual temprana

Los adolescentes y jóvenes de todas las clases sociales, refieren algunas razones por las cuales con frecuencia se involucran en relaciones sexuales tempranas. A continuación se mencionan las siguientes:

- **Presión de los compañeros.**

Se tiene necesidad de ensayo en grupo para ser calificados y unos a otros se aportan "valor" para lo que temen hacer solos.

- **Comunicar afecto.**

Se busca mostrar sentimientos amorosos en una relación, y mantener una relación afectiva deseada, más nunca programada o pensada, como vía para comprometerse en actividad sexual.

- **Evitar la soledad.**

Los jóvenes sienten soledad y vacío existencial que se origina en la misma dinámica familiar. Sufren el abandono afectivo de los padres y la familia, la destrucción familiar, la lejanía, frialdad y la escasa comunicación con hermanos.

- **Demostrar independencia.**

La actividad sexual, según su sentir, les proporciona seguridad en los papeles que llevan a cabo; por medio de ella, ponen distancia con los padres o tutores que continuamente los tratan como niños, critican sus actitudes y son coercitivos para imponer valores. Asimismo, esa actividad sexual constituye una forma de rebeldía contra el autoritarismo que no siempre se acompaña de buen ejemplo y congruencia de actitudes.

- Obtener afecto a cualquier precio.

Perciben sentimientos de desamor por parte de la familia, experimentan la necesidad de ser valorados y estimulados a través de ternura y afecto calido no solo verbal.

- Mostrar ante los amigos que es adulto.

El adolescente ve la relación sexual como necesaria para ser conocido y valorado por sus amigos, la escuela o el grupo social al que pertenece, al igual que para ser admitido en la experiencia del grupo. La siente indispensable para apoyarse en alguien ante miedos irracionales y sentimientos de minusvalía e inseguridad.

- Curiosidad.

El fracaso de la formación, la falta de educación e instrucción sobre sexualidad y biología reproductora, así como el impedimento de una socialización adecuada entre jóvenes de ambos sexos, conduce a un crecimiento alarmante de la curiosidad por las relaciones sexuales.

- Desear la experiencia de relación sexual.

Hay un deseo sano de experimentar la relación cargada de afecto. No les mueve solo la curiosidad o la adquisición de práctica; hay una clara reunión de aspectos sensuales y afectivos.

2.4 Razones de los adolescentes para abstenerse de la relación sexual temprana

Algunos adolescentes tienen razones muy claras para no involucrarse en una relación sexual temprana, manteniendo conductas de continencia o posponiendo su iniciación sexual hasta que se sienta capaz de controlarla. Las razones principales son:

- **Valores morales personales.**

Los jóvenes con estas razones tienen convicciones y fundamentos, entienden los motivos, las situaciones y los objetivos que inducen a involucrarse en una relación. Ponderan y valoran la castidad y la abstinencia y asumen una conciencia de fines. Viven plenamente la sexualidad y se dan un justo tiempo para desarrollar con libertad su proyecto de vida. No consideran que la participación genital afirme su identidad genérica, ni condicione su papel sexual como varón o mujer. Tienen vías alternas para vivir con plenitud su sexualidad en buena relación con sus amigos del sexo contrario.

- **Sentimiento de falta de preparación para la relación sexual.**

Falta de maduración biológica, social y emocional para aceptar responsabilidades de una vida en pareja. Considerando mejor la creación de vínculos de amistades y afectivos que les permitan madurar libres de ansiedad y miedo en lo personal y en la relación humana.

- **Miedo a cortar los planes ya claros de su proyecto de vida.**

Aceptan tener deseos de involucrarse en las relaciones sexuales ya experimentadas por algunos: pero en ellos aparece el miedo a tener que aceptar responsabilidades, en casos de reclamos y embarazos no deseados, que van a interrumpir su ruta a su proyecto de vida.

- Temor de dañar la relación con los padres y perder la imagen ante ellos.

La casi totalidad de quienes dan esta razón son adolescentes independientes de sus padres, sobre todo en lo económico. Temen alterar la relación familiar y son vigilados y muy condicionados en su vida social.

- Temor a contraer una enfermedad venérea.

Esta razón se da en todos los niveles sociales. Al parecer el factor de contención ha sido el temor a verse infectados; el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es y será la causa de limitación más importante.

- Temor al embarazo.

Es una causa común de abstención en ambos sexos, en todas las edades y las diferentes clases sociales; sin embargo es una preocupación más constante en mujeres.

- Creencias religiosas.

Estas son limitantes, muy claras de la relación sexual temprana que siempre indican pecado, culpa, remordimientos y se supone que alejan del diálogo con Dios.

Capitulo III

Embarazo en la Adolescencia

3.1 Mitos sobre el embarazo

Con relación a los embarazos y a las relaciones sexuales hay muchos mitos, y desinformación que es necesario mencionarlos antes de empezar el tema del embarazo en la adolescencia.

En la primera relación sexual no pasa nada. **Mentira**, desde que la mujer tiene su primera menstruación, puede quedar embarazada.

Si lo hacemos por encimita no pasa nada. **Mentira**, ya que el líquido preeyaculatorio, o sea el moco que sale por el pene antes del semen, también contiene espermatozoides aunque en menor cantidad.

Si nada más tengo una pareja, no necesito condón. **Falso**, de preferencia hay que usarlo, para evitar un embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual, ya que la pareja, puede tener o haber tenido otras parejas sexuales.

Las pastillas anticonceptivas engordan. **Mentira**, en la mayoría de los casos no engordan y si pueden prevenir un embarazo no deseado y en caso de que ocurra en algunas mujeres, es mejor consultar al médico.

Las pastillas anticonceptivas ocasionan cáncer. **Cierto**, en algunos casos, cuando se consumen por grandes periodos, pueden ser un factor desencadenante. Además no son muy recomendables durante la adolescencia.

Si no tengo relaciones sexuales me voy a sentir mal. **Mentira**, las relaciones sexuales son solo una forma de expresar la sexualidad y no son necesarias durante la adolescencia, generan mucha tensión y no se disfrutan plenamente.

Si no me das la prueba de amor, te abandono. **Mentira**, la única prueba de amor verdadera es el respeto mutuo y cuando alguien exige algo así, de todos modos va a abandonar a la pareja en cuanto obtenga su prueba.

Si no hay orgasmo en la mujer, no hay embarazo. **Mentira**, el orgasmo es una fase de la respuesta sexual, en el hombre va acompañado de la eyaculación y con ello la expulsión de los espermatozoides, pero en la mujer este suceso no tiene nada que ver con el embarazo.

El coito anal también produce un embarazo. **Mentira**, por medio del coito anal no puede darse un embarazo ya que es por el canal vaginal que penetran los espermatozoides al útero y llegan a las trompas de falopio para fecundar al óvulo.

Sin embargo puede haber otro tipo de problemas al realizarlo, como ocasionar lesiones en el ano.

El uso de limón o vinagre después del acto sexual, mata los espermatozoides. **Mentira**, si bien se ha dicho que la acidez los mata, es la que de forma natural presenta la vagina y no por medio de sustancias adicionales que pueden provocar además de mucho ardor, una infección,

Orinar después del coito evita el embarazo. **Mentira**, ya que la mujer orina por la uretra que se localiza casi junto a la vagina, pero ambas son independientes.

Interrumpir el acto ayuda a evitar un embarazo. **Mentira**, el líquido preeyaculatorio contiene también espermatozoides y la retirada del pene no siempre suele ser a tiempo para evitar la eyaculación.

El sexo del bebé lo determina la mujer. **Mentira**, los espermatozoides son los que contienen los cromosomas que determinan el sexo.

Si las relaciones son con hombres mayores no pasa nada. **Mentira**, cualquier hombre que produzca espermatozoides normales, puede embarazar a cualquier mujer sin importar su edad.

3.2 Embarazo en la Adolescencia

Es probable que el embarazo en la adolescencia tenga un destino diferente en función de un proyecto de vida, por numerosas razones la adolescente puede decidir su interrupción, con mayor o menor riesgo para su salud y su vida.

Esto es lo que quizás marca la diferencia en la tasa de nacimientos en mujeres adolescentes en los distintos estatus sociales y en función del nivel educativo alcanzado.

El embarazo y la maternidad en adolescentes son mas frecuentes en nuestra sociedad.

Es un suceso difícil que afecta a los padres adolescentes por todas las complicaciones que pueden surgir ya sean biológicas, psicológicas o sociales.

A su hijo porque hay mayor riesgo de maltrato, abandono físico y emocional y repercusiones en el desarrollo psicológico emocional.

A la familia porque se observa un desequilibrio psicológico y económico por el apoyo que brindan a la adolescente.

A la comunidad porque el grupo de madres adolescentes y sus hijos constituyen una población demandante de servicios y de ayuda, poco o nada productiva, que representa una carga para la sociedad desde el punto de vista económico y social. Estas familias pueden necesitar asistencia pública por largo tiempo.

La madre encabeza la mayoría de las familias en México de bajos recursos económicos, asumiendo un rol de administradora de hogar, convirtiéndose así en la proveedora principal de los alimentos, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene en quien delegar esas responsabilidades.

La consecuencia de esta falta de atención hacia sus hijos son: que los y las adolescentes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a los jóvenes. Por tanto, muchas de ellas ingresan prematuramente en la vida adulta con el cuidado de sus hermanos menores.

El embarazo en la adolescencia puede tener relación con aquellas familias donde la autoridad moral es débil o mal definida con ausencia de la figura paterna o cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes

Cuando la adolescente se casa, en algunos casos ella y su pareja no pueden establecer un hogar independiente por los bajos ingresos económicos que pudieran alcanzar.

Si permanece soltera, continua con el embarazo con grandes carencias y dificultades, el grado de esto depende si cuenta con el apoyo de su familia, generalmente vive un ambiente familiar y social de rechazo por no estar casada.

El apoyo familiar se condiciona, obstaculizando su desarrollo personal e incrementando las razones por las que se embarazo, y con ello la posibilidad de repetirlo.

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud hacia las adolescentes, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales y económicas las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estatus económicos y sociales de la sociedad.

Las cifras de embarazo en la adolescencia no son exactas, ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud, que excluyen a quienes no solicitan sus servicios; sin embargo se han realizado aproximaciones por ejemplo, Klein (1980) menciona que cada año más de un millón de adolescentes en el mundo se embaraza; 30,000 son menores de 15 años y en su mayoría son embarazos no planeados.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que según la Encuesta Nacional Demográfica en México, 12.1% de nacimientos en 1982 fueron de madres entre los 15 y 19 años y que en 1985, 33.5% de la población femenina entre 15 y 24 años de edad, falleció por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Menores de 20 años dan a luz, y estos nacimientos representan la quinta parte de todos los nacimientos registrados en el mundo. Muchos de estos embarazos y nacimientos son involuntarios, una selección de países de América Latina, un 20% a 60% de las mujeres menores de 20 años actualmente embarazadas declararon que sus embarazos eran inoportunos o no deseados.

En México el número de hijos que tienen las familias ha descendido de manera drástica en las últimas décadas. Los niveles de fecundidad se redujeron a casi la

mitad en 20 años, ya que la tasa global de fecundidad pasó de siete hijos por mujer en 1966 a 3.8 hijos promedio en 1987.

En la década actual, los niveles de fecundidad han seguido bajando, aunque en un ritmo menor: la fecundidad se estimó en 2.8 hijos en 1996 y 2.4 hijos en el año 2000 y 2.2 hijos para el 2003. (Cuadro 1)

En México el nivel de fecundidad es de 2.1 hijos, mientras que en el Distrito Federal es de 1.8 hijos, confirmando así que en los últimos años las familias prefieren el dicho popular "la familia pequeña vive mejor", mientras que Guerrero tiene 2.7 hijos en promedio siendo el estado con un poco más de número de hijos por familia en el 2003. (Cuadro 2)

El porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) encontramos que en 1990, el porcentaje era de 18%, mientras que para el año 2000 bajó a 17.1% y en 2003 a 16.8%, habiendo una diferencia de 1.2% entre 1990 y el 2003. (Cuadro 3)

En Nayarit se registra un porcentaje de 20.6% de nacimientos registrados en el 2003 a comparación con Querétaro de Arteaga con 14.4%, Yucatán 15.7% y México 16.6%. (Cuadro 4)

En Chiapas, existe un alto porcentaje en adolescentes menores de 20 años no económicamente activas con 92.2 % en el 2003, lo cual nos da a entender que no tienen un trabajo estable y por lo tanto sus ingresos económicos son bajos y solo el 7.8 % son económicamente activas en comparación con otras identidades federativas.

Como se puede observar en los resultados expuestos se llega a lo siguiente: que aunque los niveles de fecundidad estén bajando considerablemente conforme pasan los años y más en nuestro país, eso no garantiza que los niveles del embarazo en la adolescencia bajen, puesto que sus porcentajes no son muy bajos y se corre el riesgo de que aumenten, si nosotros como sociedad, no les ponemos atención a sus necesidades que como adolescente requieren.

Han transcurrido más de 30 años desde que este problema se empezó a estudiar con el objeto de encontrar las diferentes implicaciones biológicas, emocionales y sociales, así como sus complicaciones que convergen en él.⁶

El embarazo y maternidad de la adolescente son más frecuentes en nuestra sociedad, entre sus posibles causas se encuentran el inicio temprano de la vida sexual de los jóvenes, el uso inadecuado o no uso de métodos anticonceptivos, así como la falta o insuficiente información sobre sexualidad y procreación, un bajo nivel educativo y económico, bajos niveles de planeación y expectativas respecto al futuro, una pobre imagen y valorización de la mujer, sentimientos de soledad y rechazo, entre otras. Es un suceso difícil que afecta la salud de la adolescente embarazada, de su pareja si cuenta con ella, la de su hijo y familia.

El embarazo es una etapa difícil para todas las mujeres en la que se ajustan a los cambios que experimentan y se preparan para asumir su nueva función como madre de uno o más hijos. La edad al momento de embarazarse puede ser un factor en la adaptación física y psíquica de la mujer.

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial sumamente importante, a menudo en las adolescentes embarazadas este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la

⁶ Dulanto, G. *Op.cit.*, p. 521.

salud, tanto de ella como de su hijo. Este hecho puede agravarse si además de la corta edad, la madre no esta dentro de la protección del matrimonio, por lo que la coloca dentro de una situación de rechazo.

Los hábitos y la actitud sexual de los adolescentes han cambiado en los últimos años. La maduración sexual más precoz, la presión de los compañeros en las escuelas secundarias y el énfasis comercial y cinematográfico en los placeres del sexo, han conducido a la consecuencia previsible de que las relaciones sexuales se inicien antes.⁷

Se ha señalado que las razones que explican la consideración del embarazo en la adolescencia como un problema social serian; "...el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres..., los cambios sexuales y culturales que han llevado a modificar el contexto narrativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrentan un número creciente de jóvenes difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aun deseosos de hacerlos".⁸

Estas jóvenes están expuestas a considerables complicaciones de salud durante el embarazo y el parto, psicológicas y sociales. Por estos motivos se elige la definición que el Doctor Ramiro Molina Cartés cita respecto del embarazo en la adolescencia: "es el embarazo que ocurre dentro de los dos primeros años de la edad ginecológica (los años transcurridos desde la menarquia) y cuando la adolescente mantiene una total dependencia socioeconómica de la familia parental o ambas situaciones".⁹

⁷ Burron, G. "Complicaciones Medicas durante el embarazo", p. 591.

⁸ Stern, C. "Embarazo adolescente: significado e implicaciones para distintos sectores sociales", p. 11

⁹ Molina, R. " Adolescencia y Embarazo", Cap.14.

Esta definición es perfecta en tanto se refiera a adolescentes urbanas de clase media y media superior. Sin embargo, habrá que agregar que muchas de las adolescentes embarazadas, si no es que la mayoría, provienen de zonas conurbanas de extrema pobreza y marginación, quienes se ganan su propio sustento y viven de "arimadas" a los familiares lejanos.

El embarazo en las jóvenes campesinas obedece a la tradición de la comunidad de casarse a una edad temprana (la madre soltera campesina, también está inmersa en un mundo de símbolos que explica su embarazo) y aunque los factores predisponentes para quedar preñada pueden ser, en muchos casos, semejantes a los de las jóvenes urbanas, la comunidad y la familia de la joven campesina aceptan el embarazo en un contexto cultural y social diferente, habitualmente, dentro de ese contexto dan una solución positiva al problema. En la mayoría de las comunidades rurales menos estructuradas, una gran población de adolescentes, se convierten en esposas y madres para adquirir un estatus que aunque precario les permita subsistir, no necesariamente lo hacen con el varón de su elección; sino con varones cuya edad, en promedio, es 10 años mayor que la de estas jóvenes.

La maternidad y la paternidad son funciones de la edad adulta, independientemente de cuánto dure o cuáles sean las características de la adolescencia en una cultura determinada. Pero por esa asincronía en la maduración de las diferentes esferas (biológica, psicológica y social), una adolescente tiene la posibilidad de quedar embarazada sin haber cumplido todavía las "tareas del adolescente" para llegar a la adultez.¹⁰

La reacción inicial que tienen las adolescentes en el momento de la confirmación del embarazo varían de acuerdo a la etapa de la adolescencia en que ellas están, algunas de estas reacciones son:

¹⁰ Solum, D. "Adolescencia y Juventud en América Latina", p. 425.

En la etapa temprana (10 a 13 años): temen el rechazo de su familia y amigos, requieren de la compañía de adulto por lo general de la madre para las consultas del control prenatal, su sistema de valores guarda similitud estrecha con el de los padres, de modo que aún recurre a éstos para la toma de decisiones o la aprobación de las mismas, ponen mucha atención en los cambios del cuerpo que ocasiona el embarazo.

En la etapa media (14 a 16 años): temen el rechazo de los padres y amigos, no sabe en quien confiar. Quizá busque confirmar el embarazo por cuenta propia al tener conocimientos sobre opciones y servicios, como las pruebas de embarazo que se venden sin receta y los servicios de planificación familiar. La dependencia económica respecto de los padres puede determinar si les informa o no sobre el embarazo y cuando lo haga.

Los planes de estudios futuros y la percepción del apoyo paterno o la falta de éste son factores importantes en la decisión de continuar o interrumpir el embarazo.

En la etapa tardía (17 a 19 años): lo más probable es que confirme el embarazo por su propia cuenta con plena conciencia de sus consecuencias. Es factible que use una prueba de embarazo para confirmarlo. La relación con el padre de la criatura, planes de estudios a futuro y su sistema de valores son factores primordiales de la decisión relativa a continuar o no el embarazo.

Es importante mencionar las reacciones de los padres, ya que ellos también están inmersos en el embarazo de su hija adolescente. Es usual que la madre sea la primera en enterarse y que intente evitar que su esposo se entere de que su hija esta embarazada.

Sin embargo las reacciones iniciales de los padres de la embarazada ante la noticia suelen ser de choque, ira, vergüenza, culpabilidad y tristeza. La enojada madre suele acompañar a su hija a la clínica para confirmar un hecho que simplemente no puede creer.

Es frecuente que las madres se sientan culpables del embarazo de sus hijas, se preguntan que hicieron mal, esta culpabilidad aumenta más con los reclamos del padre hacia su esposa sobre la educación que le dio a su hija.

También pueden estar enojadas por convertirse en abuelas, quizá para ellas a una edad relativamente temprana.

Una vez enfrentadas estas reacciones por lo general surge un ambiente más tranquilo, en el que se pueda pensar y meditar sobre las decisiones a tomar para el bienestar de la familia y de la adolescente embarazada, aunque no siempre es así de fácil en algunas otras familias el apoyo se vuelve rechazo por mucho tiempo hacia la adolescente embarazada.

El embarazo indeseado en la adolescencia es un problema de carácter médico y social. En primera instancia, compromete el presente y el futuro psicosocial de una joven madre y el de su hijo; después el del padre del hijo, y finalmente, el de la familia de la adolescente.¹¹

El embarazo debe de considerarse como un problema médico y social de gran importancia en las sociedades urbanas de países industrializados y en vías de desarrollo, así como en las sociedades rurales y zonas marginadas.

¹¹ Dulanto, G. *Op. Cit.*, p. 523.

El embarazo adolescente se considera medico, en tanto los factores de riesgo sobre la salud biológica y psíquica de la madre afecten en forma definitiva varios parámetros de su vida.

Hoy en día se puede afirmar que este tipo de riesgo disminuye con un adecuado control prenatal.

Se considera un problema social cuando interrumpe el desarrollo humano que propone como proyecto de vida la adolescencia de las sociedades urbanas, trunca las más de las veces, en las mujeres, el desarrollo de una escolaridad que las capacite para ejercer un trabajo calificado en el futuro; trastorna y obstaculiza la secuencia de la maduración emocional; las obliga a asumir un papel materno para el que no están preparadas porque simplemente no han adquirido la madurez emocional y afectiva para desempeñarlo y, por medio de esta deficiencia, afecta también la vida de su hijo gravemente y lo condiciona sin proponérselo a un serie de riesgos de carácter biopsicosocial que posiblemente también lo limitaran en el futuro.

3.3 Consideraciones psicosociales para el aumento del embarazo en la adolescencia.

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

Sociedad represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como una área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sola con fines pro creativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

Sociedad restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades del mundo.

Sociedad permisiva: tolera ampliamente la sexualidad con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial es un tipo social común en países desarrollados.

Sociedad alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y

con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causa de separación de pareja.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.

Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia a la maternidad adolescente, es más común que tengan a su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en la adolescencia, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención.

3.4 Factores que inciden en el embarazo en la adolescencia

Hoy se habla de factores predisponentes y determinantes que ocurren en el problema del embarazo en adolescentes. Entenderlos es crear conciencia y facilitar su comprensión.

Factores predisponentes

Estos rara vez actúan solos y si lo hacen, no tienen la fuerza de condicionamiento como para ocasionar que una persona se embarace; por lo general, actúan vinculados en forma sincrónica durante una época, pero también pueden actuar unos tras los otros en forma pertinente hasta lograr condiciones en quienes los sufre que faciliten el involucrarse en la problemática; estos factores se dividen en personales, familiares y sociales.

▪ Factores personales

Estos factores de carácter individual inciden en ambos sexos y son los siguientes:

1. Abandono escolar o bajo nivel educativo.
2. Autoestima baja.
3. Falta de confianza en sí mismo.
4. Sentimiento de abandono y desesperanza.

5. Problemas emocionales, de personalidad o ambos.
6. Carencia de afecto (esta puede ocurrir con frecuencia desde etapas tempranas de la vida y se sostiene con persistencia).
7. Incapacidad para planear un proyecto de vida.
8. Inicio precoz de relaciones sexuales.
9. Consumo de sustancias tóxicas que causan adicción.
10. Desinterés para asumir actitudes de prevención.
11. Necesidad de afirmar su identidad de género.
12. Menarquía temprana, factor individual propio de la mujer y que otorga una madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

▪ **Factores familiares**

1. Familia disfuncional.
2. Hacinamiento y promiscuidad.
3. Formas de vida Familiar.
4. Crisis existencial del núcleo familiar por problemas emocionales, económicos y sociales.
5. Enfermos crónicos en la familia.

6. Madre con antecedentes de embarazo adolescente.
7. Antecedente de una hermana adolescente embarazada.
8. Normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos.

▪ **Factores sociales**

1. Abandono escolar.
2. Mal o inadecuado uso del tiempo libre.
3. Nueva forma de "vida" propiciada por la subcultura juvenil.
4. Cambios sociales que dificulten la incorporación laboral.
5. Ingreso temprano a la fuerza laboral.
6. Condiciones socioeconómicas desfavorables a la familia.
7. Marginación social.
8. Mayor tolerancia del medio social a la maternidad en la soltería.
9. El machismo como un valor cultural.
10. El efecto de los medios de comunicación masiva, en particular la televisión, en el modelado de la conducta sexual (tanto en adolescentes como en adultos) y transmisión de mensajes contradictorios.

Factores determinantes

Serán considerados como tales los siguientes:

1. Tener relaciones sexuales sin haber adoptado medidas anticonceptivas adecuadas (por desconocimiento, temor a su uso, dificultad de cualquier tipo para acceder a ellas, o simplemente negación a tomar las medidas anticonceptivas por propia y consciente determinación).
2. Violación.

Entre otros factores predisponentes están:

Tener relaciones sexuales sin protección, es decir sin usar condón o cualquier otro método anticonceptivo.

Por falta de educación sexual, información u orientación adecuada, ya que muchas y muchos adolescentes, no tienen información suficiente, adecuada y oportuna para comprender como se origina un embarazo y lo que implica.

El sentirse invulnerables y que nada va a pasar, porque eso solamente les ocurre a otras.

El creer que por medio de un embarazo se va a amarrar al novio, quien por sus principios o presión familiar va a "cumplir". Pero en la actualidad esto ya no sucede con frecuencia y es la joven la que tiene que asumir sola la responsabilidad.

El tomar el embarazo como un escape de los problemas familiares, con el fin de salir de casa y formar otra familia, que en la mayoría de los casos termina fracasando.

La falta de control en las emociones e impulsos sexuales, así como la presión de amigos para demostrar que son "hombrecitos" o "mujeres".

Estar bajo el influjo del alcohol y otras drogas, que impiden actuar responsablemente.

La falta de valores personales, de autoestima e inseguridad, de religiosidad y el miedo al abandono del novio, por no ceder, lo que generalmente ocurre de todos modos.

El desconocimiento, desinformación o mala información sobre el uso de métodos anticonceptivos.

Las presiones amorosas, el acoso sexual o las amenazas de abandono, conductas que forman parte del machismo para demostrar su hombría.

3.5 Actitudes hacia la maternidad

Según el Doctor Molina ha llegado a la conclusión, que la actitud que asume la embarazada esta estrechamente ligada al desarrollo psico-afectivo alcanzado hasta el momento de recibir el diagnostico del embarazo. Esta actitud tiene que ver con lo socioeconómico y desde luego con la formación personal que en su familia se le ha dado.¹²

La actitud que las adolescentes adopten frente a esta circunstancia que les toca vivir, va depender en gran parte de varios factores entre ellos: la etapa de la adolescencia que estén atravesando, el significado que ese hijo tenga para ella, el origen del embarazo y el proyecto de vida que tenía antes de embarazarse. No es lo mismo ser madre cuando se tiene 13 años que a los 18 años.¹³

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia, comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social.

En algunos estudios que se han realizado para conocer la actitud de las jóvenes frente a su embarazo, se rescata el hecho de que esta actitud no ha de depender sólo de la edad cronológica y la subetapa de la adolescencia en que se encuentran, sino esencialmente de la madurez emocional alcanzada, y en esto cuentan además los valores relacionados con la cultura, moral y religión que estas jóvenes hay creado.

¹² Dulanto, G." El Adolescente", p. 525.

¹³ Solum, D."Adolescencia y Juventud en América Latina", p. 430.

En la adolescencia temprana el impacto o la confirmación del embarazo se suma al desarrollo puberal, se preocupan por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformara en madres.

Tampoco identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza por lo que queda a cargo de sus padres de ella y por lo tanto se vuelven más dependientes de su propia madre aunque la adolescente tenga pareja.

Durante la adolescencia media, es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo: de la depresión (se siente aislada, rechazada y no querida) pasa a la euforia (dinámica, querida): temen a los dolores del parto, pero también se preocupan por la salud de su hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con el apoyo de su familia y del equipo de salud podrá desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ella la presencia de un compañero.

El embarazo en la adolescencia tardía es un intento por consolidar su intimidad, identidad como persona y porque no, de "atar al novio". En esta etapa la crianza del hijo no tiene muchos inconvenientes.

Por lo tanto la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo dependerá de la etapa en que se encuentre, y si es realmente una adolescente aún, necesitará ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde una perspectiva interdisciplinaria durante toda la gestación e incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

3.6 Actitudes hacia la paternidad

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque en la cultura que se da la maternidad temprana, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con que lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo" etc.) que precipitaran su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el hombre se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus creencias exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener a su familia y abandona sus estudios postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada requiere y demanda atención de su pareja, quien a su vez está urgido por la necesidad de procurársela.

Se enfrenta a carencias por su nula capacitación laboral, aunado a su bajo nivel de escolaridad que muchas veces es insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Esto lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más de su familia política, o ser reubicado por su propia familia como hijo-padre. Esta situación hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".

3.7 Opciones de los adolescentes involucrados en un embarazo

Cuando la decisión de la adolescente y/o familia es continuar con el embarazo, hay que tener presente que los riesgos o complicaciones de carácter obstétrico pueden ser pequeños con un control prenatal, comparados con los problemas sociales y económicos que, además pueden tener efectos, a largo plazo, sobre la salud de la adolescente.

Los adolescentes que aceptan continuar con el embarazo, enfrentan un nuevo proceso y aunque cuenten con el apoyo de la familia y además esté dispuesta (o están dispuestos en caso de tener pareja) a seguir las orientaciones del equipo de salud que les ayudará a tomar decisiones, no podrá dejar de lado el compromiso de elegir al final del embarazo una de las siguientes opciones:

Cuidar a su hijo y criarlo como madre soltera dentro de su grupo familiar

Esta alternativa es la más común que las otras, el desarrollo de las capacidades de la adolescente serán de mucha ayuda para alcanzar una autosuficiencia económica y un mayor desarrollo sociocultural. Sin embargo esta opción no solventa la situación de ilegitimidad social que conlleva la maternidad en soltería y puede ser objeto, en determinados estratos sociales, de actitudes discriminatorias hacia la joven y su entorno.

Casarse o unirse libremente al compañero

Es obvio que la gran mayoría de los matrimonios son impuestos por los padres que, de esta manera, creen solucionar el problema dándole legitimidad social. La joven adolescente que no está preparada para ser madre tampoco lo está para ser esposa y, posiblemente, se va a casar con otro adolescente todavía inmaduro

que tampoco lo esta para ser padre y esposo. Por lo tanto se corre el riesgo de aumentar más la incidencia de divorcios.

Dar al niño en adopción

Esta opción probablemente es la más compleja por cuanto puede generar angustia y culpabilidad. Algunas adolescentes que dan a su hijo en adopción presentan mayores dificultades de personalidad, existe además un trastorno psicológico sostenido que persiste varios años después. Los padres de la adolescente también tienen una sensación de vergüenza, pena y dolor que suele mitigarse cuando la hija acaba casándose y queda nuevamente embarazada. La adolescente que ha abandonado su hijo muchas veces tiene sensaciones similares, siendo bastante frecuente que muchos años después del abandono siga lamentando su decisión y preguntándose cómo estará ahora su hijo.

Refugiarse con su hijo con algún familiar o grupo de amigos que los acepte e incluso en algunas dependencias que hay para ayudar a madres solteras.

La mayoría de las madres que criarán a su hijo no tienen muchas opciones, algo domina el cuadro, y esto es una profunda soledad emocional y social. Esta situación frecuentemente prevalece al menos en los primeros años que siguen al parto, esté termina cuando la adolescente ha logrado recuperarse, acumular fuerza y reponerse emocionalmente para pelear con dignidad por su existencia autónoma.

Capitulo IV

Complicaciones del Embarazo en la Adolescencia

4.1 Psicológicas

El riesgo psicológico más grave para las adolescentes que continúan el embarazo es la interrupción del progreso en las tareas del desarrollo propias de su edad. juntando las tareas propias del embarazo, la adolescente tendrá una carga abrumadora de trabajo psicológico, de cuyo éxito depende su futuro y el de su hijo.

La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve envuelta al mundo adulto sin estar preparada para ello. Esta nueva situación la lleva a una gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que ella no esta preparada, y hace que se sienta frustrada en sus expectativas del futuro.

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas adolescentes y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso de suicidios, todos ellos problemas mucho más frecuentes entre adolescentes embarazadas que entre sus compañeras no embarazadas.

No obstante, no podemos estar plenamente seguros de que estos problemas psicológicos sean consecuencias del embarazo. Tal vez sean causas o causas y consecuencias a la vez.

Otras complicaciones psicológicas el miedo y la sensación de ignorancia que suelen acompañar a la adolescente en su embarazo y parto. Además es significativa la crisis emocional y social que experimentan las adolescentes embarazadas, puesto que su identidad como mujer y como madre es imprecisa,

teniendo de hecho un rol social de carácter ambiguo: debe enfrentar tareas del adulto mientras aún no ha resuelto los problemas propios de su edad.

La actitud con que la adolescente enfrente su embarazo es el resultado de la influencia cotidiana del ambiente familiar o del grupo social en que se desarrolla.

Para facilitar el estudio de las complicaciones psicológicas se establece la siguiente clasificación, basada en la secuencia en que se presentan durante la gestación.

1. Inmediatas: las que ocurren en torno a la sospecha y confirmación del diagnóstico del embarazo.
2. Mediatas: todas aquellas que aparecen durante el curso del embarazo.
3. A largo plazo: las que se presentan después del parto.

Complicaciones inmediatas

La pareja y en particular la joven que recibe o confirma el diagnóstico del embarazo por lo general tiene un cuadro súbito de pérdida de autoestima, angustia en diferentes grados y pérdida del estatus social.

En los adolescentes aparece una mezcla de diferentes sentimientos, positivos y negativos respecto de sí mismos, a su función como pareja y hacia el hijo engendrado, presentan también emociones de culpa, vergüenza, devaluación y rechazo que lleva a la futura madre, o la pareja, a la automarginación y al

silencio, se llenan de miedo por la actitud que adopten su familia al enterarse de su embarazo.

Las respuestas familiares que con mayor frecuencia se encuentran son las siguientes: repudio, rechazo, actitudes que varían entre la intolerancia y la tolerancia, múltiples condicionamientos, indiferencia y evasión, así como agresión y expulsión.

No obstante, otro grupo de familias muestran comprensión, el deseo de continuar dando afecto y apoyo, dispuestos a compartir con responsabilidad el problema, tratando de hacer de su embarazo un suceso que vincule y a la vez reestructure la dinámica familiar.

Generalmente la madre de la adolescente embarazada, que sin estar de acuerdo con la conducta de su hija, le brinda sincero apoyo y hace lo posible para mantener un equilibrio funcional en sus hogares.

En esta etapa los factores emocionales son los más fuertes, predomina la soledad, el sentimiento de angustia que conducen a la evasión y a la negación del problema ocasionando posibles depresiones.

Complicaciones mediatas

Estas pueden presentarse incluso si se cuenta con un apoyo familiar bien establecido. Afectan fundamentalmente a la madre, aunque en alguna medida también a su pareja.

Una vez confirmado el embarazo, gran parte de lo que suceda dependerá de la conciencia social que tengan del problema y de las normas con que la comunidad no solamente los califique sino que los acepte.

Las principales complicaciones mediatas se refieren fundamentalmente a la deserción escolar lo cual significa menos capacitación para encontrar un buen trabajo con la consecuencia a largo plazo de falta de oportunidades de obtener una mejor remuneración, y en concreto, el impedimento de una mejor realización social.

La adolescente embarazada es quien decide dejar la escuela por el rechazo de sus compañeros o maestros, y en algunas ocasiones es la misma escuela que las expulsan pues consideran un mal ejemplo para la comunidad estudiantil, cabe señalar que este "castigo" no es aplicado al varón responsable del embarazo, si es de la misma escuela. Pese a lo anterior considero que la presencia de adolescentes embarazadas en escuelas públicas o privadas no ejerce una mala influencia para las demás estudiantes con o sin práctica sexual.

Sin embargo, la expulsión escolar es el "castigo comunitario" que más reciente la adolescente embarazada por la segregación social y porque conlleva la pérdida de oportunidades de continuar con el proceso de socialización adolescente en una secuencia normal, pues la marginan del grupo de amigos o compañeros en las actividades deportivas, convivencias, excursiones recreativas y fiestas donde por lo general se desarrolla su mundo social.

Cuando la madre o la pareja no cuentan con el apoyo afectuoso y estimulante durante el embarazo se presenta la depresión que lleva al abandono de la consulta médica prenatal.

Complicaciones a largo plazo

Estás se refieren principalmente a la vida de relación con la pareja y la familia, a las dificultades de ingreso o reingreso al campo laboral, la búsqueda de un matrimonio estable y un adecuado desempeño, y finalmente pero no menos importante, la relación y atención al hijo.

En las adolescentes embarazadas, la depresión crónica que suelen sufrir por su pérdida de estatus, de la actividad social con su amigos o compañeros, de las posibilidades de triunfo y de sobresalir, la experiencia del parto para muchas de ellas y, más que nada, su profunda soledad y pérdida del compañero (novio), se manifiestan en diversos trastornos emocionales como estados de ansiedad, graves problemas de inestabilidad emocional, sentimientos de incompetencia y minusvalía, además de complejos de culpa y autodevaluación, lo cuales conducen a conductas autoagresivas y destructivas y, muy ocasionalmente al suicidio.

4.2 Sociales

La maternidad adolescente afecta en forma profunda y adversa las experiencias educacionales, vocacionales y conyugales de numerosas jóvenes. El abandono y el fracaso escolar suelen anteceder al embarazo en la adolescente.

Las complicaciones sociales de un embarazo en la adolescencia varían de acuerdo a la cultura, la educación, el nivel escolar, el grado de desarrollo socioeconómico y las diferentes legislaciones que hay en cada país para la protección de la madre y del hijo.

Verse forzada al papel de mujer adulta antes de completar las tareas de desarrollo de la adolescencia origina una sucesión de acontecimientos que afectan a la adolescente durante el resto de su vida.

Esto puede abarcar la dependencia prolongada respecto de los padres, falta de relaciones estables con personas del sexo opuesto y carencia de estabilidad socioeconómica.

Las complicaciones sociales por el hecho de tener un hijo durante la adolescencia son negativas para la madre, ya que el embarazo y la crianza del hijo, independientemente del estado marital, interrumpen oportunidades de educación que se reflejan en el momento de buscar mejores trabajos y salarios un poco más altos.

Asumir la crianza de un niño durante la adolescencia afecta el desarrollo personal de los y las adolescentes.

Cambian totalmente las expectativas y la vida de las adolescentes ya que no podrán seguir compartiendo con su grupo de compañeros y amigos, dejan de crecer con su grupo, con lo cual pierden una importante fuente de satisfacción social y un elemento de apoyo afectivo para el logro de confianza en sí misma, de autoestima y de identidad personal.

Numerosas adolescentes embarazadas interrumpen sus estudios limitando así las posibilidades de alcanzar buenos niveles profesionales y laborales, solo un grupo llegan a término sus estudios pero con la desventaja de no encontrar trabajo tan fácil, por el simple hecho de estar embarazadas, o bien lo tienen con un salario mínimo y por periodos cortos que su situación económica es tan precaria que pasan a depender de las asistencias sociales.

Las madres adolescentes tienen el riesgo de sufrir desventajas económicas y sociales, de pertenecer en la pobreza, sin completar su escolaridad, de tener matrimonios inestables y problemas en la crianza de los hijos.

Hay una pérdida de autonomía que obliga a las jóvenes a buscar nuevamente el apoyo familiar cuando creían que iniciaban su camino a la independencia. Esta situación puede prolongarse por muchos años y en algunos casos indefinidamente.

Debido a las presiones de la familia y un tanto de la sociedad se realiza un matrimonio forzado como medio de resolver el problema, cuando la intransigencia de los adultos presiona a esta decisión, la pareja adolescente integrada de esta manera bajo la presión de la familia y aun en aquella que se casan voluntariamente, se separan o divorcian con mayor frecuencia, ocasionado nuevamente otro desequilibrio psicológico y emocional por todo lo que acarrea un divorcio forzoso o de común acuerdo.

Las causas más comunes de las separaciones son, por un lado, los rencores y resentimientos recíprocos, el reproche mutuo de las oportunidades perdidas en su proyecto de vida y las limitaciones económicas; por otro lado también son importantes la continua injerencia de las familias sobre la joven pareja, la usurpación de papeles de los padres de cada uno, el daño emocional que da la convivencia obligada y en ocasiones la crueldad mental desplegada.

Todos estos conflictos y sentimientos de insatisfacción generan gran dificultad en la adolescente para asumir su rol de madre.

Son emocionalmente inmaduras y no tienen la paciencia necesaria ni la tolerancia para proveer de todo lo que necesita un niño pequeño.

Estos niños también están considerados de alto riesgo y están expuestos al rechazo de sus padres y de su familia, como maltrato físico, negligencia, abandono y desnutrición; con las complicaciones que todo esto acarrea.

Todo lo mencionado se trata del llamado "Síndrome del Fracaso" de la adolescente embarazada como lo denominan los especialistas.

Indiscutiblemente la familia es el factor que puede orientar el futuro de la adolescente embarazada en forma positiva o negativa.

4.3 Biológicas

Durante la gestación, el parto y el postparto de una adolescente menor de 18 años de edad es más probable toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia sean considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud.

Las complicaciones biológicas del embarazo son una de las cinco principales causas de muerte entre adolescentes en toda América Latina.

Mientras menor sea la edad de la mujer, mayor peligro corre durante la gestación y el parto, lo mismo puede suceder en el niño. La causa es su inmadurez biológica de madre adolescente, su baja nutrición y los inadecuados cuidados de salud.

Se identifica un riesgo perinatal particular en las menores de 15 años. Los decesos por embarazo y sus complicaciones son un 35 % más altos entre las madres de 15 a 19 años y un 60 % más elevados entre las adolescentes de 14 o menos; además de que la tasa de mortalidad infantil referida a madres menores de 18 años es casi el doble de la correspondiente a mujeres mayores.¹⁴

Esto se relaciona con la pobreza, una deficiente alimentación y problemas de salud antes del embarazo aunado a un inadecuado control prenatal, y no directamente con la edad materna.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud.

También influye si los servicios de salud cuentan con el personal capacitado para tratar a las adolescentes embarazadas y la cercanía de estos lugares, ya que en zonas rurales no cuentan con centros de salud u hospitales cercanos para atenderlas en caso de una urgencia.

La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea.

No tiene tiempo para pensar que debe de asistir a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios para descartar algún problema durante el embarazo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente lo importante que llevar un control prenatal.

La atención prenatal aminora las complicaciones asociadas a un embarazo precoz; pero las adolescentes embarazadas acuden a su primera consulta ya entrada la segunda mitad del embarazo por ignorar los síntomas del embarazo, por negarlo, por vergüenza, culpa o falta de motivación.

La adolescente embarazada que no recibe cuidados prenatales en el primer trimestre, tiene mayor probabilidad de complicaciones de parto que pueden ser mortales.

El riesgo biológico en ocasiones no tiene que ver con edad de la madre, sino con su comportamiento propio y la aceptación al hecho de que se encuentra embarazada y que un nuevo ser depende de ella, por lo que es necesario un control prenatal desde el momento de la confirmación del embarazo y ser constante en las consultas con el médico y seguir sus instrucciones.

Las complicaciones que amenazan a la adolescente durante el embarazo y durante el parto son:

- Anemia por deficiencia de hierro
- Hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia – eclampsia)
- Infecciones urinarias
- Enfermedades de transmisión sexual
- Estrechez pélvica
- Placenta previa
- Parto prematuro
- Crecimiento intrauterino retardado
- Parto prolongado
- Desproporción céfalo – pélvica
- Lesiones en el canal de parto
- Distocias
- Sufrimiento fetal
- Atonía uterina

Las adolescentes embarazadas muy jóvenes tienen un riesgo más alto de presentar las complicaciones médicas antes mencionadas, que las adolescentes mayores y las adultas. Estudios recientes han aportado escasa evidencia de que estos riesgos guarden una relación causal con la inmadurez fisiológica de la madre adolescente joven.

Por ejemplo se ha observado que el riesgo de hipertensión inducida por el embarazo se relaciona de manera más estrecha con la paridad que con la edad materna, y la anemia se explica mejor por la pobreza, los malos hábitos nutricionales y la atención prenatal tardía, y no por los efectos de la edad materna.

Es infortunado que muchas adolescentes no busquen tales cuidados prenatales de inmediato. Las que sí lo hacen no suelen cooperar con las recomendaciones, en especial las dietéticas, a causa de la falta de comprensión de la importancia de la nutrición adecuada o de preocupaciones relacionadas con la imagen corporal.

Por lo tanto, el control prenatal **oportuno** y **adecuado** es de **vital** importancia para las adolescentes embarazadas.

4.4 Para el padre adolescente

El padre adolescente debe completar las tareas del desarrollo propias de su edad y no están mejor preparados en lo psicológico que la adolescente embarazada para enfrentar las consecuencias del embarazo.

Por lo tanto, el adolescente que intenta asumir sus responsabilidades como padre comparte muchos de los riesgos psicológicos y sociales a que se ve expuesta la madre adolescente.

La inmadurez del padre adolescente, su nivel de desarrollo cognoscitivo y sus habilidades para tomar decisiones influyen en su posición de apoyar a la madre del niño o huir de la situación.

Sus objetivos profesionales y educativos pueden verse amenazados si planea casarse o dejar la escuela para apoyar a la madre adolescente y a su hijo.

La capacitación laboral del padre adolescente es mínima, en particular si interrumpe sus estudios, y es improbable que contribuya de manera importante al sostén económico de la adolescente embarazada.

El padre adolescente que no se casa con frecuencia enfrenta reacciones negativas de las personas de su entorno, incluidas su familia y la de la adolescente, es factible que se dirijan hacia él sentimientos de ira, vergüenza y desilusión, puede sentirse aislado y solo e incluso rechazado por la misma adolescente embarazada a quien considera en ese momento como único apoyo emocional.

El padre adolescente que enfrenta su responsabilidad con frecuencia tiene ante sí una situación grave que puede resultarle abrumadora, el estrés no resuelto puede originar una crisis, que se manifiesta con conducta inadaptativa, depresión grave, le preocupa por igual el rechazo de su familia y amigos y el de la adolescente embarazada.

El padre adolescente por lo general tiene una diferencia de edad con la madre no mayor de tres o cuatro años, puede que sea del mismo medio socioeconómico y con nivel de estudios semejante.

Los riesgos psicológicos y sociales para el padre son en muchos aspectos similares a los de la madre. El padre tiende a realizar menos estudios formales que los padres de mayor edad, además de que se integra a la fuerza de trabajo con mayor prontitud y menos preparación.

Es habitual que continúe una carrera menos prestigiosa y de menor satisfacción laboral y de salarios mínimos.

El embarazo en la adolescencia sitúa al padre en un grupo de alto riesgo en cuanto a salud mental, debido a que además de las dificultades económicas, éstas se ligan a carencia afectivas severas.

4.5 Para el hijo (a) de la madre adolescente

Un hijo no deseado de padres adolescentes puede verse afectado desde el mismo momento de la concepción y hasta su adolescencia, por toda una serie de problemas de distinta índole tanto en el parto, postparto, como durante la infancia y la adolescencia.

Los problemas de salud también pueden afectar a los bebés de madres adolescentes. Tales complicaciones incluyen una mayor incidencia de peso bajo al nacer (que a su vez puede conducir a problemas neurológicos, retraso, otros problemas de salud, e incluso la muerte), nacimiento prematuro, muerte fetal y mortalidad perinatal.

Pero al mismo tiempo se ha determinado que algunas de estas complicaciones no están directamente relacionadas con la edad de la adolescente sino con un cuidado y una nutrición prenatal inadecuados.

También las tasas de morbilidad son más altas, así como la permanencia en terapia intensiva es más prolongada y costosa, hay mayor incidencia de ingresar nuevamente al hospital, problemas de desarrollo y conducta.

Durante la infancia, los niños tienen un elevado nivel de estrés, ansiedad, abuso físico, negligencia en sus cuidados, baja autoestima, desnutrición, y el reducido apoyo social y económico de los que suele disponer la madre y en su caso el padre, es más frecuente en ellos los problemas de conducta, el fracaso escolar y el bajo rendimiento intelectual, así como otros problemas psicológicos. Además suelen vivir en hogares con pocos recursos lo que genera malos hábitos higiénicos.

Dado al bajo estatus socioeconómico al que suelen pertenecer, es muy frecuente que estos niños reciban peores y más escasas atenciones tanto físicas como psicológicas, lo que tendrá importantes consecuencias no sólo durante su infancia, sino también durante la adolescencia.

También se puede decir que como la situación socioeconómica es poco favorable, la buena salud del niño puede estar en peligro ya que sus padres adolescentes no se encuentran lo suficientemente maduros como para proveer fuentes emocionales, económicas y educativas, así como un ambiente social adecuado para su desarrollo óptimo.

En consecuencia, puede ser que los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en la adolescencia aún pueden ser mayores que los biológicos.

Durante la adolescencia, se manifiesta un bajo rendimiento escolar y repetición de cursos, también una mayor frecuencia de conductas que suelen motivar castigos y expulsiones. Es también probable que presenten comportamientos antisociales e incluso problemas con la ley.

Su primera relación sexual suele ocurrir a una edad temprana y como consecuencia verse envuelto en un embarazo no deseado, repitiendo así el ciclo del embarazo en la adolescencia.

4.6 Prevención del embarazo y sus complicaciones

La práctica obstétrica nos ha enseñado que los resultados perinatales están íntimamente ligados al temprano y adecuado control prenatal, así como, los cuidados médicos y de enfermería durante el parto. Es necesario establecer lineamientos prácticos y específicos encaminados a identificar adolescentes embarazadas de alto riesgo.

Desafortunadamente, las gestantes adolescentes inician su control prenatal más tarde, es decir, pasando casi la mitad del segundo trimestre, que en las embarazadas adultas y el inicio es más tardío cuanto más joven sea la mujer.

A continuación se mencionan las siguientes recomendaciones que se deben fomentar para la prevención del embarazo y evitar sus posibles complicaciones en la adolescencia:

Con relación a la prevención primaria se trata de disminuir la probabilidad del embarazo precoz

- Es imprescindible que se establezcan relaciones de comunicación y de conducta con los hijos. Saber que la conversación, franca y libre puede ser un medio eficaz para orientar a los niños y adolescentes.

- No es suficiente decir a los adolescentes que no tengan relaciones sexuales, hay que convencerlos de que estas no son necesarias en edades tempranas y que pueden traer serias complicaciones a su vida.

- Dar apoyo y preparación a los adolescentes para identificar y resistir las presiones sociales y grupales que favorecen las relaciones sexuales tempranas.

- Impartir educación apropiada y precisa a los jóvenes sobre sexualidad y reproducción humana.

- Indicar al adolescente los factores de riesgo por involucrarse en una actividad sexual precoz

- Desarrollar programas de educación sexual y educación para la vida familiar, que incluyan orientación para la toma de decisiones, manejo de los sentimientos, temores y la autoestima.

- Promover la construcción de proyectos de vida, ayudándolos a fijar sus metas y a explorar opciones para su futuro.

- Desarrollar habilidades para posponer la actividad sexual llevando a cabo ejercicios y actividades que ayuden al desarrollo de las mismas.

- Brindar información a los adolescentes sobre los distintos oficios o carreras que pueden desarrollar, ayudar a aumentar su autoestima.

- Propiciar la integración de la pareja para beneficio de ellos mismos y de su futuro hijo (no lleva el fin del matrimonio).

- Facilitar el reencuentro con la familia o fortalecer su funcionamiento si éste existía.
- Implementar pláticas sobre el uso y manejo de los diferentes métodos anticonceptivos.

En la prevención secundaria se trata de disminuir las posibles complicaciones del embarazo, para ello se controla, se disminuye o compensan los factores de riesgo que existen durante y después del embarazo.

- Dotar al sector salud de profesionales con experiencia y capacitación, lo ideal sería formar equipos de enfermeras, médicos, trabajadores sociales, educadoras de salud, psicólogos y nutriólogos para la atención de la adolescente embarazada.
- Considerar el embarazo en la adolescencia como de alto riesgo y dar atención obstétrica.
- Explicar a las adolescentes embarazadas la importancia que tiene, el control prenatal, desde el momento de la confirmación del embarazo, y la relación directa que existe entre las complicaciones y el número de semanas sin atención médica.
- Crear conciencia en ella de que los problemas médicos son más graves cuanto menor es la edad de la adolescente.

- Estimular una nutrición adecuada.

- Estimular la preparación para la maternidad.

- Promover las ventajas de la Lactancia Materna.

- Facilitar a lo largo de la gestación la vinculación de la madre con su futuro hijo y, cuantas veces sea posible, hacerlo también con el padre.

- Estimular a la adolescente a atender sus propias necesidades del desarrollo a fin de completar su madurez psicosocial.

- Estimular el retorno a la escuela para completar su formación.

- Dar apoyo psicológico a la adolescente embarazada.

- Proporcionar cuidados de enfermería durante el parto y puerperio con el fin de prevenir complicaciones.

Con respecto a la prevención terciaria se trata de disminuir las secuelas en la parte de funcionamiento físico, psicológico y social.

- Estimular a la adolescente a que acuda a los servicios de planificación familiar para que reciban la debida orientación.

- Brindar orientación a las familias con madres adolescentes, para que puedan ayudarla y estimularla a salir adelante por ella y por hijo.
- Evitar un segundo embarazo precoz.
- Estimular a las madres adolescentes al control del crecimiento de su hijo, tanto desde el punto de vista pediátrico, como por los servicios especializados en actividades psicosociales.
- Dar apoyo integral a la adolescente, darle un espacio en la sociedad, valorizarla, elevar su autoestima.
- Fomentar la comunicación entre padres e hijos especialmente sobre sexualidad.
- Estimular su regreso a la escuela para que tenga suficientes recursos para mejorar su estilo de vida.

Conclusiones

Todo ser humano debe de aprender a conocer los cambios que surgen en el cuerpo con el paso del los años, para poder detectar alguna anomalía y prevenir cualquier enfermedad o complicación.

Tener la iniciativa de buscar información acerca del funcionamiento de nuestro aparato reproductor femenino, ya que la mayoría desconocen las partes que componen nuestro aparato reproductor como también su función y los cambios que ocurren durante el crecimiento y desarrollo de éste.

Conocer desde una temprana edad, en la cual nos permita entender, la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, ya que principalmente las adolescentes desconocen en cuantas partes se componen y su función principal como por ejemplo, la menarquia (primera menstruación) a muchas adolescentes se les presenta inesperadamente desconociendo la causa y lo que representa a nivel reproductivo ese sangrado.

La adolescente debe de informarse acerca de los cambios que sufre el cuerpo, durante el embarazo, para poder identificar lo normal de lo anormal.

Es importante que todas las mujeres conozcan por lo menos los signos y síntomas de presunción del embarazo para que acudan al medico a confirmar el embarazo y empezar un control prenatal desde el inicio de la gestación.

La adolescencia es una etapa crucial en la vida, cuyos cambios generan importantes cambios corporales, psicológicos y sociales.

La adolescencia es un periodo largo, en donde la menarquía (primera menstruación) se ha adelantado algunos años, de ahí la importancia de que los adolescentes conozcan sobre sexualidad y los riesgos que se corren al tener relaciones sexuales a temprana edad.

Durante esta etapa se debe de poner más atención en la educación e información que se les da a los adolescentes, empezando con la que proviene de la familia, la escuela y sociedad.

Varios factores se combinan para hacer de la adolescencia algo muy peculiar en las sociedades modernas. Entre éstas podemos citar, la segregación por edades, la dependencia económica prolongada, los acontecimientos que pasan en nuestra sociedad y la influencia de los medios masivos de comunicación

En la segregación por edades, los adolescentes en la actualidad interactúan con otros adolescentes y se relacionan muy poco con los niños y adultos, debido a que no quieren que se les considere como niños al estar con ellos y tampoco, cuando les conviene, quieren ser tratados como adultos.

La segregación por edades tiene su lado negativo, al separarse los adolescentes de los niños mas pequeños se privan de la oportunidad de guiar y orientar a quienes son menos conocedores. La separación del mundo adulto les quita la oportunidad de ser aprendices, es decir, de trabajar con personas mayores y más experimentados.

La dependencia económica prologada es otra característica de la adolescencia, la cual les va permitir contar con el apoyo económico de sus padres para obtener

una mejor formación educativa y así alcanzar empleos que puedan ser bien remunerados.

Los acontecimientos que pasan en nuestra actual sociedad (guerras, movimientos religiosos, inestabilidad política entre otras) afecta a los adolescentes haciéndolos muy vulnerables a esas crisis, preocupándose mas en la evolución de esos problemas que en su propio desarrollo y crecimiento.

Los medios masivos de comunicación tienen mucha influencia en los adolescentes, les imponen modas en la forma de vestir, en como un cuerpo delgado tiene más oportunidades predisponiéndolas a la anorexia y/o bulimia, el tipo de música también genera conductas de rebeldía.

Las características biológicas de la adolescencia son un notable aumento del ritmo de crecimiento, el desarrollo acelerado de los órganos reproductores y la aparición de las características sexuales secundarias.

La menarquia es un acontecimiento memorable para la mayoría de las adolescentes. Puede resultar traumático para aquellas a quienes no se les ha dado la información necesaria.

La sexualidad en la adolescencia es una parte básica en la personalidad total, incluye lo que hacemos y lo que somos, se caracteriza por la curiosidad y la ansiedad respecto a su cuerpo que los conduce en algunos casos a la búsqueda temprana de relaciones sexuales.

Los adolescentes deberían de hacer lo posible por cumplir las tareas propias de la adolescencia que son: la aceptación de su estructura física y del papel

femenino o masculino que les corresponda socialmente, lograr su independencia emocional de los adultos, establecer relaciones con sujetos de su edad y de ambos sexos, prepararse para una relación de pareja estable, desarrollar aptitudes que le permitan la elección de una profesión y concluirla, la adquisición de mayor seguridad e independencia económica.

Además la obtención de una conducta social civicamente responsable, la elaboración de una escala de valores acorde con el mundo actual y finalmente que sea transmisible a su descendencia.

Existen varias razones por las cuales los adolescentes pueden involucrarse en una relación sexual a temprana edad, a mi punto de vista, las más importantes son: la presión de los compañeros que ejercen sobre los adolescentes suelen incitarlos a las relaciones sexuales, para después ser reconocidos y aceptados en su grupo de amigos o compañeros; la curiosidad es otra razón importante, ya que la inadecuada información que obtienen sobre sexualidad los lleva a buscarla en la practica sin medidas de protección para evitar alguna enfermedad de transmisión sexual o un embarazo no deseado.

Algunos adolescentes también tienen sus razones para no involucrarse en una relación temprana, manteniendo conductas de abstinencia o posponiendo la iniciación sexual hasta que se sienta capaz de controlarlas, algunas de estas razones son, los valores morales personales, sentimiento de falta de preparación para la relación sexual, creencias religiosas, temor a dañar la relación con los padres, temor al embarazo y a las enfermedades de transmisión sexual.

El en mayoría de las adolescentes embarazadas el hijo no aparece como algo planeado o esperado, sino como algo "que sucedió" y lo aceptan por su condición de mujer puesto que la naturaleza nos dio la función de la procreación.

El embarazo en la adolescencia es más frecuentes en nuestra sociedad, porque básicamente son las condiciones socioculturales y económicas que determinan un aumento considerable en su prevalencia.

El embarazo en la adolescencia se encuentra más en poblaciones cuyos recursos socioeconómicos son muy disminuidos, aunque se presenta también en todos los estatus económicos y sociales.

Los niveles de fecundidad han disminuido, de siete hijos promedio por mujer en 1966, solo dos hijos en promedio tienen las mujeres a partir del 2003.

El embarazo en las adolescentes es un suceso tan inesperado que genera múltiples cambios psicológicos, sociales y biológicos en poco tiempo.

La falta de atención de los padres hacia los adolescentes provoca que ellos no cuenten con modelos morales a seguir que los ayuden a seguir por un camino adecuado durante la adolescencia.

El embarazo y las enfermedades de transmisión sexual son la consecuencia de la deficiente información que adquieren los adolescentes respecto al uso de los métodos anticonceptivos.

Los adolescentes al parecer tardan en asimilar la idea de que pueden embarazar o embarazarse, y es por eso que tienen relaciones sexuales sin la protección de algún método anticonceptivo porque piensan que a ellos nunca les va a pasar nada y no meditan sobre las consecuencias o complicaciones de experimentar relaciones sexuales a temprana edad.

El embarazo en la adolescencia en zonas urbanas puede ser visto como algo impactante para la sociedad y la familia.

En cambio en comunidades campesinas o en zonas rurales, el embarazo y el matrimonio a una edad temprana, obedece a la tradición de la comunidad para adquirir un estatus que aunque precario les permita subsistir, sin embargo no necesariamente lo hacen con el varón de su elección sino con hombres cuya edad llega a ser 10 años mayores que ella.

Conocer los factores predisponentes y determinantes están vinculados con el embarazo en la adolescencia ayudan a comprender el porqué de los embarazos a temprana edad, siendo estos factores de tipo personal, familiar y social.

El embarazo en la adolescencia para que deje de ser un problema, dependerá de factores para mejorar la calidad de vida de la adolescente, de la familia, de la salud biopsicosocial de las comunidades, de la educación escolar, de crear centros comunitarios para los jóvenes donde puedan realizar deporte y actividades de esparcimiento.

El impacto que genera la confirmación del embarazo hacia los padres de la adolescente genera en ellos reacciones como, ira, vergüenza, culpabilidad y tristeza.

La fecundidad adolescente constituye en la mayoría de los casos un problema de salud materno infantil, con complicaciones en los niveles biológicos, psicológicos y sociales, lo mismo para la madre, el niño, el padre, sus familias y la sociedad.

El embarazo en la adolescencia trae como complicaciones psicológicas la interrupción del progreso en las tareas del desarrollo en la adolescencia propias de su edad.

La confirmación de que la adolescente esta embarazada, genera en ella un cuadro súbito de baja autoestima, estrés, depresión y negación a la noticia.

El miedo y la sensación de ignorancia por todos los cambios biológicos durante la gestación estarán presentes durante el curso de la gestación y el parto.

La depresión que puede llegar a ser crónica en adolescentes embarazadas se debe a que sienten que han perdido su estatus social, la convivencia con sus amigos no será igual, pues se privara de paseos, fiestas, viajes etc. Sus posibilidades de concluir una profesión tendrán que esperar, se ven envueltas en una profunda soledad que solo podrá salir de ella con el apoyo de su familia y de entorno social. Temen también la perdida de su compañero (novio).

Las reacciones de la familia ante la noticia del embarazo podrían mejorar o empeorar la situación de su hija.

El embarazo en la adolescencia lleva al abandono de los estudios por parte de la adolescente y frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación.

La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de embarazo y parto, son difíciles y hasta irrecuperables.

El embarazo y la maternidad adolescente afectan las experiencias educacionales, vocacionales y conyugales.

Los matrimonios forzados no ayudan a resolver el problema del embarazo, al contrario, es otra situación incomoda para la pareja que tal vez no querían casarse, pero por presión familiar e incluso social contraen matrimonio para posteriormente separarse o divorciarse.

La madre adolescente es emocionalmente inmadura y no tienen la paciencia necesaria para satisfacer las necesidades de su hijo.

Los embarazos en menores 18 años de edad son considerados como de alto riesgo por problemas orgánicos, que pueden afectar a la madre como a su hijo.

La pobreza y una deficiente alimentación son los factores mas importantes para desencadenar alguna complicación biológica en la adolescente.

Las complicaciones biológicas (hipertensión inducida por el embarazo, anemia, infecciones urinarias, estrechez pélvica, placenta previa, parto prematuro, entre otras) aminoran llevando un control prenatal oportuno y adecuado que es de vital importancia para las madres adolescentes.

La paternidad en los adolescentes comparte muchos riesgos psicológicos y sociales, a los que esta expuesta la madre adolescente, como la suspensión de sus estudios que lo pone en desventaja con otros para poder competir en un campo laboral y la búsqueda de un trabajo urgente para cubrir las necesidades de su pareja aunque no sea bien pagado.

Un hijo no deseado puede verse afectado desde el mismo momento de la concepción hasta la adolescencia.

El hijo de madre adolescente tiene alto riesgo de maltrato físico, desnutrición, de carencias económicas y educacionales.

Debido a la falta de cuidado y nutrición de la madre las consecuencias se van a ver reflejadas en el niño ya que nacen con bajo peso, con problemas neurológicos, puede presentarse un nacimiento prematuro hasta muerte fetal.

Durante la adolescencia de su hijo es posible el bajo rendimiento académico, repetición de cursos hasta expulsiones de la escuela, pueden presentar comportamientos antisociales e incluso problemas con la ley. Su primera relación sexual suele ocurrir a una edad temprana, repitiéndose así el ciclo del embarazo en la adolescencia.

En cuanto a las recomendaciones para la prevención del embarazo, se pueden dar muchas de ellas, pero al final el adolescente es quien decide tomarlas o dejarlas y esta decisión va a depender de lo siguiente: que el sistema educativo implemente, tal vez no como materias pero sí como cursos, pláticas, conferencias, lo relacionado a la etapa de la adolescencia y como descubrir y manejar la sexualidad; que en la familia exista comunicación entre padres e hijos para tratar las dudas que muchos adolescentes tienen, que los padres transmitan valores morales, confianza, deseos de querer ayudar a sus hijos a cumplir con las tareas de la adolescencia; que la sociedad los apoye con becas para que no dejen de estudiar, con centros recreativos para la formación de habilidades o aptitudes; que el equipo multidisciplinario de salud proporcione información veraz sobre la sexualidad y los riesgos biopsicosociales del embarazo en la adolescencia.

La manera en que influyen los factores predisponentes que se relacionan con el embarazo en la adolescencia y las complicaciones se engloban de la siguiente manera:

Como factor de índole biológico se puede señalar que el inicio de la pubertad se produce a edades más tempranas, esta madurez precoz trae como consecuencia la curiosidad o la emergencia de relaciones sexuales, desconociendo la fisiológica reproductiva, las ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos y las complicaciones medicas de un embarazo a temprana edad e incluso en otro de los casos enfermedades de transmisión sexual.

Entre los factores de carácter social, la influencia que tienen los medios de comunicación sobre la población adolescente generan presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, imponen modas no aceptadas por la sociedad, el grupo de amigos también ejerce mucha presión para tener relaciones sexuales sin importar que la mucha o poca información sobre sexualidad sea deficiente.

De índole psicológico el abandono escolar o bajo nivel educativo, una autoestima disminuida, falta de confianza en si mismo, sentimiento de abandono, problemas emocionales y de identidad personal pueden influir en que las adolescentes busquen en las relaciones sexuales un medio para satisfacer aquellas necesidades afectivas.

La presencia de un modelo familiar adecuado es de suma importancia para la adolescente, ya que ella requiere, para el logro de su madurez biológica, psicológica y social, el apoyo incondicional de su entorno familiar.

Un adecuado y oportuno control prenatal, el apoyo de la familia, de la pareja y de la sociedad si influyen para la prevención de complicaciones biológicas psicológicas y sociales del embarazo en la adolescencia.

Bibliografía Consultada

- BAILY Raffensperger, Ellen & Lloyd Zusy, Mari. et al. "Manual de la Enfermería", España, Ed. Océano / Centrum, 2002, pp. 585 – 595, 603 – 604.
- BRUNNER, Lillian Sholtis. "Manual de la Enfermería", 4ª Edic. Tomo IV, México, Ed. McGraw – Hill Interamericana, 1991. pp. 1105 – 1110.
- BURROW, N. Gerard, Ferris F. Thomas. "Complicaciones Medicas durante el Embarazo", 2ª Edic. Buenos Aires, Ed. Medica Panamericana, 1989. pp. 591 – 609.
- CUNNINGHAM F. Gary, & Mac Donald, Paul C. et al. "Williams Obstetricia", 20ª Edic. Buenos Aires, Ed. Medica Panamericana, 1999. pp. 33-61.
- DeCHERNEY, Alan H. "Diagnostico y Tratamiento Ginecobstetrico", 7º Edic. Edit. Manual Moderno, 2000. pp. 828-829.
- DULANTO Gutierrez, Enrique. "El Adolescente", México, Ed. McGraw Hill Interamericana, 2003. pp. 521-528, 549, 537-548, 425 – 428.
- GRACE J. Craig. "Desarrollo Psicológico", 8º Edic. Edit. Pearson Educación de Mexico, S.A de C.V. 2001. Cap. 10 - 11
- INGALLS A. Joy & Salerno, M. Constance, "Enfermería Materno Infantil y Pediátrica", México, Ed. Limusa, 1991. pp. 223 – 224.
- LOWDERMILK Perry, Bobak, " Enfermería Materno - Infantil", 6ª Edic. España Ed. Harcourt/Océano , 2003. pp. 143.
- MATTSON, Smith. "Enfermería Materno – Infantil", 2ª Edic. México, Ed. McGraw – Hill Interamericana, pp. 3 – 9.

- McANARNEY, "Medicina del Adolescente", primera edición,s.1.
Edit. Panamericana, 1197.pp. 726-731.
- MEECE, Judith L. "Desarrollo del niño y del Adolescentes para educadores",2000
México, Ed. McGraw – Hill Interamericana, pp. 84 – 91.
- MOLINA Luengo R. & Toledo V. "Adolescencia Tiempo de Decisiones", Canadá:
Hermanas santa Anna, (ed), 1994.
- OLDS, London Ladewig. "Enfermería Materno Infantil", 4° Edic.
Edit.Interamericana, 1995. pp.376-387.
- R. MARTINEZ y Martinez. "La Salud del Niño y del Adolescente", 3° Edic.
Edit. Masson – Salvat Medicina, 1996. pp.1135-1138.
- RUBARTH, G. "La adolescente embarazada", Buenos Aires, Ed. Gel, 1994.
- SILUA, Mónica R. "Sexualidad y Adolescencia", Santiago de Chile, Ed.
Universidad Católica de Chile, 1994. pp. 69 – 78.
- SOLUM Dunas, Burak. "Adolescencia y Juventud en América Latina", México,(ed)
2001, pp. 391 – 424.
- TORTORA, Gerard J, Anagnostakos Nicholas P. " Principios de Anatomía y
Fisiología", 6ª Edic. México, Ed. Harla, 1996. pp. 1123-1128, 1135-1137.
- TRUJILLLO Castillo, Eduardo. "Adolescencia y Sexualidad en Chiapas", México,
Ed. Cuaderno de Ciencias Sociales, 2000. pp. 133

Otras fuentes bibliograficas

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud,
"Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones", Washington,
Cuaderno Técnico núm. 12. 1988.

http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>

<http://serpiente.dgsca.unam.mx/rompan/40/40d.html>

<http://www.aacap.org/publications/apntsfam/fff31.htm>

<http://www.teenpregnancy.org/resources/reading/hispanic/hisptip.asp>

<http://www.aapf.com.ar/embarazoadolescencia.htm>

<http://www.embarazada.com/Etapas01613.asp>

ANEXOS

Encuesta

La siguiente encuesta se utilizó para la recolección de datos, que fue aplicado a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

ENCUESTA EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescente es un acontecimiento que aqueja a la sociedad y al sector salud, es un problema que por naturaleza y principios no debería de presentarse en esta etapa de la adolescencia, es por eso que el objetivo de esta encuesta, que será aplicado a adolescentes embarazadas de 13 a 18 años de edad que acudan a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada" es de encontrar en base a sus respuestas aquellos factores que llevaron a la adolescente a embarazarse, y también para conocer cual es su situación actual ante su familia y/o pareja.

Cabe destacar que toda la información proporcionada será confidencial con fines de investigación.

Instrucciones: Lea cuidadosamente la pregunta y elija la respuesta correcta.

1. ¿Qué edad tienes?
2. ¿Qué nivel de estudios tienes?
 - a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Preparatoria
3. Para ti ¿Qué es la sexualidad?
 - a) Comportamiento e identidad de las personas
 - b) Diferencia de órganos genitales
 - c) Relación sexual

4. ¿Qué es el sexo para ti?
- a) Diferencia de órganos genitales
 - b) Relación sexual
5. ¿Qué tanta información recibes de tus padres referente a la sexualidad?
- a) Mucha
 - b) Poca
 - c) Nada
6. ¿Cuál es tu medio de información sobre sexualidad?
- a) Libros y revistas
 - b) Televisión y radio
 - c) Amigos
7. ¿Crees que el medio social influya en tu sexualidad?
- a) Si influye
 - b) No influye
8. Respecto a los métodos anticonceptivos ¿Sabes el uso correcto de ellos?
- a) Si
 - b) No
9. ¿Cómo consideras tu embarazo?
- a) Logro de metas
 - b) Fracaso de metas
10. ¿Cuentas con el apoyo de tu familia?
- a) Si
 - b) No
11. ¿Cuentas con el apoyo de tu pareja?
- a) Si
 - b) No

12. Conoces las complicaciones del embarazo a tu edad

a) Si

b) No

13. Después de tu embarazo utilizaras algún método anticonceptivo

a) Si

b) No

Tabla 1

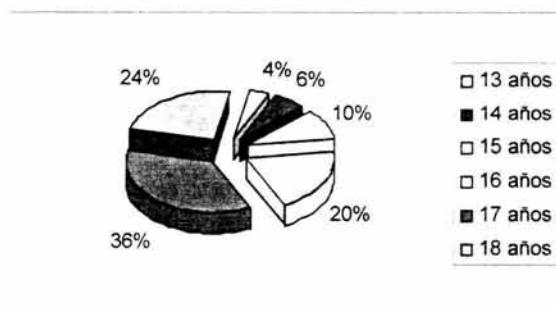
PREGUNTA: ¿QUE EDAD TIENES?

EDAD	FRECUENCIA (FX)	PORCENTAJE
13 años	2	4 %
14 años	3	6 %
15 años	5	10 %
16 años	10	20 %
17 años	18	36 %
18 años	12	24 %
TOTAL	50	100%
MEDIA ARITMETICA = 16.5 AÑOS		
MEDIANA = 17 AÑOS		
MODA = 17 AÑOS		

Como se puede observar en este cuadro la mayor incidencia de embarazo en la adolescencia es a la edad de 17 años, le sigue adolescentes con 18 años, edades que se consideran para tener un amplio criterio para poder pensar y razonar las decisiones a tomar.

Gráfica 1

¿QUE EDAD TIENES?



Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Tabla 2

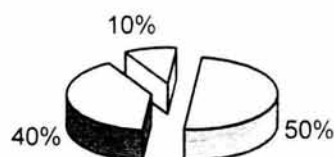
PREGUNTA: ¿QUE NIVEL DE ESTUDIOS TIENES?

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	5	10 %
SECUNDARIA	25	50 %
PREPARATORIA	20	40 %
TOTAL	50	100 %
MODA = SECUNDARIA		

La mitad de las adolescentes embarazadas encuestadas tienen como nivel de estudios la secundaria (con un 50%), siendo así este nivel con mayor incidencia de embarazo, con un poco menos de la mitad se encuentra la preparatoria (con un 40%) que aun contando con estos estudios, se observa la carencia de información que brinda el sistema educativo sobre la sexualidad y los riesgos que se corren al tener relaciones sexuales tempranas, y solo el 5 % tiene la primaria.

Gráfica 2

¿QUE NIVEL DE ESTUDIOS TIENES?



□ Primaria □ Secundaria □ Preparatoria

Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Tabla 3

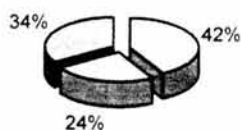
PREGUNTA: PARA TI ¿QUE ES EL SEXUALIDAD?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPORTAMIENTO E IDENTIDAD DE LAS PERSONAS	21	42 %
DIFERENCIA DE ORGANOS SEXUALES	12	24 %
RELACION SEXUAL	17	34 %
TOTAL	50	100 %
MODA = COMPORTAMIENTO E IDENTIDAD DE LAS PERSONAS		

Un poco más de la tercera parte de las encuestadas (42 %) consideran como sexualidad, al comportamiento e identidad de las personas, mientras que el 34 % opina que se trata de la diferencia de órganos sexuales y el 24 % la define como una relación sexual.

Gráfica 3

¿QUE ES LA SEXUALIDAD?



- Comportamiento e identidad de las personas
- Diferencia de organos sexuales
- Relación sexual

Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Tabla 4

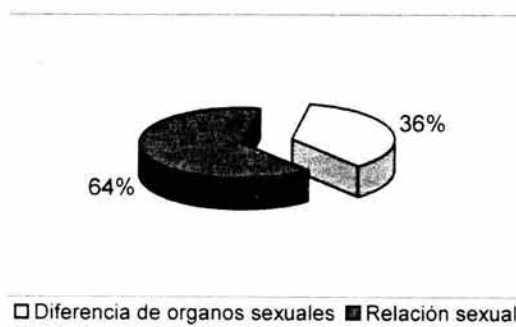
PREGUNTA: ¿QUE ES SEXO PARA TI?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIFERENCIA DE ORGANOS SEXUALES	18	36 %
RELACION SEXUAL	32	64 %
TOTAL	50	100 %
MODA = RELACION SEXUAL		

32 adolescentes embarazadas de las 50 encuestadas en total (64%) refieren que el sexo se trata de relaciones sexuales, y solamente 18 adolescentes de las 50 (36%) han acertado que efectivamente, el sexo es la diferencia de órganos sexuales.

Gráfica 4

¿QUE ES SEXO PARA TI?



Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Tabla 5

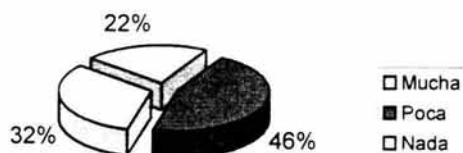
PREGUNTA: ¿QUE TANTA INFORMACION RECIBES DE TUS PADRES REFERENTE A LA SEXUALIDAD?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUCHA	11	22 %
POCA	23	46 %
NADA	16	32 %
TOTAL	50	100 %
MODA = POCA INFORMACION RECIBEN DE SUS PADRES		

Casi la mitad del total de encuestadas (con un 46%) refieren recibir poca información de los padres, lo cual nos hace pensar que los padres carecen de conocimiento sobre el tema o no hay la suficiente comunicación y confianza entre padres e hijos, el 32% no recibe nada quizá por los mismos motivos antes mencionados, y solamente el 22% tienen la suficiente confianza para tratar el tema con sus padres.

Gráfica 5

¿QUE TANTA INFORMACION RECIBES DE TUS PADRES REFERENTE A LA SEXUALIDAD?



Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Tabla 6

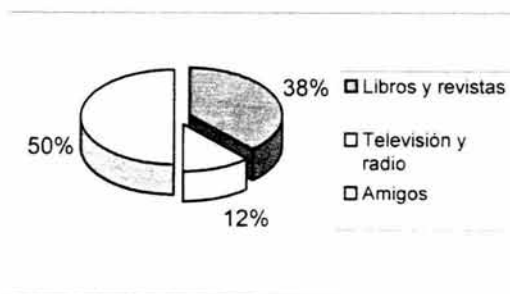
PREGUNTA: ¿CUAL ES TU MEDIO DE INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LIBROS Y REVISTAS	19	38 %
TELEVISION Y RADIO	6	12 %
AMIGOS	25	50 %
TOTAL	50	100 %
MODA = AMIGOS		

Prácticamente la mitad de las adolescentes embarazadas (50%) obtienen información de sus amigos, los cuales también carecen de dicha información, el 38 % consulta libros y revistas para conocer más del tema, mientras que el 12% utiliza en pocas ocasiones la televisión y la radio.

Gráfica 6

¿CUAL ES TU MEDIO DE INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD?



Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Tabla 7

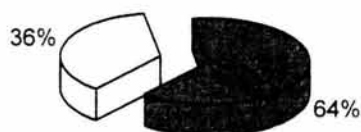
PREGUNTA: ¿CREES QUE EL MEDIO SOCIAL INFLUYA EN TU SEXUALIDAD?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI INFLUYE	32	64 %
NO INFLUYE	18	36 %
TOTAL	50	100 %
MODA = SI INFLUYE LA SOCIEDAD		

Más de la mitad de las adolescentes embarazadas que representa el 64% cree que la sociedad si influye en su sexualidad, mientras que solo el 36% opina que la sociedad no influye en su sexualidad.

Gráfica 7

¿CREES QUE EL MEDIO SOCIAL INFLUYA EN TU SEXUALIDAD?



■ Si influye □ No influye

Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Tabla 8

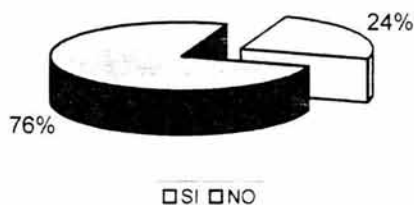
PREGUNTA: RESPECTO A LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS ¿SABES EL USO CORRECTO DE ELLOS?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	24 %
NO	38	76 %
TOTAL	50	100 %
MODA = NO CONOCEN EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS		

Solo 12 de cada 50 adolescentes embarazadas que representa el 24 % sabe el uso correcto de los anticonceptivos. 38 de cada 50 del total que corresponde el 76 % que por cierto es una cifra muy elevada y preocupante que los adolescentes no reciban la información suficiente sobre el uso correcto de los métodos anticonceptivos para poder llevar el programa de planificación familiar.

Gráfica 8

¿SABES EL USO CORRECTO DE LOS ANTICONCEPTIVOS?



Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Tabla 9

PREGUNTA: ¿COMO CONSIDERAS TU EMBARAZO?

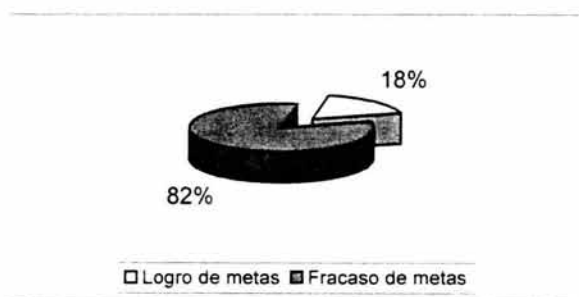
OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LOGRO DE METAS	9	18 %
FRACASO DE METAS	41	82 %
TOTAL	50	100 %

MODA = FRACASO

Prácticamente la mayoría de los adolescentes (82%) consideran su embarazo como un hecho de fracaso, esta cifra nos refleja que tal vez algunos de estos embarazos no son deseados y se vieron obligadas a seguir con la gestación, y solo una mínima parte (18%) señalan que se encuentran contentas con su embarazo y que lo están disfrutando.

Gráfica 9

¿COMO CONSIDERAS TU EMBARAZO?



Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Tabla 10

PREGUNTA: ¿CUENTAS CON EL APOYO DE TU FAMILIA?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	40 %
NO	30	60 %
TOTAL	50	100 %
MODA = NO CUENTAN CON EL APOYO DE SU FAMILIA		

Es muy lamentable que más de la mitad de las adolescentes encuestadas que corresponde un 60 % no tengan el apoyo de su familia y se vean obligadas a alejarse de ellos. Solo un poco menos de la mitad que representa el 40 % cuentan con el apoyo de su familia logrando así un embarazo tranquilo que puede llegar a termino.

Gráfica 10

¿CUENTAS CON EL APOYO DE TU FAMILIA?



Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Tabla 11

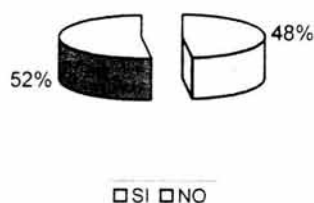
PREGUNTA: ¿CUENTAS CON EL APOYO DE TU PAREJA?

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	48 %
NO	26	52 %
TOTAL	50	100 %
MODA = NO CUENTAN CON EL APOYO DE SU PAREJA		

24 de cada 50 encuestadas que representa el 48 % si tienen el apoyo de su pareja independientemente si el hombre esta con ella por obligación o porque es responsable de sus actos, mientras que 26 adolescentes del total que corresponde un 52 % no aceptan su paternidad, dejando a la adolescente embarazada a su suerte y sin protección tanto para ella como para su hijo.

Gráfica 11

¿CUENTAS CON EL APOYO DE TU PAREJA?



Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Tabla 12

PREGUNTA: CONOCES LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO A TU EDAD

OPCIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	26 %
NO	37	74 %
TOTAL	50	100 %
MODA = NO CONOCEN LAS COMPLICACIONES		

Desafortunadamente, casi la mayoría de las adolescentes embarazadas (74%) desconocen las complicaciones que puede generar la falta de un control prenatal durante la gestación y solo un 26 % están concientes un poco, sobre los múltiples cambios que ocurren en el embarazo.

Gráfica 12

CONOCES LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO A TU EDAD



Fuente: 50 encuestas aplicadas a adolescentes embarazadas que acudieron a consulta externa del Hospital General de Cuautitlan "Gral. José Vicente Villada".

Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos de las 50 encuestas aplicadas, se encontró que la edad (Tabla 1) en que predomina el embarazo entre los adolescentes es de 17 años con un 36%, teniendo como media 16.5 años, le sigue con un 24% aquellas que tienen 18 años siendo esta edad en que nuestro país ya se considera como una persona mayor de edad y que teóricamente debería de conocer lo referente a la sexualidad, los riesgos que se corren al tener relaciones sexuales sin protección.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comprende la adolescencia entre los 10 y 20 años de edad.

También encontramos que un 20% corresponde a la edad de 16 años, un 10% a los 15 años, un 6% a los 14 años y con un 4% a los 13 años, aunque es un porcentaje bajo, en esta edad es sorprendente como hay niñas que se embarazan en esta edad, habrá que preguntarnos en que estamos fallando como sociedad incluyendo también al sistema educativo, así como al sector salud.

Referente al nivel de estudios (Tabla 2) tenemos un 50% tiene la secundaria, nivel en que debería de ponerse más atención para proporcionar toda la información posible sobre la sexualidad, planificación familiar, así como los riesgos que se corren en relaciones sexuales tempranas, con un 40% llegaron o terminaron la preparatoria aspecto que también es preocupante ya que estamos hablando de un nivel medio superior en el cual los adolescentes casi jóvenes, deberían de tener más conocimiento e información constante para evitar llegar a un embarazo no deseado o demás complicaciones que provoca tener relaciones sexuales sin usar algún método anticonceptivo, por ultimo tenemos un 10% con primaria nivel en que ni siquiera hablan del tema.

En cuanto al concepto que tienen de sexualidad (Tabla 3) un 42% se refiere al comportamiento de identidades, la cual es la opción correcta deduciendo así que tienen al menos una noción de lo que significa, también hay que observar que hay confusión ya que un 34% responde que la sexualidad es una relación sexual, mientras que un 24% elige que es la diferencia de órganos sexuales. Por otro lado más de la mitad con un 64% (Tabla 4) selecciono que el sexo se trata de tener relaciones sexuales, mientras que el 36% saben que el sexo es la diferencia de órganos sexuales lo que hace la diferencia entre masculino y femenino.

Casi la mitad que corresponde a un 46% (Tabla 5) reciben poca información de sus padres con respecto a la sexualidad, lo cual quiere decir que los padres no tienen la suficiente confianza con sus hijos para hablar sobre el tema o también porque ni ellos mismos tienen conocimiento de ello, el 32% no recibe nada de información, situación preocupante porque quiere decir que no hay confianza ni comunicación con sus padres para que les aclaren sus dudas acerca de la sexualidad y a las complicaciones de una relación sexual a temprana edad, solamente el 22% refiere recibir mucha información.

Es importante señalar que si bien es cierto que la buena educación proviene de la familia, como esperamos prevenir un embarazo si no hay ese apoyo entre padres e hijos para que puedan llevar una adolescencia plena y sin problemas de esta índole.

Entretanto si los adolescentes no reciben información de los padres, podemos observar que prácticamente la mitad de las encuestadas 50% (Tabla 6) se dirigen a los amigos como medio de información, los cuales también carecen de demasiada información y lo único que hacen es confundirse más entre ellos mismos, con un 36% recurre a libros y revistas lo que parece más acertado para

aclarar sus dudas, y solo el 12% toma a la televisión y radio como medio informativo.

Sobre si el medio social influye en su sexualidad un 64% (Tabla 7) opina que si influye esto sea tal vez porque a veces la sociedad no les permite crecer dentro de ella, y solo el 36% no considera que el medio social influya en su sexualidad.

Sin lugar a dudas un asunto preocupante es el hecho de que la mayoría de las adolescentes teóricamente conocen los diferentes tipos de anticonceptivos pero no garantiza que sepan usarlo correctamente, puesto que el 76% (Tabla 8) no saben el uso correcto de los métodos anticonceptivos y solo el 24% refiere saber el manejo de ellos.

Una de las preguntas quizá la más importante y fuerte de la encuesta es como considera la adolescente su embarazo y es triste darnos cuenta que casi el total de las encuestadas con un 82% (Tabla 9) considera su embarazo como fracaso de metas y esto es porque al saberse embarazadas tienen que terminar o darle una amplia pausa a sus sueños de terminar una carrera técnica o universitaria, a desenvolverse más y mejor en el campo laboral, su proyecto de vida que tenían planeado se viene abajo con la noticia de su embarazo, y por el contrario solo un mínimo porcentaje de 18% considera su embarazo como logro de metas, lo que se deduce que se sienten contentas y plenas a pesar de su edad para llevar a termino su embarazo.

Respecto al apoyo que reciben de su familia desafortunadamente el 60% (Tabla 10) de las embarazadas no pueden apoyarse en ellos y eso hace más difícil su situación, y solo el 40% cuenta con la ayuda de sus padres y familia.

Lo mismo sucede con el apoyo que le da su pareja ya que el 52% (Tabla 11) no le responde y no enfrenta su paternidad, caso muy común entre adolescentes, mientras que el 48% si apoyan a su pareja brindando protección, ayuda, aceptando su rol de padre independientemente si es obligado o no por los padres de él.

A pesar de que las encuestas fueron aplicadas en la consulta externa se puede deducir que llevan un control prenatal, pero no garantiza que conozcan todo lo que sucede entorno al embarazo, ya que más de la mitad con un 74% (Tabla 12) no conoce las complicaciones del embarazo a su edad y solo el 26% refiere conocerlas, aunque no podría asegurarse que tanto.

Finalmente un poco más de la mitad 76% (Tabla 13) desea usar algún método anticonceptivo después del parto para prevenirse de un nuevo embarazo a corto plazo, mientras que el 24% opta por no usar, corriendo el riesgo a embarazarse antes de que su hijo cumpla el primer año.

Cuadro 1

Tasa global de fecundidad, 1976 – 2003

Año	Tasa global de fecundidad
1976	5.7
1981	4.4
1987	3.8
1992	3.2
1996	2.8
2000	2.4
2001	2.3
2002	2.3
2003	2.2

FUENTE: Para 1976: SPP-IISUNAM, *Encuesta Mexicana de Fecundidad, 1976*. México, D.F., 1979.
Para 1981: CONAPO, *Encuesta Nacional Demográfica, 1982*. México, D.F., 1985.
Para 1987: SSA, *Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, 1987*. México, D.F., 1989.
Para 1992: INEGI, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1992*. Aguascalientes, Ags., 1994.
Para 1996: INEGI, *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 1997*. Aguascalientes, Ags., 1999.
Para 2000-2003: CONAPO, *Proyecciones de la Población de México, 2000-2030*. México, D.F., 2002.

Cuadro 2

Tasa global de fecundidad por entidad federativa, 2003

Entidad federativa	Tasa
Estados Unidos Mexicanos	2.2
Aguascalientes	2.4
Baja California	2.2
Baja California Sur	2.1
Campeche	2.4
Coahuila de Zaragoza	2.2
Colima	2.1
Chiapas	2.5
Chihuahua	2.3
Distrito Federal	1.8
Durango	2.3
Guanajuato	2.3
Guerrero	2.7
Hidalgo	2.3
Jalisco	2.2
México	2.1
Michoacán de Ocampo	2.2
Morelos	2.2
Nayarit	2.3
Nuevo León	2.1
Oaxaca	2.5
Puebla	2.3
Querétaro de Arteaga	2.2
Quintana Roo	2.3
San Luis Potosí	2.3
Sinaloa	2.2
Sonora	2.2
Tabasco	2.2
Tamaulipas	2.1
Tlaxcala	2.2
Veracruz de Ignacio de la Llave	2.2
Yucatán	2.2
Zacatecas	2.3

FUENTE: CONAPO. *Proyecciones de la Población de México, 2000-2030*. México, D.F., 2002.

Cuadro 3

Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años), 1990-2003

Año	Porcentaje
1990	18.0
1991	18.4
1992	16.7
1993	16.8
1994	16.9
1995	16.5
1996	16.4
1997	16.3
1998	16.5
1999	16.9
2000	17.1
2001	17.2
2002	17.2
2003	16.8

NOTA: Excluye el no especificado de grupo quinquenal de edad de la madre.
FUENTE: INEGI. *Estadísticas de Natalidad*.

Cuadro 4

Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) por entidad federativa, 2001-2003

Entidad federativa	2003
Nayarit	20.6
Querétaro de Arteaga	14.4
Yucatán	15.7
México	16.6

FUENTE:
INEGI. *Estadísticas de Natalidad*.

GLOSARIO

Amenorrea: suspensión o ausencia del periodo menstrual.

Anemia: situación del embarazo caracterizada por una disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre, esta alteración puede ser consecuencia de una deficiencia alimentaria de hierro, ácido fólico o vitamina B12.

Anticonceptivo: cualquier acción, instrumento o medicación dirigido a evitar la concepción o el embarazo viable.

Atonía uterina: falta de tono y contractilidad uterina.

Autoestima: valoración de uno mismo.

Bajo peso al nacer: recién nacido con peso inferior a 2 500 gramos.

Blastocito: célula embrionaria indiferenciada antes de la formación de las capas germinales.

Coito: unión sexual de dos personas del sexo opuesto, en la que el pene es introducido en la vagina para la copulación, produciéndose una excitación mutua y terminando con frecuencia en el orgasmo.

Desproporción cefalopélvica: trastorno obstétrico que consiste en que la cabeza del feto es demasiado grande o el canal de parto de la madre demasiado pequeño para permitir un parto normal.

Distocia: parto anormal, debido a una o varias de las siguientes causas: falta de potencia expulsiva por parte del útero, obstrucción o contracción del control del parto y anomalías en el tamaño, posición o forma del feto.

Eclampsia: forma más grave de la toxemia del embarazo caracterizada por convulsiones, coma, hipertensión, proteinuria y edema.

Embarazo de alto riesgo: es aquel que se tiene certeza o probabilidad grave de sufrir daño, lesión o muerte materna fetal o neonatal.

Embrión: producto de la concepción desde la fecundación y durante las primeras doce semanas completas de su desarrollo.

Enfermedades venéreas: enfermedades sexualmente transmisibles que se adquieren por contacto sexual sin protección.

Erotismo: impulso o deseo sexual, intento de despertar el instinto sexual por medios simbólicos o de sugestión.

Estrechez pélvica: estenosis (estrechamiento de un orificio o una vía) de parte o todo el canal de parto que es causa de distocia.

Fecundación: se inicia con el contacto entre el espermatozoide y el óvulo, y origina la fusión de los mismos que estimula la maduración del óvulo para que llegue a su fin.

Gestación: duración del embarazo; periodo del tiempo comprendido desde la fertilización del óvulo hasta el parto.

Hacinamiento: aglomeración en un mismo lugar de número de habitantes que se considera excesivo.

Hiperemia: aumento de la cantidad de sangre presente en una parte del cuerpo que puede deberse a aumento del flujo sanguíneo, como ocurre en la inflamación, la piel que cubre la zona congestionada suele estar caliente y roja.

Introito: entrada u orificio a una cavidad o estructura tubular hueca del organismo.

Menarquía: primera menstruación que marca el comienzo de la función menstrual cíclica. Suele producirse entre los 9 y los 17 años de edad.

Menstruación: periodo menstrual, flujo periódico de sangre que proviene de la membrana mucosa del útero y sale por la vagina, normalmente ocurre cada 4 semanas.

Micción: acto de evacuar la orina.

Multigesta: mujer que ha tenido más de un embarazo.

Múltipara: se refiere a la mujer que ha tenido dos o más embarazos a terminó.

Nulipara: mujer que nunca ha terminado un embarazo. Puede o no haber tenido un aborto.

Ovulación: expulsión de un óvulo del ovario por rotura espontánea de un folículo madura dentro del ciclo ovárico y como consecuencia de la función endocrina en la hipófisis.

Óvulo: célula germinal femenina expulsada del ovario en la ovulación.

Parto prematuro: parto que se produce antes de que el feto alcance entre 2.000 y 2.500 g o antes de la 37 semana de gestación.

Placenta previa: es la placenta que se desarrolla en el segmento uterino inferior, cubriendo en forma parcial o total el orificio cervical interno.

Preeclampsia: trastorno del embarazo caracterizado por la aparición de hipertensión aguda después de la 24 semana de gestación. La tríada clásica se compone de hipertensión, proteinuria y edema.

Primigesta: mujer que esta embarazada por primera vez.

Promiscuidad: convivencia de personas de sexos y procedencias distintas.

Sufrimiento fetal: es el resultado de una privación del aporte de oxígeno fisiológico que pone el producto en peligro.