

872312



ESCUELA DE ENFERMERIA DE ZAMORA, A. C.

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



SEGÚN ACUERDO NÚMERO: 8723

“EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD, SUS CAUSAS Y REPERCUSSIONES FÍSICAS, EN LA CIUDAD DE ZAMORA, MICHOACÁN”

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MERCEDES OCHOA CASTILLO
NO. DE CUENTA: 401521120

DIRECTOR DEL TRABAJO:
CARLOS JAVIER MUÑOZ AGUILAR
LIC. EN PSICOLOGÍA.

ZAMORA DE HIDALGO MICHOACÁN

10 DE OCTUBRE DE 2005

m352311



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

DEDICATORIA

A ese hombre y a esa mujer que con amor y comprensión supieron guiar mi camino y mi carrera, a esas dos personas a las que quiero y admiro tanto, por su dedicación y esmero en la formación de mi persona y profesión....

...”Mis Padres”...

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Osca Castillo
Mercaderes
FECHA: 29-XI-08
FIRMA: [Firma]

AGRADECIMIENTOS

A todas aquellas personas que de alguna manera contribuyeron en la realización de esta tesis: maestros, compañeros, amigos y en general a todos aquellos que forman parte de la Escuela de Enfermería de Zamora.

A mi hermana por su apoyo incondicional y siempre fiel para conmigo durante el transcurso de mi carrera.

Pero sobre todo, un agradecimiento especial y sincero para dos persona sin las cuales no habría sido posible la realización de este trabajo de investigación, a esas personas que supieron guiarme paso a paso con dedicación y entrega; el Licenciado en Psicología Carlos Javier Muñoz Aguilar y el Doctor Juan Manuel Aguiñiga Ramírez.

INDICE DE CONTENIDO

I.	Introducción.....	IX
	1.1 Justificación.....	X
	1.2 Planteamiento del problema.....	X
	1.3 Delimitación del problema.....	XI
	1.4 Objetivo.....	XI
II.	MARCO TEORICO	
	2.1 Breve marco histórico, físico-geográficas, económico y servicios de Zamora.....	12
	2.1.1 Breve historia.....	12
	2.1.2 Características físico-geográficas.....	13
	2.1.3 Actividades económicas y servicios.....	13
	2.2 Embarazo.....	14
	2.2.1 ¿Qué es el embarazo?.....	14
	2.2.2 Diagnóstico.....	14
	2.2.3 Embarazo precoz.....	16
	2.2.4 ¿Qué es el embarazo precoz?.....	16
	2.2.5 Magnitud del problema.....	16
	2.2.6 Etiología.....	17
	2.2.7 Manifestaciones clínicas.....	17
	2.2.8 Diagnostico.....	18
	2.2.9 Consecuencias.....	18
	A) Para la madre.....	18
	B) Para el producto.....	22
	2.2.10 Prevención.....	23
	2.2.11 Problemas especiales en la atención.....	23
	2.2.12 Otras causas de embarazo en adolescentes.....	24
	a) Violación.....	24
	b) Estupro.....	24
	c) Incesto.....	24

2.3	Adolescencia.....	24
2.3.1	¿Qué es la adolescencia?.....	24
2.3.2	Datos sobre la mortalidad.....	25
2.3.3	Datos sobre la morbilidad.....	25
2.3.4	División de la adolescencia.....	26
2.3.5	Cambios.....	26
	A) Cambios de la adolescencia temprana.....	26
	B) Cambios de la adolescencia intermedia.....	27
	C) Cambios de la adolescencia tardía.....	29
2.4	Educación sexual.....	29
2.4.1	¿Qué es la educación sexual?.....	29
2.4.2	La educación sexual en la familia.....	29
2.4.3	La educación sexual frente a la sociedad.....	30
2.4.4	La educación sexual en la escuela.....	30
2.4.5	La educación sexual en la calle.....	31
2.5	Métodos anticonceptivos.....	31
2.5.1	Naturales.....	31
2.5.2	Artificiales.....	32
2.5.3	Definitivos.....	34
2.5.4	Criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos.....	34
2.5.5	Anticoncepción en la adolescencia.....	35
III.	METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	
3.1	Tipo de investigación.....	36
3.2	Variables.....	36
3.3	Muestra.....	36
3.4	Instrumentos de investigación.....	37

IV.	RESULTADOS Y ESTADISTICAS.....	38
	Análisis estadístico y conclusiones.....	44
	Propuestas.....	46
	Anexo.....	48
	Fuentes de información.....	49

I. INTRODUCCION

Para la Organización Mundial de la Salud, desde el punto de vista cuantitativo, adolescencia es el periodo que se extiende entre los 10 y 19 años, sin embargo, desde el punto de vista biológico, psicológico y social, el término de adolescencia está sujeto a definiciones, análisis y consideraciones diversas. Así, pues se señala que psicológicamente la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez dependiente y el adulto suficiente; es una época de ajustes, que termina por diferenciar la conducta del niño frente al adulto.

Actualmente este grupo etario representa aproximadamente una cuarta parte de la población total de los países de América Latina y el Caribe. Conjuntamente con este aumento de la población de adolescentes, todos los problemas relacionados con su crecimiento, desarrollo y ubicación social se han visto igualmente aumentados; se ha observado en las últimas décadas de este siglo un aumento creciente de la natalidad en este grupo social.

El aumento cada vez mayor de las adolescentes que se embarazan es considerado como un problema social que se agrava cuando ocurre en menores de 15 años, siendo este grupo el más vulnerable por las implicaciones relacionadas con su crecimiento físico. Además de aquellas inherentes a la madurez psicológica, al abandono familiar, a los desajustes en su estabilidad social y económica como la pérdida de la escolaridad y el subempleo. Si bien es verdad, que el embarazo a cualquier edad constituye un evento biopsicosocial importante, no es menos cierto que en las adolescentes este hecho va acompañado de situaciones adversas que atentan contra la salud de la joven madre y la de su hijo. Se considera que la inmadurez de la adolescente es un hecho a tenerse presente al tratar todo lo relacionado con su embarazo. A las complicaciones propias de su desarrollo biopsicosocial incompleto hay que agregar el riesgo de padecer complicaciones que conducen a un mayor número de cesáreas y de partos instrumentales y puerperios complicados.

1.1 Justificación

Considerando la magnitud del problema y la poca influencia que los actuales programas de salud reproductiva han tenido hasta ahora para modificar la situación, se consideró conveniente investigar tanto las causas como las consecuencias físicas del embarazo en las adolescentes.

El presente estudio pretende conocer las causas principales que inciden para que las jóvenes se embaracen durante la adolescencia; así como aspectos médicos que las afectan a ellas y a su producto. El conocimiento de sus motivaciones puede orientar mejor a los administradores de programas de salud reproductiva para que la labor educativa y de promoción sea más efectiva. El diagnóstico de las consecuencias de salud, psicológicas y socioeconómicas puede ayudarnos a diseñar mejores estrategias preventivas en el manejo de este grupo de pacientes.

El concepto fundamental a investigar son las causas y repercusiones físicas del embarazo en adolescentes, y para ello es necesario comprender y analizar la problemática actual, siendo este un problema social y por ende con diversas interacciones, que son las que motivaron a la realización de esta investigación, lo anterior se puede plantear como un aporte al desarrollo de la atención integral de enfermería en este grupo de adolescentes.

1.2 Planteamiento de problema

El embarazo en las adolescentes es uno de los problemas de salud pública que más han venido afectando a este sector. La intención primaria de esta investigación es determinar causas y repercusiones físicas del embarazo en las adolescentes.

Las siguientes preguntas deberán ser contestadas al final de esta investigación:

- a. ¿La menarquia marca el inicio en la vida sexual de las adolescentes en este estudio?
- b. ¿Las adolescentes de esta muestra provienen de un estrato socioeconómico deficiente?
- c. ¿Las adolescentes de esta muestra desconocen los métodos anticonceptivos?

En la medida que las preguntas planteadas tengan su respuesta se verá la correlación existente entre las causas y las repercusiones físicas.

1.3 Delimitación de problema

El presente trabajo pretende investigar las causas y repercusiones físicas del embarazo en adolescentes, en un grupo de mujeres de 15 a 19 años de edad, residentes de la Ciudad de Zamora y poblaciones cercanas (Jacona y Arío de Rayón), unas mujeres no embarazadas provenientes de grupos socioeconómicos y educacionales diversos, así como mujeres en estado puerperal que fueron atendidas en el Hospital Regional de Zamora y embarazadas que son atendidas en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 de Jacona Michoacán.

1.4 Objetivo de la investigación

Determinar las causas y repercusiones físicas del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años de edad, y así poder generar posibles alternativas de solución, a fin de desarrollar acciones de protección y promoción de la salud sexual y reproductiva en este grupo de adolescentes.

I. MARCO TEORICO

2.1 BREVE MARCO HISTÓRICO, FÍSICO-GEOGRÁFICO, ECONÓMICO Y DE SERVICIOS DE ZAMORA.

2.1.1 Breve historia de Zamora

Zamora es una de las Ciudades más importantes de Michoacán, gracias a su desarrollo comercial y agroindustrial, además de su sólida infraestructura en el área de servicios. Hay que resaltar que le han dado forma a esta bella ciudad, tanto los deliciosos chongos Zamoranos como su inmejorable fresa, considerada esta última como la mejor del mundo por su sabor y consistencia. La ciudad de Zamora es la cuna de hombres ilustres como el Dr. Alfonso García Robles (Premio Nóbel de la Paz).

Ubicado al noroeste de la Ciudad de Morelia a unos 144 kilómetros, en un amplio y fértil Valle bañado por los ríos Duero y Celio, a una altura de 1567 m. sobre el nivel del mar; goza de un agradable clima templado. Zamora fue fundada, con el título de Villa en 1574, por Don Alonso Martínez, acatando las instrucciones del Virrey Martín Enríquez de Almanza, quien la bautizó con el nombre que Ostenta, en recuerdo del pueblo español así llamado. Don Miguel Hidalgo y Costilla, durante sus campañas insurgentes, al ver las muestras de solidaridad y palpar el espíritu libertario de los lugareños, la elevó a rango de Ciudad el 21 de noviembre de 1810. El lugar ha sido cuna de importantes figuras, como el Filósofo Benito Díaz de Gamarra, el Físico José María Cavadas, el Caudillo Insurgente José Sixto Verduzco; los Poetas José Antonio Plancarte, Manuel Martínez de Navarrete, Atenógenes Segale, los Humanistas Alfonso y Manuel Méndez Plancarte; y los Internacionalistas Luis Padilla Nervo y Alfonso García Robles.

Además, Zamora tiene el privilegio de ser la Sede del Colegio de Michoacán, primer centro de estudios nacionales independiente¹.

2.1.2 Características físico-geográficas.

Población	199,688 habitantes en el 2004		
		Hombres	Mujeres
	10-14	4,408	4,162
	15-19	5,277	4,919
	20-24	6,499	6,069

¹ Internet. www.mizamora.com.

Densidad	64.7 hab/km ²
Superficie	438.42 km ²
Altitud	1,575 m/snm
Cabecera Municipal	Zamora de Hidalgo
Hidrología	Ríos Duero y Celio, Arroyos Prieto, Hondo y Blanco. Presas de Álvarez, Colorín.
Clima	Templado con lluvias en verano. Temperatura máxima 39.2° C, mínima 1.2° C.
Orografía	Cerros la Beata, Beatilla, Encinar, Tecari.
2.1.3 Actividades económicas y servicios.	
Agricultura y fruticultura	Fresa, papa, jitomate, sorgo, maíz, frijol, aguacate, zapote.
Gastronomía	Uchepos, corundas, atoles, calabaza y camote enmielados, chongos, dulces de leche, panes, tamales, pozole, enchiladas, cecina de res, tostadas y chinchayote (raíz de chayote), entre otros.
Industria	Empacadoras de frutas, carnes frías, fábricas de cigarros, ropa, dulces regionales, derivados de leche, fertilizantes, materiales para la construcción, hielo, cortinas metálicas, carrocerías, muebles de madera, velas, veladoras, refrescos, renovadoras de llantas.
Festividades	8 de marzo día de la inmaculada, semana Santa, jueves de Corpus, pastorelas y posadas en diciembre.
Comunicaciones	Se localiza a 146 Km. de la capital del estado por la carretera Quiroga-Zacapu-Carapan, pista de aterrizaje 1600/20 metros, correos, telégrafos, teléfonos, lada, Telmex, central de autobuses locales y foráneos, radiodifusoras y televisora.
Educación	A inicio del ciclo 2004-2005 se inscribieron 6,132 alumnos en preescolar, 23,895 en primaria, 9,005 en secundaria, 3,603 en bachillerato y 673 en normal. El número de escuelas fue de 227 y 1,970 el personal docente.

Además de contar con institutos de capacitación para el trabajo cómo: belleza, costura, procesos electrónicos y computación. (SEE).

Salud

Dispone de servicios de primer y segundo nivel de atención, tales como: de la Secretaría de Salud (Centro de Salud, Hospital Regional), del IMSS, ISSTE, cuenta con Clínicas Hospitales particulares: Hospital Jardinadas de Zamora, S. A. de C.V., Clínica Hospital San José, S.A. de C. V., Hospital Santa María de Zamora S.A. de C.V., Hospital Municipal de Zamora, Clínica Santa Fe, entre otros y una gran variedad de consultorios de diferentes especialidades, Centros de diagnóstico y laboratorios particulares².

2.2 EMBARAZO

2.2.1 ¿Qué es el embarazo?

El embarazo (gestación) estado fisiológico de la mujer que comprende desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días (de 36 a 40 semanas, 10 lunares o casi 9 meses de calendario solar).

2.2.2 Diagnóstico

El diagnóstico del embarazo suele efectuarse basándose en los antecedentes de amenorrea, el útero en crecimiento y una prueba positiva de embarazo. Se presentan también a menudo náuseas e hipersensibilidad mamaria.

Las manifestaciones del embarazo se clasifican en tres grupos: presunción (posibles), probables y positivas.

Presunción:

Amenorrea, náuseas y vómito, mastodinia, aumento de tamaño de las glándulas sebáceas circunlacteas de la areola, secreción de calostros, irritabilidad vesical, micción frecuente y nicturia, IVU, aumento de la temperatura corporal basal, cloasma o máscara del embarazo, línea morena, estrías.

Probables:

Los síntomas son los mismos que se señalan en manifestaciones posibles, a estos se les agregan algunos indicios importantes:

² Internet. www.mizamora.com.

- ✧ Signo de Chadwick: la congestión de los vasos pélvicos produce una coloración azulosa o purpúrea en la vagina y cuello uterino.
- ✧ Leucorrea: El aumento de la descarga vaginal, que consiste en células epiteliales y moco cervical, se debe a estimulación hormonal.
- ✧ Signo de Goodell: Cianosis y reblandecimiento del cuello uterino³.
- ✧ Signo de Ladin: A las seis semanas, el útero se reblandece en la línea media anterior a lo largo de la unión uterocervical.
- ✧ Signo de Hegar: consiste en ensanchamiento de la región reblandecida del istmo, lo que da por resultado facilidad para comprimirlo en la exploración bimanual.
- ✧ Signo de McDonald: el útero se vuelve flexible en la unión uterocervical entre las semanas 7 y 8.
- ✧ Signo de Von Ferwald: Reblandecimiento irregular del fondo sobre el sitio de implantación.
- ✧ Las estructuras óseas y ligamentos de la pelvis cambian también durante el embarazo. Hay una relajación ligera, pero definida, de las articulaciones.
- ✧ Aumento del tamaño del abdomen.
- ✧ Contracciones uterinas (contracciones de Braxton Hicks), suelen iniciarse a las 28 semanas y su regularidad aumenta.
- ✧ Peloteo del útero.
- ✧ Soplo uterino.

Positivas:

- ✧ Ruidos cardiacos fetales (RCF), en la semana 17 y 18.
- ✧ Palpación del feto, después de la semana 22. Los movimientos fetales se perciben a la palpación después de la semana 18.
- ✧ En la radiografía los huesos fetales osificados aparecen entre las semanas 12 y 14.
- ✧ En el ultrasonido a las cinco semanas se puede observar un polo fetal y a las 7 a 8 semanas se distinguen los RCF₄.

³ Alan H. Decherney, Martín L. Pernoll: *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*, 7ª. Edición. El manual moderno, 2000, pp. 217-220.

⁴ Alan H. Decherney, Martín L. Pernoll: *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*, 7ª. Edición. El manual moderno, 2000, pp. 220-223

El embarazo humano por lo normal dura 280 días o 40 semanas (nueve meses calendario o 10 meses lunares) desde el último periodo menstrual normal. Se puede calcular también con una duración de 266 días o 38 semanas a partir de la última ovulación en un ciclo normal de 28 días. A término el feto suele pesar más de 2500gs.

2.2.3 EMBARAZO PRECOZ

2.2.4 ¿Qué es el embarazo precoz?

Se llama así al embarazo que ocurre en la mujer menor de 21 años, edad en la que se considera termina la adolescencia.

Como la edad de la menarquia es muy variada en todo el mundo y aun en nuestro mismo país en sus diferentes regiones, es conveniente adoptar los límites de 10-19 señalados por la Organización Mundial de la Salud, con la aclaración de que la evaluación y desenlace es más desfavorable en menores de 16 años.

2.2.5 Magnitud del problema

En México para 1990, el 10.8 de las mujeres adolescentes de 12-19 años tenían algún hijo(a) y el 9% de las mujeres de 15-19 daban a luz cada año. Para 1995 la mayor fecundidad correspondió al grupo de 15-19 años en relación a los otros grupos de edad. Ante la fecundidad en los(as) adolescentes, un porcentaje importante de estos(as) tiene que afrontar las consecuencias de un embarazo no deseado. Esta situación repercute en aspectos tanto biológicos como psicológicos y sociales del desarrollo presente y futuro, tanto de la madre como del hijo, del padre adolescente, sus respectivas familias, así como de su grupo social.

En América Latina para 1985, en un total de 13 millones de nacimientos, 2 millones correspondieron a mujeres adolescentes de 15-19 años, lo que alcanzó el 16%, con porcentaje similar para 1992⁶.

En México el número de nacidos vivos de mujeres adolescentes se ha incrementado de 397,000 en 1980 a 412,000 en 1990, a 430,000 en 1993 a cerca de 450,000 para 1997. Respecto a la proporción de nacidos vivos que corresponden a las adolescentes en México, esta ha presentado ligeras variaciones en el tiempo, el 12% en 1982, el 15% en 1989, el 12% en 1990 y el 17% en 1992⁷.

⁵ Alan H. Decherney, Martín L. Pernoll: *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*. 7ª. Edición. El manual moderno, 2000, p.223.

⁶ Martínez y Martínez Roberto: *La Salud del niño y el adolescente*. 4ª. Edición. El manual moderno, 200, pp. 1488-1490.

⁷ Martínez y Martínez Roberto: *La Salud del niño y el adolescente*. 4ª. Edición. El manual moderno, 2001, pp. 1491-192.

2.2.6 Etiología.

Al igual que sucede en relación con el inicio precoz de las relaciones sexuales, los factores que se asocian al embarazo en adolescentes son multifactoriales, tanto a nivel individual como familiar y ambiental. El éxito de la mujer adolescente sexualmente activa en la evitación del embarazo no deseado está determinado por su capacidad para emplear sistemáticamente un método anticonceptivo eficaz. Es probable que los jóvenes adolescentes sean menos reflexivos y lógicos sobre sus decisiones sexuales que los adultos, y su actividad sexual es probablemente esporádica y coercitiva, factores todos que contribuyen a un uso inadecuado de los anticonceptivos y al mayor riesgo de embarazos.

- ✱ Ausencia de información veraz.
- ✱ No saben a dónde acudir para informarse.
- ✱ No se informan por vergüenza.
- ✱ Ausencia de habilidades sociales para exigir la utilización de métodos anticonceptivos a la pareja.
- ✱ Presión de grupo.
- ✱ Físicamente se siente preparados.
- ✱ Creen que el embarazo es un fruto de ese amor idílico y maravilloso de la adolescencia⁹.

2.2.7 Manifestaciones clínicas.

Las adolescentes pueden experimentar los síntomas característicos del embarazo, esto es, náuseas y malestar matutino, mamas dolorosas e inflamadas, aumento de peso y amenorrea; no obstante, la presentación es a menudo más inespecífica. Entre los síntomas de presentación más habituales está la cefalea, la fatiga, el dolor abdominal y las menstruaciones irregulares o escasas.

La negación de la actividad sexual o de las irregularidades menstruales no debe excluir el diagnóstico si hay otros datos clínicos o de la historia que así lo indiquen. Una petición no prevista de un reconocimiento a una visita a planificación familiar puede desenmascarar una sospecha de embarazo en algunos casos. El embarazo es, aún, el diagnóstico más frecuente en caso de amenorrea secundaria en la adolescente.

⁸ Nelson, Behman, Kliegman, Jonson: *Tratado de pediatría*, 16ª. Edición. McGraw-Hill Interamerica, 2001, p.638

⁹ William W. Hay, Jr. Jessie R. Grothuis, *Diagnósticos y tratamiento pediátricos*, 10ª. Edición, El manual moderno, 2000, pp 155.

2.2.8 Diagnóstico.

En la exploración física, los hallazgos de un útero agrandado, cianosis cervical (signo de Chadwick) o un cérvix blando (signo de Goodell) son muy sugerentes de embarazo intrauterino. Se recomienda realizar siempre una prueba de embarazo. El método más utilizado es una medición cualitativa de la subunidad-B de la gonadotropina coriónica humana (hCG) en sangre o en orina. Los resultados son positivos en el 98% de las mujeres en un plazo de 7 días tras la implantación. Las pruebas de placa son menos fiables para diagnosticar un embarazo precoz, pero pueden ser de utilidad en el diagnóstico de embarazo después de 6-16 semanas de gestación¹⁰.

2.2.9 Consecuencias.

La edad materna joven y los factores maternos de riesgo concurrente se han relacionado con resultados neonatales adversos, incluyendo índices elevados de niños con bajo peso al nacer (<2 500 g) y mortalidad neonatal¹¹.

A. Para la madre.

a) Consecuencias físicas

Aumento de la mortalidad materna, trabajo de parto prolongado, anemias, hipertensión arterial causada por el embarazo, placenta previa, parto prematuro, alteraciones de peso, retraso del crecimiento intrauterino, abortos, desproporción cefalopélvica, rotura prematura de membranas y corto intervalo entre los partos.

■ Mortalidad materna. Muerte de una mujer como consecuencia del embarazo¹².

■ Trabajo de parto prolongado.

El trabajo de parto que se alarga durante más de 24 horas sin que ocurra nacimiento espontáneo es prolongado; ocurre del 1 % al 7 % de los trabajos de parto. Por lo general se prolonga la primera etapa, y las etapas latente y activa pueden ser más largas de lo normal. Una causa importante es la disfunción miometrial.

■ Anemia del embarazo

En una mujer anémica la probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo es cinco veces mayor que en la que no es anémica. Las mujeres anémicas son menos capaces de resistir las infecciones y menos capaces de sobrevivir después de una hemorragia u

¹⁰ Nelson, Behman, Kliegman, Jonson: *Tratado de pediatría*, 16ª. Edición. McGraw-Hill Interamerica, 2001, pp. 638-639.

¹¹ Nelson, Behman, Kliegman, Jonson: *Tratado de pediatría*, 16ª. Edición. McGraw-Hill Interamerica, 2001, p. 639.

¹² Mosby: Diccionario medicina, enfermería y ciencias de la salud, 5ª. Edición. Harcourt, 2000, p. 837.

otras complicaciones del trabajo de parto y el parto. La anemia también es un factor contribuyente del parto prematuro y del bajo peso al nacer.

Durante el segundo y tercer trimestre de la gestación, cerca del 56% de todas las embarazadas presentan cierto grado de anemia, definida por una concentración de hemoglobina inferior a 11 g/100ml. Las principales causas son:

- ⊕ Deficiencia nutricional: anemia ferropénica (deficiencia de hierro) y anemia megaloblástica (en este concepto se incluyen las deficiencias de ácido fólico y la de vitamina B 12).
- ⊕ Hemólisis (aumento de la destrucción de eritrocitos)¹³.
- Hipertensión arterial causada por el embarazo.

Se caracteriza por la presencia de edema, hipertensión y Proteinuria en una mujer con más de 24 semanas de amenorrea o en los primeros días posparto, en los casos de embarazo múltiple o de enfermedad trofoblástica puede presentarse antes de este tiempo.

La hipertensión de la preeclampsia leve se encuentra entre 140/90 y 160/110 acompañada de proteinuria de menos de 5 g. en orina de 24 horas.¹⁴

En la preeclampsia severa la proteinuria y el edema son mayores encontrándose cifras de tensión arterial por arriba de 160/110 o datos de oliguria, trastornos de conciencia, edema pulmonar, cianosis, dolor epigástrico, trastornos de la función hepática o trombocitopenia.

Los casos más graves, es decir, la “eclampsia”, se acompañan de crisis convulsivas tónico-clónicas que pueden presentarse incluso en las primeras 24 horas de puerperio y continuarse con un estado comatoso de duración variable que puede ser o parecer irreversible¹⁵.

■ Aborto.

Se llama aborto a la interrupción del embarazo antes de que el producto de la concepción alcance las 20 semanas de vida intrauterina o un peso de 500 g.

¹³ Ellen Baily Roffensperger: *Manual de la Enfermería*, Grupo Océano/Centrum, pp. 707-708.

¹⁴ UNAM: *Obstetricia II, Antología ENEO*, pp. 75.

¹⁵ UNAM: *Obstetricia II, Antología ENEO*, pp.76-81.

Tipos de Aborto:

- ❖ Aborto espontáneo. El aborto espontáneo es la terminación del embarazo antes de que el feto pueda vivir fuera del útero. En general, se considera que este periodo termina con la semana 20 de gestación, o cuando el peso fetal llega a 500 gramos.
 - ❖ Amenaza de aborto. Cuando ocurre hemorragia uterina durante la primera mitad de la gestación. En la palpación pélvica del cérvix está contraído y sin borramiento en absoluto, además de que no se han perdido tejidos¹⁶.
 - ❖ Aborto en curso o inevitable. Cuando el aborto llega a la etapa en que es inevitable, el cuello uterino está blando y dilatado.
 - ❖ Aborto incompleto. Cuando sólo se evacua una parte del producto de la concepción.
 - ❖ Aborto completo. Cuando son expulsados en su totalidad los componentes de la concepción (feto, membranas y placenta).
 - ❖ Aborto fallido, diferido o retenido. Cuando el feto muere dentro del útero pero permanece en su interior, junto con la placenta y los demás tejidos gestacionales.
 - ❖ Aborto recurrente. Se define como tres o más pérdidas gestacionales espontáneas consecutivas en el primer trimestre.
 - ❖ Aborto infectado o séptico. Complicación que se puede presentar en el aborto inevitable, incompleto o en amenaza de aborto, con presencia de infección como; endometritis, parametritis o peritonitis¹⁷.
 - ❖ Aborto legal. Consiste en los embarazos que, conforme a la ley, profesionales médicos interrumpen por métodos quirúrgicos o farmacológicos y este se divide en terapéutico y electivo, que corresponden al cese de la gestación por complicaciones maternas o fetales, y a solicitud del paciente respectivamente.
 - ❖ Aborto ilegal. Interrupción voluntaria del embarazo¹⁸.
- La desproporción cefalopélvica.

Significa que la abertura pelviana de la mujer es demasiado pequeña para permitir que pase la cabeza del niño durante el parto, puede retrasar o prevenir el parto vaginal. En algunos casos, si no puede practicarse la cesárea, el útero de la mujer se desgarrar y mueren tanto la

¹⁶ Ellen Baily Roffensperger: *Manual de la Enfermería*, Grupo Océano/Centrum. 2002, p. 945

¹⁷ Danforth, Scout, DiSaia, Hammond, Spellacy: *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, 6ª. Edición. McGraw-Hill Interamericana, pp. 221-225.

¹⁸ Amuchategoi Requena Griselda: *Derecho Penal*, 2ª- Edición. Oxford.pp. 477-479.

madre como el niño. La desproporción cefalopelviana es común en las mujeres muy jóvenes cuyo crecimiento pelviano no se ha completado y en las mujeres de baja estatura en las que la malnutrición les ha frenado el crecimiento¹⁹.

■ Parto Pretérmino

Frecuencia: El parto pretérmino aparece en el 5-10% de todos los embarazos.

Conceptos: Se define como el parto que se produce entre las 28 y las 37 semanas de embarazo o antes de que el feto haya alcanzado los 2,000 a 2,500 g.

Amenaza de Parto pretérmino: Es la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en pacientes con membranas íntegras entre las 28 y las 37 semanas de embarazo, con pocas modificaciones del cuello uterino.

■ Rotura prematura de membranas.

Es la salida de líquido amniótico por una solución de continuidad total o espontánea de las membranas ovulares, por lo menos dos horas antes de la iniciación del trabajo de parto, y en embarazos de más de 20 semanas. La etiología se considera multifactorial y se puede dividir en cuatro grandes grupos:

- ⊕ Desarrollo deficiente de las membranas ovulares. Que se relaciona con la deficiencia de ácido ascórbico.
- ⊕ Factores exógenos. Gran multiparidad, a que estas pacientes provienen de un medio socioeconómico bajo, con deficientes condiciones higiénico-dietéticas.
- ⊕ Procesos inflamatorios. Infecciones cervicovaginales.
- ⊕ Factores mecánicos. Traumatismos directos sobre abdomen, indirectos como el coito, la sobre distensión de las membranas como en los casos de polihidramnios o embarazo gemelar, las presentaciones y situaciones anormales²⁰.

■ Placenta previa.

La placenta previa es un padecimiento frecuente en obstetricia, que consiste en la inserción de la placenta sobre el segmento del útero o bien sobre el orificio interno del cérvix. La etiología es: por antecedentes de endometriosis, cicatrices uterinas, múltiparas y de legrados uterinos. Se clasifica en: lateral baja, marginal, central parcial y central total²¹.

¹⁹ Danforth, Scout, DiSaia, Hammond, Spellacy: *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, 6ª. Edición. McGraw-Hill Interamericana, 1994. pp. 328, 364.

²⁰ UNAM: *Obstetricia II*, Antología ENEO, pp. 99-101.

²¹ UNAM: *Obstetricia II*, Antología ENEO, pp. 89-92.

■ Retraso del crecimiento intrauterino.

El feto requiere de tres tipos de sustratos principales del crecimiento (en particular oxígeno, glucosa y aminoácidos).

Causas de retraso del crecimiento intrauterino. Aunque son muy numerosas, pueden agruparse por conveniencia en tres categorías genéricas siguientes, relacionadas con los sustratos:

- ✪ Maternas, en cuanto a disponibilidad de sustratos.
- ✪ Placentarias, en cuanto a transferencia de sustratos.
- ✪ Fetales, en cuanto a la utilización de sustratos.

b) Consecuencias psicológicas.

Al conocer que esta embarazada sin quererlo produce: miedo, estrés, ansiedad, inadecuado, escaso o nulo cuidado prenatal, frustración en sus expectativas de futuro, baja autoestima, depresión, suicidios²².

B) Para el producto.

El embarazo antes de los 20 años también presenta riesgos el producto. Los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud y de otros estudios muestran que las tasas de mortalidad y morbilidad son más altas entre los bebés de madres jóvenes. Estas, especialmente las que tienen menos de 15 años, exhiben tasas más altas de trabajo de parto prematuro, aborto espontáneo, muerte prenatal y bajo peso al nacer. Para el lactante que sobrevive, el mayor riesgo de mortalidad persiste durante toda la primera infancia.

Consecuencias psicosociales en su hijo. Riesgo aumentado de muerte infantil, riesgo elevado de lesiones y hospitalización los cinco primeros años, logros escolares disminuidos, mayor riesgo de problemas de conducta, pobreza, mayor probabilidad de vivir en un hogar inestable, mayor riesgo de embarazo en la adolescencia²³.

²² Alan H. Decherney, Martin L. Pernoll: *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*, 7ª. Edición, El manual moderno, 2000. pp. 580.

²³ William W. Hay, Jr., Jessie R. Grothuis, *Diagnósticos y tratamientos pediátricos*, 10ª. Edición, El manual moderno, 2000, pp 155.

2.2.11 Prevención

La disminución de las tasas de embarazo en las adolescentes, aunque limitada, se ha atribuido a un aumento del uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, así como una disminución en la actividad sexual. Aunque los investigadores buscan aún de manera activa intervenciones eficaces en el embarazo de las adolescentes, dada la naturaleza multifactorial de este asunto se aconseja una estrategia multidisciplinaria. El plano individual, aplazar la actividad sexual hasta que haya una madurez psicosocial implica una conducta de prevención más responsable y es el principio que subyace a numerosos programas eficaces. El siguiente nivel es proporcionar orientación sobre el control de la natalidad a los adolescentes sexualmente activos, para protegerlos de un embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual. a nivel comunitario, se intenta mejorar el acceso a las medidas de protección médica, ofreciendo servicios de salud apropiados para la edad y suprimiendo las barreras económicas para acceder a estos servicios.

2.2.12 Problemas especiales en la atención.

Cuando una adolescente se presenta para pruebas de embarazo, conviene investigar qué resultados espera y cuáles son sus planes. Si desea embarazarse y la prueba es negativa, hay que aconsejarla más sobre las implicaciones del embarazo en la adolescencia. Para quienes no desean embarazarse, es un buen momento para iniciar la anticoncepción, debido a que las adolescentes que se presentan para pruebas de embarazo que es negativa, tienen un elevado riesgo de embarazo en los próximos dos años.

Muchas adolescentes necesitan ayuda para hablar y lograr la participación de sus padres. Es importante estar disponible para auxiliar más en la toma de decisiones. Si la paciente sabe qué quiere hacer, debe ser referida al lugar adecuado. Ya que las adolescentes con frecuencia son ambivalentes respecto a sus planes y pueden tener un alto nivel de duda, es prudente hacer un seguimiento por una semana para estar seguros de que tomó una decisión y ayudarla a obtener los cuidados prenatales, si ella eligió continuar con el embarazo.

La atención prenatal temprana y la buena nutrición pueden marcar la diferencia en varios problemas. Debido al alto riesgo de un segundo embarazo no intencional dentro de los dos años siguientes, el consejo anticonceptivo posparto y la vigilancia son imperativos. La prevención del embarazo es el medio más económico para reducir las consecuencias del embarazo en adolescentes. La planificación de la vida sexual, el consejo anticonceptivo y una

estrecha vigilancia médica de los adolescentes sexualmente activos de ambos sexos logran marcar la diferencia²⁴.

2.2.13 Otras causas de embarazo en adolescentes

A) Violación

Es una forma de abuso sexual que la mayor parte de los códigos jurídicos definen como “agresión sexual con penetración vaginal sin consentimiento”.

Los tres criterios más utilizados para definir este concepto son: la edad de la víctima y del agresor, las conductas que el agresor pone en juego para someter a la víctima y el tipo de conductas sexuales que tienen lugar entre ambos.

Los efectos físicos pueden ser insignificantes o graves, como un embarazo. Los efectos psicológicos inmediatos suelen ser muy agudos, hacer esfuerzos por negar lo ocurrido, sentimientos de miedo, ansiedad y depresión, sentimientos de hostilidad hacia los hombres, rechazo al contacto corporal con ellos, dificultades relacionales con su pareja y diferentes disfunciones, afecta la sexualidad y sentimientos de repugnancia²⁵.

B) Estupro

Se define al estupro de la manera siguiente: al que tenga cópula con una persona mayor de 12 y menor de 18, obteniendo su consentimiento por medio de engaños, se le aplicará de tres meses a cuatro años de prisión.

C) Incesto

Se impondrá la pena de uno a seis años de prisión a los ascendientes que tengan relaciones sexuales con sus descendientes.

La pena aplicable a estos últimos será de seis meses a tres años de prisión.

Se aplicará esta misma sanción en caso de incesto entre hermanos.

2.3 ADOLESCENCIA

2.3.1 ¿Qué es la adolescencia?

Periodo del desarrollo comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele iniciarse entre los 10 y los 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y se prolonga hasta la edad de 18 a 20 años, con la adquisición de la forma adulta

²⁴ William W. Hay, Jr, Jessie R. Grothuis, *Diagnósticos y tratamientos pediátricos*, 10ª. Edición, El manual moderno, 2000, pp 155-156.

²⁵ Amuchategoi Requena Griselda: *Derecho Penal*, 2ª. Edición. Oxford, pp. 316-317, 328-329, 381-382.

completamente desarrollada. Durante este periodo el sujeto sufre profundos cambios desde el punto de vista físico, psicológico, emocional y de la configuración de su personalidad.

2.3.2 Datos sobre la mortalidad

Para los adolescentes, los factores culturales y ambientales, antes que los orgánicos, representan la mayor amenaza de muerte. Por cada joven de 15 a 19 años de edad que muere de cáncer, 8.6 mueren a consecuencia de una lesión no intencionada. Por cada adolescente que muere por una enfermedad cardíaca, ocho mueren como resultado de un homicidio; y por cada joven que muere por enfermedad renal, 84 comenten suicidio.

Las tres principales causas de muerte entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad son: lesiones no intencionales (78% por vehículos de motor), suicidios y homicidios²⁶.

2.3.3 Datos sobre la morbilidad

Las principales causas de morbilidad durante la adolescencia son principalmente psicosociales: embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual, toxicomanías, tabaquismo, deserción de la escuela, depresión, huidas de casa, violencia física y delincuencia juvenil. Los adolescentes que viven en familias disfuncionales son mucho más propensos que otros adolescentes a sufrir depresión. Un adolescente deprimido tiene mayor riesgo por el abuso de fármacos o alcohol, dificultades académicas, huir de casa, participar en actividades sexuales como medio para buscar la atención y afecto que no reciben en casa, adquirir enfermedades de transmisión sexual, tener embarazos no deseados o cometer suicidios.

Los indicadores iniciales de un adolescente con riesgo alto incluyen los siguientes:

- 1) Disminución del rendimiento escolar.
- 2) Molestias psicosomáticas frecuentes o persistentes.
- 3) Cambios en los hábitos de sueño o alimentación.
- 4) Dificultad para concentrarse o aburrimiento persistente.
- 5) Signos o síntomas de depresión, estrés o ansiedad extremos.
- 6) Aislamiento de amigos o familiares, o cambio a un nuevo grupo de amigos.
- 7) Conducta violenta grave o rebelde poco común, o cambios radicales de personalidad.
- 8) Conflictos entre padres y adolescentes.

²⁶ William W. Hay, Jr., Jessie R. Grothuis, *Diagnósticos y tratamientos pediátricos*, 10ª. Edición, El manual moderno, 2000, pp 113.

- 9) Promiscuidad sexual.
- 10) Conflictos con la ley.
- 11) Pensamientos suicidas o preocupación con temas de muerte.
- 12) Toxicomanías y alcoholismo.
- 13) Huida de la casa²⁷.

2.3.4 División de la adolescencia:

- a) Adolescencia temprana: de los 10 a 13 años aproximadamente.
- b) Adolescencia intermedia: de los 14 a 16 años aproximadamente.
- c) Adolescencia tardía: de los 17 a 20 años aproximadamente.

2.3.5 Cambios

A) Cambios de la adolescencia temprana (10-13)

- a) Cambios biológicos. El primer signo visible de la pubertad en las niñas es el desarrollo de los botones mamarios, entre los 8 y los 13 años. La menarquía aparece típicamente 2-2 ½ años más tarde, en torno al máximo de la velocidad de crecimiento de la estatura. Se producen cambios menores evidentes en el aumento de tamaño de los ovarios, el útero, los labios mayores y menores, y el clítoris; engrosamiento del endometrio y de la mucosa vaginal.

El primer signo en los niños varones es el crecimiento testicular, que comienza pronto a los 9 ½ años. En los niños el estirón de crecimiento se produce típicamente 2 ó 3 años más tarde que en las niñas y se prolonga 2 ó 3 años más que ellas. El crecimiento rápido de la laringe, la faringe y los pulmones produce cambios en la calidad de la voz. Aparición del acné. Los cambios dentarios incluyen el crecimiento de la mandíbula.

- b) Sexualidad. La sexualidad no sólo engloba la conducta sexual, sino también el interés por el sexo y las fantasías, la orientación sexual, las actitudes hacia el sexo y su relación con las emociones, y la conciencia de los roles y costumbres definidos socialmente. La eyaculación aparece por primera vez, la exploración sexual mutua no es necesariamente un signo de homosexualidad. El 31% de una muestra de adolescentes urbanos manifestó haber tenido relaciones sexuales antes de los 14 años.
- c) Desarrollo cognitivo y moral. Capacidad de manejar abstracciones como las expresiones algebraicas, razonar a partir de principios conocidos, pueden ser capaces

²⁷ William W. Hay, Jr. Jessie R. Grothuis, *Diagnósticos y tratamiento pediátricos*, 10ª. Edición, El manual moderno, 2000, pp 114-115.

de aplicar las operaciones formales a la tarea escolar pero no a los dilemas personales. La capacidad de tratar las posibilidades como entidades reales, puede ser aplicada a decisiones cruciales, como realizar o no coito sin protección o incurrir en otra conducta de riesgo. La mayoría percibe lo bueno y lo malo como absoluto e incuestionable.

- d) Autoconcepto. La timidez aumenta exponencialmente como respuesta a las transformaciones somáticas de la pubertad. Es normal que escudriñen su aspecto y tengan, además, la sensación de que todos los demás se les quedan mirando. En especial las niñas tienen un riesgo alto de verse a sí mismas obesas. Las distorsiones graves de la imagen corporal, como la anorexia nerviosa, también tienden a aparecer a esa edad. puede incrementar la autoestima en niños varones, pero puede disminuirla en niñas conforme ambos sexos asumen roles sexuales que comportan grandes desigualdades en el poder y el prestigio²⁸.
- e) Relaciones con la familia, compañeros y la sociedad. Distanciamiento de la familia y participación creciente en actividades con compañeros. El distanciamiento de la familia a menudo implica elegir adultos ajenos a ella como modelos de rol y desarrollar relaciones estrechas con determinados profesores o los padres de otros niños. Se reúnen en grupos de compañeros del mismo sexo. Las amistades femeninas pueden centrarse en la puesta en común de confidencias, mientras que las relaciones masculinas pueden enfocarse más sobre actividades compartidas y en la competencia. La relación con la sociedad gira en torno a la escuela. La preocupación de la sociedad por los jóvenes y la sexualidad genera una exposición constante a imágenes sexualmente sugerentes o explícitas. Al mismo tiempo, la información fiable sobre la contracepción sigue siendo escasa. El acceso fácil a la pornografía puede aumentar el riesgo de actividad o explotación sexual prematuras.

B) Cambios de la adolescencia intermedia (14-16)

- a) Cambios biológicos. El crecimiento se acelera por encima de la velocidad prepuberal de 6-7 cm por año. El peso aumenta de forma paralela al crecimiento lineal, con un retraso de varios meses, de modo que de la impresión de que los adolescentes primero se estiran y luego se rellenan. La masa muscular también aumenta, lo que va seguido varios meses más tarde por un incremento en la fuerza; los niños muestran un mayor

²⁸ Nelson, Behman, Kliegman, Jonson: *Tratado de pediatría*, 16ª. Edición. McGraw-Hill Interamerica, 2001, pp. 56-59.

aumento de ambas cosas. El ensanchamiento de los hombros en los niños y de las caderas en las niñas está determinado hormonalmente. La duplicación del tamaño del corazón y de la capacidad vital pulmonar. La tensión arterial, el volumen sanguíneo y el hematocrito se elevan, especialmente en los niños. Un aumento fisiológico de la somnolencia puede malinterpretarse como holgazanería. El 90% de las niñas alcanza la menarquia a los 12.6-12.9 años²⁹.

- b) Sexualidad. El hecho de salir con una persona del sexo opuesto se convierte en una actividad normal. El grado de actividad sexual varía ampliamente. A los 16 años, aproximadamente el 30% de las chicas y el 45% de los chicos manifiestan tener relaciones sexuales con coito, mientras que el 17% se dedican a acariciarse y un 22% refieren besarse como única actividad sexual. La maduración biológica y las presiones sociales se combinan para determinar la actividad sexual. La experimentación homosexual es común y no refleja necesariamente la orientación sexual definitiva del niño.
- c) Desarrollo cognitivo y moral. Los adolescentes intermedios se cuestionan y analizan muchas cosas. Aparición del pensamiento abstracto; mayor grado de cuestionamiento; egocéntrico.
- d) Autoconcepto. El grupo de compañeros ejerce menos influencia sobre el atuendo, las actividades y la conducta. Es frecuente que prueben, de un mes a otro, a tener una imagen distinta y cambiar de estilo de vestir, grupos de amigos y de aficiones. Los sentimientos profundos de confusión e infelicidad interiores son comunes y pueden ser difíciles de distinguir de una enfermedad psiquiátrica.
- e) Relaciones con la familia, los compañeros y la sociedad. Por lo general, la pubertad establece unas relaciones tirantes entre los adolescentes y sus padres. Pueden volverse distantes hacia los padres, reorientando las energías emocionales y sexuales hacia las relaciones con los compañeros. El atractivo físico y la popularidad siguen siendo factores cruciales tanto en las relaciones con los compañeros como en la autoestima. Empiezan a pensar seriamente sobre lo que quieren hacer de adultos.

²⁹ Nelson, Behman, Kliegman, Jonson. *Tratado de pediatría*. 16ª. Edición. McGraw-Hill Interamerica, 2001. p. 59.

C) Cambios de la adolescencia tardía (17-20)

- a) Desarrollo biológico. Los estadios finales del desarrollo de la mama, el pene y el vello pubiano se presentan a los 17-18 años en el 95% de los varones y las mujeres. Con frecuencia, se siguen produciendo cambios menores en la distribución del vello durante varios años en los hombres, como el crecimiento del vello facial y pectoral, y la aparición de la alopecia de patrón masculino en algunos³⁰.
- b) Desarrollo psicosocial. La experimentación sexual disminuye a medida que el adolescente adopta una identidad sexual más estable. Con frecuencia es idealista. La lentificación de los cambios físicos permite la instauración de una imagen corporal más estable. A diferencia de las muchas veces superficiales relaciones de la adolescencia media, estas relaciones gozan de un mayor amor y compromiso cada vez mayores. Las decisiones sobre el futuro profesional se vuelven apremiantes debido a que el autoconcepto del adolescente está cada vez más absorbido por un papel emergente en la sociedad (como estudiante, trabajador o padre)³¹.

2.4 EDUCACIÓN SEXUAL

2.4.1 ¿Qué es educación sexual?

Por educación sexual se entiende la intervención pedagógica en el terreno de la sexualidad. La educación sexual se refiere al mundo de los valores y del deber ser. La sexualidad humana comprende un conjunto de fenómenos psicosociales de gran importancia para la persona y para la sociedad.

2.4.2 Educación sexual en la familia

En los hogares de nuestra sociedad, la mayoría de padres no hablan directamente sobre sexualidad con sus hijos o, si lo hacen, la información es limitada a la menstruación y a vagas formas de expresar expectativas sociales. Por ejemplo, la mayoría de niñas reciben información sexual de sus madres, quienes topan principalmente el tema de la menstruación, desafortunadamente, esta información suele ser dada con un tono de secretismo y vergüenza³².

³⁰ Nelson, Behman, Kliegman, Jonson: *Tratado de pediatría*, 16ª. Edición. McGraw-Hill Interamerica, 2001, pp. 59-60.

³¹ Nelson, Behman, Kliegman, Jonson: *Tratado de pediatría*, 16ª. Edición. McGraw-Hill Interamerica, 2001, pp. 60-61.

³² William R. Finger. La educación sexual ayuda a preparar a los jóvenes. *Network en Español*, volumen 20 número 3, 2000.

2.4.3 La educación sexual frente a la sociedad

La sexualidad en la mujer ha sido reprimida durante muchos siglos, por lo que no es raro encontrar mujeres que no conocen sus órganos sexuales, la fisiología femenina, los riesgos de enfermar o cómo cuidar su cuerpo. En la actual situación socio-cultural es urgente dar a los adolescentes y a los jóvenes una positiva y gradual educación afectivo-sexual, atendándose a las disposiciones conciliares. El silencio no es una norma absoluta de conducta en esta materia.

2.4.4 La educación sexual en la escuela

Sin duda, uno de los grandes problemas de la educación sexual es que esta empieza en la mayor parte de las ocasiones en la escuela secundaria, cuando ya es demasiado tarde para muchos estudiantes que han comenzado antes a experimentar la sexualidad. De hecho, numerosos estudios han demostrado que cuando se empieza la educación sexual antes de que los jóvenes se vuelvan sexualmente activos, esta medida ayuda los jóvenes a mantener la abstinencia o a que se protejan en caso de que se vuelvan sexualmente activos.

Un problema muy marcado de la educación sexual en las escuelas, es que los libros de textos contienen poco o casi nulo material sobre el este tema tan importante, basándose únicamente en la anatomía y fisiología de los órganos sexuales tanto femenino como masculino y no sobre lo que es la sexualidad, cómo vivirla, sus precauciones, sus limitaciones y sobre todo de dar una correcta y completa educación sexual, que se base en la prevención de embarazos a temprana edad y todo lo que ello involucra.

En un estudio realizado en las escuelas Mexicanas se señala que 41 por ciento de los profesores/as manifiesta que no debe hablarse en las escuelas de sexualidad con los alumnos, contra 47 por ciento que opina afirmativamente. Lo más significativo es que, a pesar de eso, los profesores/as reconocen estar conscientes de las consecuencias de una inadecuada educación sexual en términos de enfermedades de transmisión sexual, en abortos, en traumas sexuales y en la tendencia a la desintegración familiar³³.

³³ William R. Finger. La educación sexual ayuda a preparar a los jóvenes. *Network en Español*, volumen 20 número 3, 2000.

2.4.5 La educación sexual en la calle

Como se menciona anteriormente, los adolescentes buscan información para satisfacer su curiosidad, misma que fue ocasionada por la mala orientación que se les brinda en la escuela o en su entorno familiar, teniendo como consecuencia acudir a los puestos de revistas, en donde se venden revistas y videos con contenido pornográfico, a los cines y a los centros nocturnos en donde tienen fácil acceso.

2.5 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Se dividen en: naturales y artificiales

Naturales: No alteran la fisiología y son: método de Billings (cambio del moco cervical), curva de temperatura basal.

Artificiales: temporales y definitivos.

- Temporales: hormonales, de barrera (condón, diafragma), espermicidas (jaleas, cremas, óvulos, espumas), DIU.
- Definitivos: OTB ó salpingoclasia (mujer) y vasectomía (varón).

2.5.1 Naturales

- a) Método de Billings. El método de moco cervical se basa en los cambios cualitativos y cuantitativos de dicha secreción a lo largo del ciclo menstrual, en respuesta a cambios de los estrógenos y progesterona circulante. La pareja se abstiene durante el flujo menstrual y después cada tercer día hasta el primero en que se observa el moco, tras lo cual no debe tener relaciones en absoluto hasta cuatro días después del último en que hay moco de consistencia acuosa y resbalosa, llamada “día del moco máximo”.
- b) Curva de la temperatura basal. Este método indica el tiempo seguro para realizar el coito una vez que ha pasado la ovulación. La temperatura debe tomarse inmediatamente al despertar, antes de realizar cualquier actividad. El método implica registrar la temperatura corporal basal. La pareja se abstiene desde el comienzo de la menstruación hasta el tercer día consecutivo al incremento de dicha temperatura (aproximadamente 0.4°C).
- c) Coito interrumpido. También con el nombre de marcha atrás, se trata de la retirada del pene de la vagina antes de la eyaculación. Además de afectar la

vivencia de las relaciones sexuales por la forma brusca con la que las termina, es un método con alto índice de fracaso: existe una emisión de esperma previa al orgasmo (preyaculación) y además no es fácil retirarse siempre a tiempo.

- d) Del ritmo. Se basa en la abstinencia de relaciones coitales durante los periodos de mayor fertilidad de la mujer.
- e) Ducha genital. Basado en el supuesto de que un lavado de la vagina después del coito evita el embarazo. Es algo totalmente erróneo e ineficaz³⁴.

2.5.2 Artificiales

A) Anticonceptivos hormonales

a) Orales

- ✱ Monofásicos combinados.
- ✱ Trifásicos combinados.
- ✱ Mini píldora o progestina única.
- ✱ Anticoncepción hormonal post coito. La anticoncepción Post coito es un método que pueden utilizar las mujeres en los tres días siguientes a un coito no protegido con el fin de evitar un embarazo no planeado. Estos métodos han sido conocidos con el nombre e la “píldora del día siguiente”. Los efectos secundarios son: náuseas, vómito, sangrado uterino, cefalea, mastalgia, mareo y fatiga.

b) Inyectables

- ✱ Combinados (aplicación mensual)
- ✱ Progestina sola (aplicación bimensual o trimestral). Los efectos secundarios son: alteraciones menstruales, aumento de peso, depresión y cambios de humor, cefalea.

c) Parche transdérmico

Sistema de tres parches (para 21 días de tratamiento) tres parches con 7 días de duración cada uno para inhibir la ovulación durante un ciclo. Los efectos secundarios son: hipersensibilidad mamaria, cefalea, náuseas, dismenorrea, dolor, y distensión abdominal, y reacciones cutáneas en el sitio de la aplicación.

³⁴ <http://www.cmrioja.es/asexorate/numero12.html>

d) Anillo vaginal

La forma de liberación es por absorción de las hormonas, constante y medida. Su inserción y retiro son fáciles. Puede quedarse en su sitio o ser retirado hasta por un máximo de 2 horas. 3 semanas de uso y 1 de descanso. Duración 21 días de tratamiento.

e) Implantes subdérmicos

Es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos actualmente disponibles. De hecho su eficacia es comparable o aún superior a la esterilización quirúrgica. Consiste en un tubito de plástico muy flexible, que mide 4 cm. de largo y 2mm de espesor, que al colocarse debajo de la piel libera una pequeña cantidad de hormona parecida a la que produce el organismo de la mujer. Puede emplearlo cualquier mujer. Se puede aplicar entre el primer y séptimo día del ciclo menstrual. Los efectos secundarios son: incremento de peso y alteraciones menstruales.³⁵

- ⊗ Implante único (duración 3 a 4 años).
- ⊗ Sistema de dos implantes (duración 5 años).

B) De barrera

C) Espermicidas.

Las espumas, cremas, supositorios, jaleas y óvulos, contiene un agente espermicida. Tienen que introducirse en la vagina antes de cada coito. DIU T de cobre. Es seguro y reversible, requiere poco esfuerzo por parte de la usuaria una vez que ha sido insertado y ofrece 6 años de prevención contra el embarazo. Es el segundo anticonceptivo de uso más generalizado. Los efectos secundarios son principalmente los problemas menstruales. Se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual, pero de preferencia el segundo día, siempre y cuando el proveedor esté razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada. Puede usarse en el período del posparto.³⁶

El **condón masculino, los diafragmas, las esponjas y los capuchones** están evolucionando. El preservativo es de un solo uso y de su correcta utilización depende básicamente su eficacia, es una funda de látex que cubriendo el pene impide el paso de los espermatozoides a la vagina. Es fácil de adquirir y su uso protege de la transmisión de muchas enfermedades de transmisión sexual. El diafragma puede ser un poco más eficaz que

³⁵ Otero Flores José, Vazquez Estrada Leopoldo, Lozano Balderas Magdalena. *Manual de actualización en anticonceptivos Hormonales*. IMSS, 2005.

³⁶ William R. Finger. El DIU T de cobre: Seguro, eficaz, reversible. *Network en Español*, volumen 20 número 1, 2000.

la esponja o el capuchón. Un proveedor debe encontrar el tamaño adecuado, son de caucho de látex, puede ser difícil insertarlo y extraerlo, y no se deben dejar colocados durante más de 24 horas. La transmisión de las ETS es limitada. Las esponjas bloquean el cuello uterino, cierran el paso a los espermatozoides y liberan espermicidas. Han sido diseñadas para surtir efecto hasta por 24 horas y su uso en las ETS es limitada. Los capuchones pueden usarse durante un periodo máximo de 48 horas, están hechos de látex, puede ser difícil de insertarlo y extraerlo, es posible que éstos impidan la entrada del VIH por el cuello uterino³⁷.

2.5.3 Definitivos

Se trata de pequeñas intervenciones quirúrgicas que evitan la fertilidad en el hombre y la mujer. Hoy por hoy, sólo en pocos casos resultan reversibles, esto es, resulta muy difícil recuperar la fertilidad. Por esta razón requieren de una decisión reflexiva y madurada.

A) OTB ó salpingoclasia .

Mediante la ligadura y/o sección de las trompas de Falopio se impide el paso del óvulo por ellas y el contacto de éste con los espermatozoides.

B) Vasectomía.

Por la intervención quirúrgica se seccionan los conductos deferentes, por los que los espermatozoides van de la uretra al testículo³⁸.

2.5.4 Criterios de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos

Los criterios para la prescripción de los métodos anticonceptivos tienen como meta mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y el objetivo principal es garantizar márgenes adecuados de seguridad para el usuario, con una buena protección anticonceptiva.

Las condiciones que afectan la elegibilidad están clasificadas bajo las siguientes cuatro categorías:

1. Es una condición en la cual no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
2. Es una condición donde las ventajas de usar el método anticonceptivo generalmente sobrepasan los riesgos teóricos o demostrados.

³⁷ William R. Finger. Dispositivos de barrera, *Network en Español*, volumen 20 número 2, 2000.

³⁸ Danforth, Scout, DiSaia, Hammond, Spellacy: *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, 6ª. Edición. McGraw-Hill Interamericana, 1994. pp. 763-764.

3. Es una condición donde los riesgos teóricos o demostrados generalmente sobrepasan las ventajas del uso del método.
4. Es una condición que presenta un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo³⁹.

3.5.5 Anticonceptivos en la adolescencia

El aumento de la actividad sexual entre personas adolescentes exige que los prestadores de servicio de salud tengamos conocimientos completos sobre la contracepción y la actitud adecuada para prescribirla.

Para prescribir un método anticonceptivo, debemos de tomar en cuenta antes que nada el estado de salud de la adolescente, el grado de madurez, que no presente alguna irregularidad menstrual y, sobre todo, la frecuencia del coito. Si el coito se practica como promedio una vez a la semana o menos, deberá prescribirse un método de barrera, como el preservativo o condón, en combinación con un espermicida local. Si por el contrario, la actividad sexual es frecuente, de dos o más veces por semana, y no hay alteraciones patológicas físicas o psicológicas y sus periodos menstruales son regulares, se puede prescribir contraceptivos hormonales orales (nunca inyectables). En teoría, estos minicomprimidos son más seguros porque la mayor parte de los efectos colaterales son menores que los que cuentan con mayor cantidad de estrógenos.

Finalmente, no es ocioso reiterar que debemos procurar orientar a los adolescentes hacia una conducta sexual responsable y segura, y que la abstinencia razonada es una actitud que nunca estará “fuera de moda”⁴⁰.

³⁹ Otero Flores José, Vazquez Estrada Leopoldo, Lozano Balderas Magdalena. *Manual de actualización en anticonceptivos Hormonales*. IMSS, 2005

⁴⁰ Martínez y Martínez Roberto: *La Salud del niño y el adolescente*. 3ª. Edición. El manual moderno, 1999, p. 1138.

III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo documental, descriptiva, observacional y retrospectiva; por tal razón no existe necesariamente planteamiento de hipótesis.

Se aplicó una encuesta con aspectos que convergían en tópicos referentes a datos generales, socioeconómicos, aspectos de su práctica sexual y embarazo precoz.

3.2 Variables

Variable Independiente

Embarazo: El embarazo (gestación) estado fisiológico de la mujer que comprende desde la fecundación del óvulo hasta el parto, su duración aproximada es de 280 días (de 36 a 40 semanas, 10 lunares o casi 9 meses de calendario solar).

Variable Dependiente

Adolescencia: Es la etapa del desarrollo del ser humano que abarca tentativamente de los 11 años hasta los 23 años.

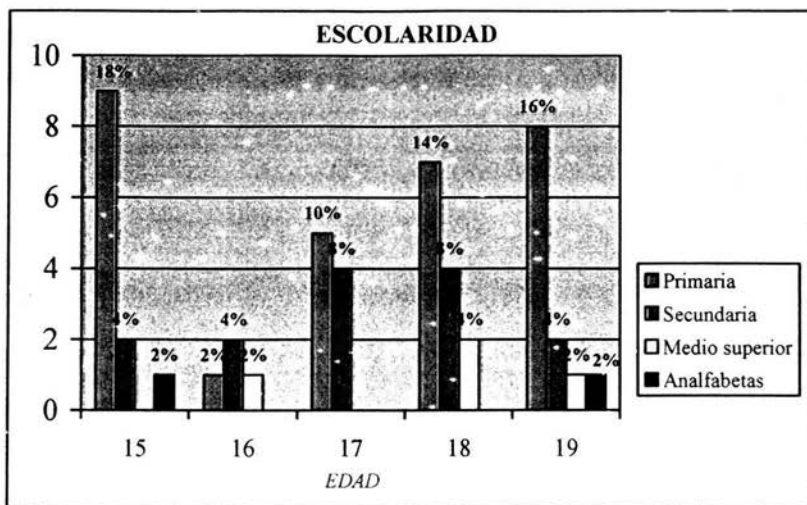
3.3 Muestra

En este estudio participaron 50 adolescentes, cuyas edades oscilan entre 15 y 19 años de edad, que aceptaron de manera informada ser entrevistadas, algunas escogidas al azar, otras pertenecientes a escuelas de nivel secundaria y medio superior, particulares y federales, participaron 50 adolescentes más, 20 embarazadas atendidas en la Unidad de Medicina Familia No. 21 en Jacona (IMSS), y 30 en estado puerperal que fueron atendidas en el Hospital Regional de Zamora, de las cuales se consulto su expediente para obtener datos de interés sobre antecedente ginecoobstétricos, repercusiones físicas de la madre y del producto, además de ser visitadas en su domicilio para ser encuestadas. El estudio se realizo durante el mes de marzo de 2005.

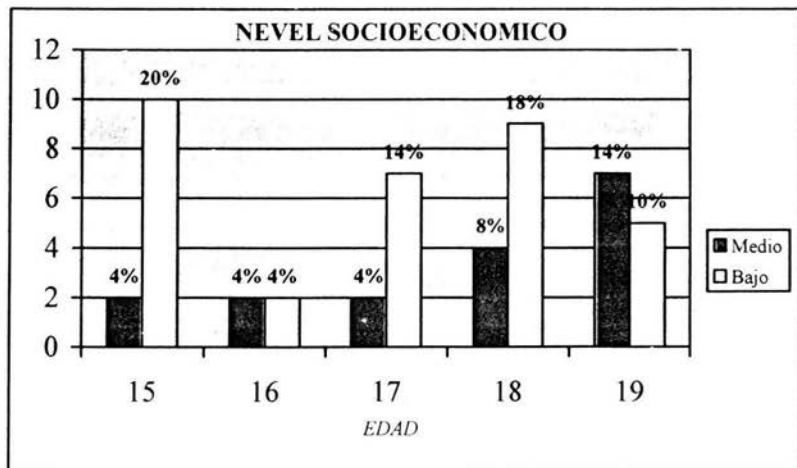
3.4 Instrumentos de investigación

La información se obtuvo a través de una entrevista estructurada aplicada a cada adolescente, previa solicitud de voluntariedad, el cuestionario recogía variables: sociodemográficas (edad y sexo), variables del comportamiento (relaciones sexuales y edad de inicio de ellas), conocimiento de métodos anticonceptivos, conocimiento de riesgos del embarazo precoz y antecedentes del embarazo. Expedientes clínicos de las adolescentes atendidas en el Hospital Regional de Zamora que fueron atendidas durante el mes de marzo. En base a tabla de contingencia (tala 1), se utilizó el método estadístico de chi cuadrado o X^2 , en dónde obtuvimos el valor de X^2 y el valor de P, estos resultados se muestran en la (tabla 2).

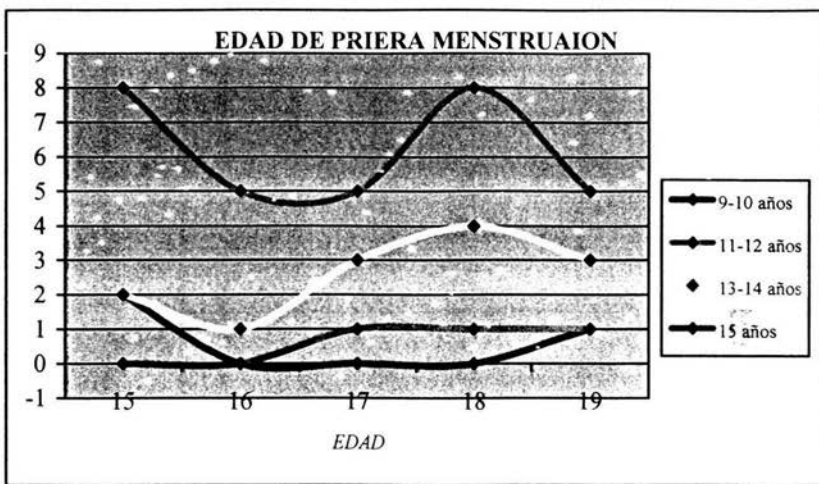
IV. RESULTADOS Y ESTADISTICAS (No. 50 embarazadas)



El 60% curso solamente el nivel primaria, el 28 % el nivel secundaria, el 8% el nivel medio superior sin concluir y el 4% son analfabetas.

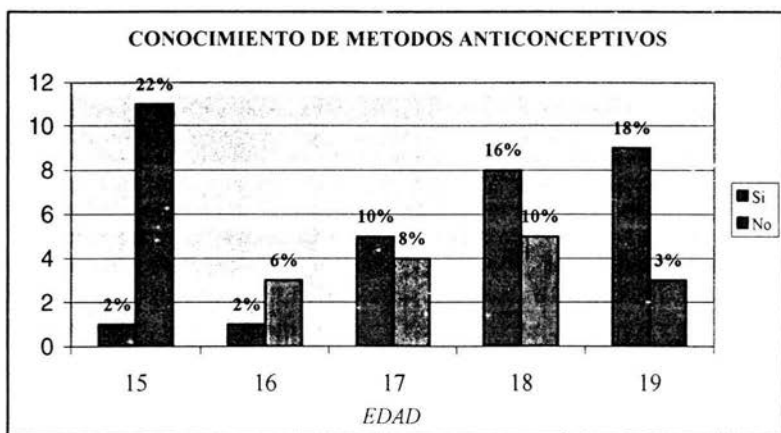


El 34% son de nivel medio y el 66% son de nivel bajo.



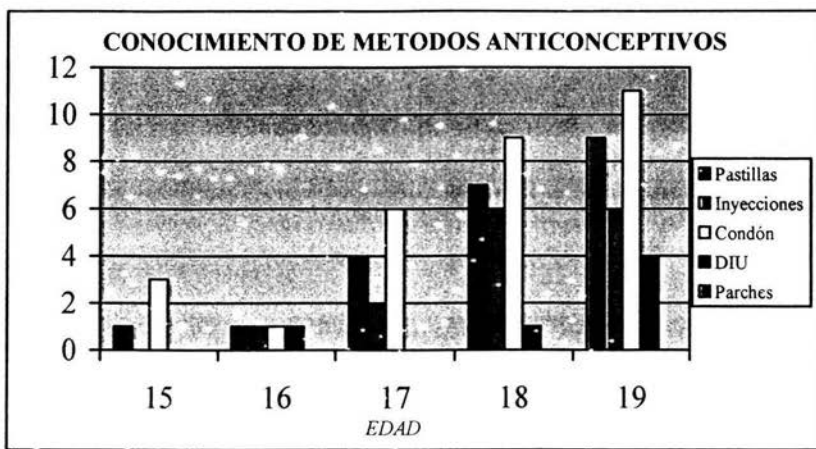
Abarca de los 10 a los 15 años de edad, al igual que en las adolescentes no embarazadas, la mayor prevalencia es de los 11 y 12 años de edad.

La edad de inicio de vida sexual abarca de los 12 a los 18 años de edad, habiendo más prevalencia entre los 14 y 15 años. Observándose un punto importante, que las adolescentes que mantuvieron relaciones sexuales antes de los quince años, son las que reglaron a temprana edad (entre los 10 y los 14 años).



El 48% conocía por lo menos un método anticonceptivo (preservativo), el 52 % no.

Únicamente el 4% admitió haber utilizando un método anticonceptivo, el 96% nunca han utilizado métodos anticonceptivos.



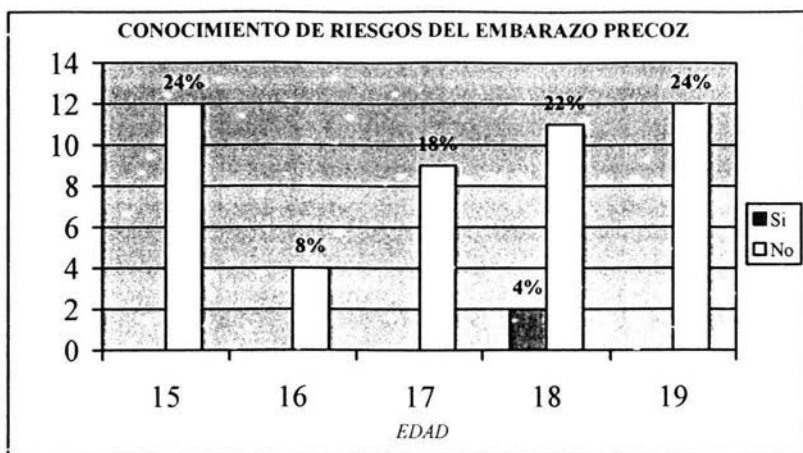
Los anticonceptivos más conocidos por las adolescentes fueron en primer lugar el condón, luego las pastillas, enseguida las inyecciones y por último el DIU, los parches no son conocidos por ninguna de estas adolescentes.

Sólo el 12% saben en dónde conseguir métodos anticonceptivos e información sexual y el 88% no sabe.

El 82% han escuchado o visto algún anuncio sobre planificación familiar y el 18% no.

El 100% de estas adolescentes no acuden a los servicios de planificación familiar.

Respecto a de dónde obtienen información sexual, la mayoría fue en su familia, después en la calle y las demás por otros medios como la escuela, la TV, amigos y desafortunadamente nadie acude a las instituciones de salud.



Únicamente el 4% sabían las consecuencias de un embarazo a temprana edad, mientras que el 96% no.

→Las repercusiones físicas que representaron en las adolescentes embarazadas fueron: el 4% (2) Infecciones vaginales, el 6% (3) preeclampsia severa, el 10% (5) trabajo de parto prematuro, el 2% (1) retraso del crecimiento intrauterino, el 16% (8) ruptura prematura de membranas, el 12% (6) desproporción cefalopélvica, el 6% (3) amenaza de aborto, el 2% (1) infección vías urinarias, el 10% (5) desprendimiento de placenta, el 2% (1) trabajo de parto prolongado, el 4% (2) circular de cordón y el 2% (1) aborto.

Algunas otras repercusiones tanto psicológicas, emocionales y socioeconómicas fueron mencionadas en el marco teórico, tanto de la madre como del producto.

En el producto: el 2% (1) producto de bajo peso y el 8% (4) prematuros.

Otra consecuencia que se pudo detectar, fue la repetición del embarazo, 2% (1) adolescente de 16 años, 4% (2) de 17, 6% (3) de 18 y 4% (2) de 19 años se encontraban en su gesta número 2 y desafortunadamente 2% (1) adolescentes de 19 años se encuentra en su gesta número 3, esto representa un 18% (9) del total de las encuestadas en estado de embarazo o puerperal.

Tenemos pues, que las adolescentes no embarazadas las cuales fueron entrevistadas, tienen mayor nivel de escolaridad y económico, obteniéndose que el 100% son de nivel medio, la edad de primera menstruación abarca de los 9 a los 15 años, habiendo mayor

prevalen a los 11 y 12 años, la edad de inicio de vida sexual abarca de los 13 a los 18 años, el 36% afirmó mantener relaciones sexuales, el 84% conoce por lo menos un método anticonceptivo, además de que el 32% admitió estar utilizando alguno y el 90% saben en dónde pueden conseguir estos métodos e información sexual, y sólo el 22% acude a servicios de planificación familiar, además de que también obtienen información por parte de su familia o en la escuela, el 72% están consciente de que a su edad es probable que tengan un embarazo, el 38% refieren conocer las consecuencias de un embarazo a temprana edad y sólo 2 entrevistadas han estado embarazadas.

TABLA DE CONTINGENCIA

PARAMETROS		EMBARAZADAS	NO EMBARAZADAS
ESCOLARIDAD	Primaria	30	5
	Secundaria	14	14
NIVEL SOCIOECONOMICO	Medio	17	48
	Bajo	33	2
EDAD DE PRIMERA MENSTRUACION	11-12	33	26
	13-14	11	19
CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	Si	24	42
	No	26	8
UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	Si	2	7
	No	48	12
CONOCIMIENTO DE RIESGOS DEL EMABARAZO PRECOZ	Si	2	19
	No	48	31

Tabla No. 1

PARAMETRO		X ²	P	
ESCOLARIDAD	Primaria	7.2	0.0052	E.S
	Secundaria			
NIVEL SOCIOECONOMICO	Medio	39.5	0.0001	E.S
	Bajo			
EDAD DE PRIMERA MENSTRUACION	11-12	2.2	0.13	NO E.S
	13-14			
CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	Si	12.87	0.0003	E.S
	No			
UTILIZACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	Si	10.35	0.0013	E.S
	No			
CONOCIMIENTO DE RIESGOS DEL EMABARAZO PRECOZ	Si	15.4	0.0001	E.S
	No			

Tabla No. 2

(E.S) Estadísticamente Significativo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y CONCLUSIONES

El embarazo en adolescentes hoy en día se considera como un problema de salud pública, no sólo asociado a los posibles trastornos orgánicos que ocasionan a la joven madre, sino porque están implicados factores socioculturales y económicos que producen consecuencias para la madre y su hijo.

En base a los resultados obtenidos y haciendo una comparación de las adolescentes embarazadas y las no embarazadas, se realizó un análisis estadístico, el cual nos muestra los factores de riesgo que influyen en la problemática del embarazo a temprana edad, así que se tomaron y analizaron de cada uno de los parámetros los grupos de mayor incidencia. Dicho análisis nos indica que, respecto a la escolaridad se encontró una $X^2 = 7.8$ dando una $P = 0.0052$, las cuales nos indican que el nivel de escolaridad es estadísticamente significativo; sobre el nivel socioeconómico se encontró una $X^2 = 39.5$ dando una $P = 0.0001$, las cuales nos indican que el nivel socioeconómico sí es estadísticamente significativo en esta problemática; en relación a la edad de la primera menstruación se obtuvo una $X^2 = 2.2$ dando una $P = 0.13$, las cuales nos indican que este punto no es estadísticamente significativo, por lo tanto no tienen mayor influencia sobre el embarazo en las adolescentes; en el punto del conocimiento de métodos anticonceptivos se obtuvo una $X^2 = 12.87$ dando una $P = 0.0003$, teniendo que este desconocimiento es estadísticamente significativo; en la utilización de métodos anticonceptivos se encontró una $X^2 = 10.35$ dando una $P = 0.0013$, llegando a concluir que este parámetro es estadísticamente significativo; por último el conocimiento de los riesgos del embarazo precoz se obtuvo una $X^2 = 15.4$ dando una $P = 0.0001$, lo que quiere decir que es estadísticamente significativo que las adolescentes no conozcan estos riesgos. Así pues, en la realización del análisis estadístico, se pueden observar las causas concretas que están originando cada día más embarazos en las adolescentes son susceptibles de corregirse, pues se cuenta con bastantes recursos para que esta problemática no vaya en aumento.

Otros puntos a concluir son los siguientes:

Sobre los servicios de salud con los que cuenta, ¿porqué fue importante investigarlo?, pues nos encontramos con que la inasistencia al control prenatal es debido muchas de las veces por falta de recursos económicos o en su defecto por no contar con este tipo de servicio que es básico para todos los individuos en general. Aunado a lo anterior, las adolescentes se

niegan a utilizar un método anticonceptivo (46%), siendo este aun un alto porcentaje que están propensas a repetición de embarazo.

¿En dónde obtuvieron información estas adolescentes? Más del 50% en su familia, le sigue la información que obtienen en la calle, ya sea por libros o revistas o personas las cuales brindan información distorsionada, seguido de la escuela en la cual es insuficiente, otro porcentaje por otros medios, desafortunadamente se obtuvo que el 100% no acudieron a Instituciones de Salud.

La deficiente educación e ignorancia de estas adolescentes alcanza a tal grado que no se dan cuenta que están en edad reproductiva, y por lo tanto hay mayor probabilidad de que se dé un embarazo, además no hay suficiente información y educación sobre sexualidad, ni cómo llevarla a cabo, no hay conocimiento de métodos anticonceptivos, poca o nula capacidad de los adolescentes para tomar decisiones adecuadas, no hay mensajes positivos y educativos en los medios de comunicación.

Vemos pues que las causas del embarazo precoz detectadas en esta investigación, las cuales están originando que el embarazo en adolescentes vaya en incremento, son susceptibles de corregirse si las Instituciones de Salud conjunto con el personal que labora en ellas, brindan una mayor atención a esta problemática, por medio de acciones encaminadas a prevenir como: dar una adecuada orientación sobre conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos y temas relacionados con embarazo precoz, sus causas y consecuencias, y así poder lograr que las adolescentes eviten un embarazo a temprana edad, el cual pueda presentar complicaciones para ella y/o para el producto.

PROPUESTAS

El embarazo en adolescentes ha sido y seguirá siendo un problema no solo aquí, sino en todas partes del mundo, las siguientes propuestas se brindan con la finalidad de dar apoyo e importancia a este tema:

En la escuela se les debe informar sobre la importancia de evitar el embarazo en la adolescencia, no únicamente basarse en el aspecto anatómico y funcional del aparato reproductor de las y los alumnos, informarles sobre sexualidad, sobre métodos anticonceptivos sus ventajas y desventajas. Además de que esta información debe ser brindada a temprana edad desde que los niños cursen el 5º año de primaria, pues algunas adolescentes comienzan su desarrollo a esta edad y es posible que antes, con el único fin de que los alumnos tomen conciencia del riesgo que implica el inicio de vida sexual a temprana edad. Para que estas acciones se lleven a cabo sería necesario contar con profesionales en el tema (enfermeras, médicos, psicólogos, etc.), y así poder brindarles una información más adecuada.

Fomentar la comunicación entre padres o personas responsables y jóvenes, sobre temas propios de la adolescencia, para involucrar a los padres y así hacerles saber que la adolescencia tal vez es la etapa más difícil en la vida de sus hijos.

Se deben mejorar los niveles de educación y capacitación que puedan contribuir a una relación afectiva con la familia y la comunidad.

Que el Gobierno apoye capacitación técnica y asistencia financiera para el establecimiento de pequeñas empresas y así tener mayores fuentes de trabajo mejor remunerado.

Promover campañas a nivel comunidad y nacional con el fin de reducir las altas tasas de fertilidad entre adolescentes.

Que toda institución que cuente con el servicio de salud pública: brinde información y educación sexual, no basándose únicamente en el otorgamiento de métodos anticonceptivos, sino brindando información sobre el conocimiento de los mismos, como usarlos y la responsabilidad que ello conlleva, información clara y precisa sobre embarazo en adolescentes y todas sus complicaciones.

En vista de la gran problemática, es necesario crear programas para fomentar la información y los servicios requeridos a los jóvenes para concientizarlos y lograr una sexualidad responsable.

Cuando las adolescentes aún a pesar de contar con toda la información anterior se embarazaran, entonces se pueden realizar las siguientes acciones: apoyar, aconsejar y ayudar a las madres y padres adolescentes, promoviendo la participación de ambos para asumir su rol.

Que el personal médico y de enfermería maneje este grupo de embarazadas como de alto riesgo, brindándoles una atención holística.

Promover talleres para actuales y futuros madres y padres adolescentes especialmente enfocados a la comunicación, la afectividad y el intercambio de experiencias.

Promover el apoyo y la comprensión familiar en la problemática.

Así mismo es necesario crear centros de apoyo para las adolescentes embarazadas, tanto desde el punto de vista médico como emocional.

ANEXO

1. ¿Qué edad tiene? _____
2. Nivel socioeconómico:

a) Alto	b) Medio	c) Bajo
---------	----------	---------
3. Nivel de escolaridad:

a) Primaria	b) Secundaria	c) Medio superior
d) Superior	e) Otros _____	
4. Estado civil:

a) Casada	b) Soltera	c) Unión libre
-----------	------------	----------------
5. ¿Trabaja? (Si) (No)
6. Si no trabaja, ¿depende de? _____
7. ¿Tiene derecho a los servicios de salud? (Si) (No)
8. Edad de su primera menstruación: _____
9. Inicio de vida sexual: _____
10. ¿Conoce métodos anticonceptivos? (Si) (No)
11. ¿Ha utilizado o utiliza actualmente métodos anticonceptivos?

a) Si	b) No	c) Algunas veces
-------	-------	------------------
12. ¿Sabe a dónde ir para conseguir métodos anticonceptivos u orientación sexual?
(Si) ¿a dónde) _____ (No)
13. ¿Ha escuchado o visto algún anuncio sobre planificación familiar? (Si) (No)
14. ¿Acude a servicios de planificación familiar? (Si) (No)
15. Medios por los que obtiene información sexual: _____
16. ¿Conoce los riesgos de un embarazo a temprana edad?
(Si) ¿Cuáles? _____ (No)
17. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____
18. ¿En su embarazo tuvo alguna complicación?
(Si) ¿Cuál? _____ (No)
19. ¿Tuvo algún control durante el embarazo? (Si) (No)

FUENTES DE INFORMACION

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. Alan H. Decherney, Martín L. Pernoll: *Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos*, 7ª. Edición. El manual moderno, 2000.
2. Amuchategoi Requena Griselda: *Derecho Penal*, 2ª- Edición. Oxford, 2002.
3. Danforth, Scout, DiSaia, Hammond, Spellacy: *Tratado de Obstetricia y Ginecología*, 6ª. Edición. McGraww-Hill Interamericana, 1994.
4. Ellen Baily Roffensperger: *Manual de la Enfermería*, Grupo Océano/Centrum, 2002.
5. Martínez y Martínez Roberto: *La Salud del niño y el adolescente*. 3ª. Edición. El manual moderno, 1999.
6. Martínez y Martínez Roberto: *La Salud del niño y el adolescente*. 4ª. Edición. El manual moderno, 2001.
7. Mosby: *Diccionario medicina, enfermería y ciencias de la salud*, 5ª. Edición. Harcourt, 2000.
8. Nelson, Behman, Kliegman, Jonson: *Tratado de pediatría*, 16ª. Edición. McGraw-Hill Interamerica, 2001.
9. UNAM: *Obstetricia II*, Antología ENEO.
10. William W. Hay, Jr, Jessie R. Grothuis, *Diagnósticos y tratamientos pediátricos*, 10ª. Edición, El manual moderno, 2000.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

REVISTAS ESPECIALIZADAS

1. Otero Flores José, Vazquez Estrada Leopoldo, Lozano Balderas Magdalena. *Manual de actualización en anticonceptivos Hormonales*. IMSS, 2005.
2. William R. Finger. El DIU T de cobre: Seguro, eficaz, reversible, *Network en Español*, volumen 20 número 1, 2000.
3. William R. Finger. Dispositivos de barrera, *Network en Español*, volumen 20 número 2, 2000.
4. William R. Finger. La educación sexual ayuda a preparar a los jóvenes, *Network en Español*, volumen 20 número 3, 2000.

INTERNET

1. Internet. www.mizamora.com.
2. <http://www.cmrioja.es/asexorate/numero12.html>.
3. http://ministeriosprobe.org/docs/la_plaga.html.
4. http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.