

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Hospital Juan Pablo Pina
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTE QUE
TIENEN LOS ESTUDIANTES DEL LICEO ANA LILLIAMS MIRANDA DEL
MUNICIPIO DE YAGUATE, 2018

Tesis de postgrado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante

DRA. AILIN MARIÑEZ PÉREZ

Los conceptos emitidos en la presente tesis de postgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Asesor

Dra. Claridania Rodríguez

Dra. Concepción Aurora Sierra

Dra. Iris Paula

Distrito Nacional: 2018

**CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTE QUE
TIENEN LOS ESTUDIANTES DEL LICEO ANA LILLIAMS MIRANDA DEL
MUNICIPIO DE YAGUATE, 2017-2018**

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
1.1.1.- Antecedentes	5
1.1.2.- Justificación	7
1.2.- Planteamiento del Problema.....	9
1.3.- OBJETIVOS	11
1.3.1 Objetivo General.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos	11
CAPITULO 2	12
1.1.- Adolescencia.....	15
2.2.- Adolescencia Temprana	17
2.3.- Adolescencia Media	17
2.4.- Adolescencia Tardía.....	19
2.5.- Cambios y aspectos en la adolescencia	20
2.6.- Aspectos psicológicos de la sexualidad	21
2.7.- El Embarazo en la Adolescente.....	24
2.8.- Prevención:.....	28
2.9.- Anomalías de la Duración del Embarazo	40
CAPITULO 3	56
3.1 VARIABLES.....	56
3.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	57
3.3. DISEÑO METODOLOGICO	58
3.3.1 Tipo de estudio	58
3.3.2 Demarcación Geográfica	58
3.3.3 Tiempo de realización	58
3.3.4 Población	58
3.3.6 Criterios de Inclusión	58

3.3.7 Criterios de exclusión	58
3.3.8 Método de Técnica y Procedimiento	58
3.3.9 Procesamiento y análisis de la información	59
3.3.10 Aspectos éticos	59

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darnos la vida, salud e inteligencia por ser nuestro guía en los momentos oscuros de nuestras vidas. Gracias por tú ayuda.

Al Liceo Ana Lilliam Miranda

Por permitirnos obtener las informaciones requeridas y oportunas para que nuestra investigación hoy sea una realidad.

Al Coordinador de la residencia Dr. Ervin David Jiménez

Por guiarme por el camino correcto, por su gran esfuerzo y dedicación.

A la gerente de enseñanza Dra. Concepción Aurora Sierra

Por apoyarme en todo este camino.

A la Dra. Lourdes Margarita Cerda

Quien dispuso todo su tiempo, esfuerzo y conocimiento.

A mis asesores: Dra. Concepción Aurora Sierra, Dra. Claridania Rodríguez, y Dra. Iris Paula.

Gracias por su tiempo, orientación y dedicación para guiarme hacia un final, exitoso.

La Sustentante.

DEDICATORIAS

A Dios

Por guiarme por el buen camino, por estar presente en todos mis momentos, porque sin su ayuda no lo hubiera logrado.

A mis padres Manuel E. Mariñez y Mercedes Pérez

Por haberme dado tanto sin esperar nada a camino, por su esfuerzo, comprensión y dedicación.

A mi esposo Agustín Reyes

Por apoyarme durante estos cuatro años, por recorrer este camino tan difícil.

A mis hijos Carlos Manuel, Nikol y Asly

Por darme la motivación de seguir adelante.

A mis hermanos

Pedro, Melenis, Johan Manuel, Enmanuel y Pedro Manuel
Por siempre estar cuando lo necesité.

A mi tía Adalgisa

Por su apoyo incondicional.

A mis primas María y Juana María

Por su apoyo incondicional.

A mis compañeros de residencia: Jenny, Lorenza, Miguel Angel, Angela, Bernardina y Albanerys.

Porque más que compañeros fueron los nuevos hermanos que Dios me regaló durante estos cuatro años, fueron mi pilar, mi soporte para terminar este propósito.

Dra. Ailin Mariñez Pérez.

RESUMEN

Con el propósito de determinar el conocimiento sobre el embarazo en los adolescentes que tienen los estudiantes del liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguatae 2018, se realizó en el Liceo objeto de estudio. El universo estuvo conformado por 520 estudiantes que conformaron la totalidad de estudiantes de Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguatae y se tomó una muestra de 100 estudiantes adolescentes que asistieron al liceo, encontrándose los siguientes hallazgos: El conocimiento sobre embarazo que poseen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguatae es Medio. La edad más frecuente fue 13 años con nivel de conocimiento Medio. En relación al sexo y el nivel del conocimiento la mayoría de la población es femenina con conocimiento medio. La persona con la que viven los adolescentes son sus padres con tienen conocimiento medio. En relación a la escolaridad fue distribuida casi equitativamente, todos con conocimiento medio. Los adolescentes indicaron que el medio que más conocen es la píldora y el condón. La mayoría de las adolescentes no ha tenido relaciones sexuales. La mayoría de los adolescentes expresó que obtuvo conocimientos del internet.

Palabras clave: embarazo, adolescente, internet.

ABSTRACT

With the purpose of determining the knowledge about pregnancy in adolescents that students of the high school Ana Lilliams Miranda of the Municipality of Yaguatae 2018 have, it was carried out in the Liceo object of study. The universe was conformed by 520 students that conformed the totality of students of Liceo Ana Lilliams Miranda of the Municipality of Yaguatae and a sample of 100 adolescent student students was taken who attended the lyceum, being the following findings: The knowledge on pregnancy that students eposeen of the Liceo Ana Lilliams Miranda of the Municipality of Yaguatae is Medio. The most frequent age was 13 years with a medium level of knowledge. In relation to sex and the level of knowledge, the majority of the population is female with average knowledge. The person with whom the adolescents live are their parents with medium knowledge. In relation to schooling it was distributed almost equally, all with medium knowledge. The adolescents indicated that the medium they most know about is the pill and the condom. Most teenagers have not had sex. The majority of adolescents said that they obtained knowledge of the internet.

Keywords: pregnancy, adolescent, internet.

CAPÍTULO I

1.1.1.- Antecedentes

Rosy Moreno, Willmelia Morel y Ana Gonzales realizaron un estudio descriptivo prospectivo, para determinar los factores que predisponen a las adolescentes a embarazarse, asistidas a la consulta prenatal en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en Santo Domingo. El universo de este estudio está conformado por la cantidad de adolescentes embarazadas (10-19 años) que asistieron a la consulta prenatal en el periodo septiembre-diciembre 2012; un total de 1001 pacientes de los cuales el 10% conformo nuestra muestra. La técnica de recolección de datos e información fue a base de expedientes clínicos y entrevistas. En cuanto a la edad el 86.1% de las encuestadas oscilaba entre 15 y 19 años, de los cuales el 69.3% eran nulíparas contrario al 30.7% que son multíparas. El 70.3% de las adolescentes embarazadas declara haber recibido educación sexual antes de practicarla a través de diversos medios de comunicación, pero el más relevante fue el internet con un 49.5%. El 60.4% de las adolescentes en estudio recibieron la información de embarazo en la adolescencia en consulta prenatal del Hospital Maternidad Nuestra Señora De La Altagracia y un 37.6% aprendió en la escuela acerca de este tema. El estado civil en que se encontraban las adolescentes embarazadas eran en su mayoría unión libre con 82.2% seguido de un 17.8% para las solteras.¹

Dayanara García, Sabrina Paulino Brito y Suhey Pérez con el objetivo de describir las complicaciones que se presentaron en las adolescentes embarazadas en el Centro Materno Infantil San Lorenzo Los Mina en el periodo Enero-Junio 2012, realizaron un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, en el cual se trabajo con una población de 150 adolescentes embarazadas utilizando la técnica del cuestionario, encontrando que la relación de la edad el rango mayor en presentar complicaciones es de 15 a 19 años con 86 casos para un 93.3% y las de menor rango fue de 10 a 14 años con 64 casos (6.7%). 61 de las embarazadas adolescentes que abarca el 40.7% motivo principal por el que fueron a consultarse fue la cefalea, siendo el síntoma menos consultado el flujo vaginal con 17 casos (11.3%). Sobre el nivel educacional con relación a las complicaciones, 61 casos para un 40.7%, los trastornos hipertensivos del

¹ Rosy Moreno, Willmelia Morel y Ana González. Factores predisponentes que inciden al embarazo en adolescentes. Tesis de grado. UASD. 2013

embarazo fueron los más relevantes en todos los niveles. 62 Casos para un 41.3% presentaron infección vaginal en relación a las adolescentes que tenían pareja y 25 casos (30%) lo más relevante fue la anemia con respecto a las que no tenían pareja; 76 casos (50.7%) lo más relevante fue la anemia en relación a los hábitos tóxicos. 37 a 41 semanas fue la edad estacional que más se complicó, presentando trastornos hipertensivos en el embarazo para un 40.7%.²

Ninosca Reyes, Dionicia Sierra y Yakeydis Turbi, realizaron un estudio descriptivo y de corte transversal con fuente de información retrospectiva con el objetivo de determinar la frecuencia de cesáreas en adolescentes en La Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en el periodo Enero-Mayo 2012. La población estuvo constituida por 2484 embarazadas adolescentes donde se extrajo una muestra de 579 adolescentes sometidas a cesáreas. Usaron la técnica de recolección de datos a las variables de estudios utilizadas. Esta investigación reportó una frecuencia de cesáreas en el grupo de adolescentes durante el periodo de un 38.2%, el 96.7% se encontró entre los 15 a 19 años de edad, un 73.5% procedía de la zona urbana, el 40.6% tenía un nivel primario de escolaridad, un 78.9% vivía en unión libre, un 49,9% eran estudiantes, 83.3% no tenían antecedentes obstétricos, mientras que un 13% presentaba su primera gesta un 94.1% no habían tenido abortos y un 4.1% habían tenido un aborto, en tanto un 92.4% no habían tenido partos eutócico y un 6.3% presentaba su primer parto, el 85.4% correspondió a adolescentes que no habían tenido cesárea y un 13.8% presentaban una cesárea anterior, el 32.9% tenían 6 o más chequeos prenatales. El 22.2% fueron sometidas a cesárea por trastorno hipertensivos.³

² Dayanara García, Sabrina Paulino Brito y Suhey Pérez. Complicaciones maternas más frecuentes en adolescentes embarazadas. Tesis de grado. UASD. 2012.

³ Ninosca Reyes, Dionicia Sierra y Yakeydis Turbi. Frecuencia de cesáreas en adolescentes embarazadas. Tesis de grado. UASD. 2012

I.1.2.- Justificación

El embarazo en adolescentes, cada vez más frecuente en países en desarrollo, es considerado como un problema prioritario en salud pública, especialmente en comunidades deprimidas, debido a su alto riesgo de morbilidad: bajo peso al nacer, prematuridad y un alto riesgo de morbi-mortalidad materna, perinatal e infantil. En países del tercer mundo como República Dominicana, es costumbre que la mujer tenga su primer hijo siendo una adolescente, especialmente en aquellos segmentos de la población deprimidos social, económica y culturalmente.⁸

Según el informe de Population Action International (PAI) del 2004, las madres adolescentes presentan una mayor prevalencia de prematuridad y de niños de bajo peso comparadas con las madres adultas. Este estudio, al igual que otros realizados, mostraron también mayores tasas de mortalidad infantil para los embarazos en adolescentes. Los hijos de las madres adolescentes estudiadas en el Brasil, crecían en la pobreza y presentaban más desnutrición en los tres primeros años de vida comparados con los hijos de madres adultas. Las complicaciones del embarazo en las adolescentes descritas incluyen tasas significativas de pre-eclampsia, eclampsia y mortalidad materna. En contraste, en los países industrializados, el embarazo en adolescentes parece ser bien tolerado físicamente y aunque existen riesgos de un mayor número de casos de prematuridad y bajo peso, su proporción es menor.⁹

La finalidad de la presente investigación es establecer que frecuencia de adolescentes en edad media se encuentra en el Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguajay en el periodo bajo estudio, además de verificar las estadísticas nacionales sobre dicho problema, lo cual redundará en aportes para futuros programas de prevención y atención a este grupo de embarazadas en la edad de la adolescencia.

Entre las publicaciones nacionales, figura el estudio “Madres Adolescentes en la República Dominicana”, el cual hace referencia a la magnitud de la fecundidad en adolescentes y señala que en el país de las 2, 233,850 mujeres de 15 a 49 años, consideradas en edad reproductiva, 420,150 (18%) son adolescentes entre 15 y 19 años de edad. De éstas, el 17% ya es madre.⁴ De acuerdo a los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud, el porcentaje de adolescentes que ya han sido madres o que

⁴ Oficina Nacional de Estadísticas/ONE (2008). “Madres adolescentes en la República Dominicana”. Omnimedia. Santo Domingo, República Dominicana.

están embarazadas por primera vez se registra en un 20%. Este promedio a escala nacional varía de una zona geográfica a otra, oscilando entre un 12% y un 37%.⁵

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. En América Latina, una tercera parte de los embarazos corresponde a menores de 18 años, y casi un 20% de ellos a niñas menores de 15 años. En estas edades, el embarazo suele ser producto de violencia sexual, dado que las jóvenes están expuestas a condiciones de alta vulnerabilidad.⁶

Se decidió llevar a cabo la presente investigación en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguata, cuando no se conocen la cantidad de casos, pero es alarmante y se le debe prestar atención. Debido a que la misma es uno de los principales en algunos liceos nocturnos donde se pueden ver adolescentes embarazadas. Lo anterior demuestra que en la República Dominicana, el embarazo en adolescentes es un problema serio de salud pública, ya que las adolescentes son vulnerables y potenciales candidatas a la mortalidad materna.

⁵ Centro de Estudios Sociales y Demográficos-CESDEM (2007), "Encuesta Demográfica y de Salud-2007". República Dominicana.

⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS) - Nota de Descriptiva 364 - Embarazo en la Adolescencia. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

1.2.- Planteamiento del Problema

El embarazo entre adolescentes ha sido siempre motivo de preocupación, por los elementos de riesgo que lleva consigo, tanto para la mujer, como para su producto. Durante las últimas dos décadas dicha preocupación ha aumentado al observarse que entre una cuarta y quinta parte de los partos en los centros obstétricos más importantes del país ocurren antes de los veinte años, percibiéndose un potencial aumento.

Por estas razones, durante los últimos veinte años han sido relativamente frecuentes estudios observacionales sobre las características y riesgos del embarazo en adolescentes, dedicándole las Encuestas Nacionales y Demográficas y de Salud, atención especial. Por ejemplo, para el año 2013, la proporción de embarazos en adolescentes (15-19 años) en la República Dominicana era de 21% (29% en la zona rural y 27% en la urbana). El 66% de las adolescentes embarazadas no tenía ningún nivel de educación. Una de cada cinco mujeres que fallecieron por causas relacionadas con el embarazo o la maternidad era adolescente, y el riesgo obstétrico entre las adolescentes de 15 a 19 años era mucho mayor que en las mujeres de 20 a 34 años. En el 2002, la tasa de fecundidad en adolescentes en la zona urbana era de 104 por 1,000 mujeres y de 145 por 1,000 mujeres en la zona rural. El 43% de los embarazos no eran deseados.⁷

Se puede observar como los liceos matutinos, vespertinos, nocturnos y los que imparten docencia los fines de semana, reciben asistencia de adolescentes embarazadas a temprana edad. Las cifras anteriores, además de la tendencia potencial a aumentar los embarazos en adolescentes, justifica de por sí una mayor atención. Es por esto que diferentes agencias, incluyendo Profamilia con el auspicio de la Federación Internacional de Planificación de la Familia y el Fondo de Gobernabilidad y Transparencia del Gobierno Británico (IPPF/DFID, por sus siglas en inglés) han formado una alianza para impulsar una agenda común en doce países del mundo, de los cuales cinco pertenecen a América Latina.

⁷ Ministerio de Salud Pública. Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana, 2013. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR292/FR292.pdf>

Dicha alianza pretende realizar una serie de actividades para dar a conocer la realidad inherente a la adolescente embarazada, con fines de recomendar y apoyar más efectivamente acciones y estrategias que tiendan a mejorar el problema dentro del marco del desarrollo de los objetivos del milenio relativos a la salud materna e infantil.

El embarazo en adolescentes es un problema latente en el país; la adolescencia es una etapa de muchos cambios: físicos, emocionales y afectivos que repercuten en las interacciones familiares y sociales. Si una adolescente se embaraza, de alguna manera, frena y paraliza su normal desarrollo y no logra la madurez en todos los factores mencionados.

En el 2001, 14.9% de los nacimientos registrados en Jalisco fueron realizados por mujeres menores de 20 años de edad, y de estas, solo 17.1% eran económicamente activas. Las consecuencias son múltiples: en primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. A esto añadimos que la adolescente embarazada suele exhibir una especie de competencia e identificación con la madre; por tanto, es frecuente que tenga su primer hijo aproximadamente a la misma edad en que lo hizo la mamá.⁸

Debido a lo anterior, se decidió hacer la siguiente interrogante:

¿Cuál es el conocimiento sobre el embarazo en adolescentes que tienen los estudiantes del liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018?

⁸ ESTRADA, Ana y MADRIGAL LÓPEZ, Leticia: "Adolescentes indígenas embarazadas, asociado a la falta de información y recursos económicos 2001", Chiapas, México, 2005.

1.3.- OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar el conocimiento sobre el embarazo en los adolescentes que tienen los estudiantes del liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguatae 2018.

1.3.2 Objetivos Específicos

- 1- Identificar las variables sociodemográficas de la población de estudio como son edad, sexo, escolaridad y con quien vive.
- 2- Establecer el conocimiento que tienen los adolescentes del Liceo Ana Lilliams Miranda sobre el embarazo en adolescentes.
- 3- Identificar el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos de los adolescentes.
- 4- Especificar el inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes.
- 5- Cuantificar las fuentes de información sobre embarazo que tienen los adolescentes.

CAPITULO 2

IV.1. Concepto de conocimiento

Para el sustento científico de la presente investigación fue necesario considerar la revisión en cuanto a la base teórica. Por tanto, el concepto y definición de lo que es el conocimiento debe ser tomado en cuenta. Muchos autores concuerdan que el conocimiento es el conjunto de sucesos y experiencias que se aprenden y se mantienen en todo el transcurso de nuestra vida como resultado de nuestras vivencias.

El aprendizaje es caracterizado por tratarse de un activo proceso que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte, originado por los cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien está aprendiendo. Estos cambios se observan en el comportamiento del sujeto y sus actitudes entorno a situaciones de la vida común, estos hechos cambiarán a medida que aumenten los conocimientos junto con la relevancia que se le plasme a lo aprendido. El aprendizaje es llevado a cabo sencillamente a través de dos (2) formas: la informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información y la formal que viene a ser aquella que se imparte en el sistema educativo que incluye al nivel inicial, primario, secundario y terciario donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Según Kerlinger, «el conocimiento es, por una parte, el estado de quien conoce o sabe algo, y, por otro lado, los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural del Homo sapiens. Saber que se consigue mediante la experiencia personal, la observación o el estudio. Por extensión, suele llamarse también "conocimiento" a todo lo que un individuo o una sociedad dados considera sabido o conocido.»ⁱ

A Fasiniev define al conocimiento como: «El tipo de experiencia que incluye una representación vivida de un hecho fórmula o condición compleja, junto con una firme creencia en su verdad. La forma simple de conocimiento es la percatación o simple aprehensión; cuando a esto se añaden ideas de relaciones, de significado.»⁽¹²⁾

Según Afasiniev, conocimiento es:

“El proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce con el pensamiento humano y condicionado por las leyes del devenir social se halla indisolublemente unido a la actividad práctica”ⁱⁱ

Hoy en día está claro que el conocimiento es la reproducción de la realidad en el cerebro humano, que se manifiesta bajo la forma de pensamiento y que en última instancia es determinado por la actividad práctica. La actividad del conocimiento es una inmersión en la realidad con el propósito de reflejarla o modelarla para dominarla y adecuarla a las necesidades humanas, por eso es que el saber avanza de la ignorancia al conocimiento, de la superficie a la esencia de los fenómenos, del rango al conjunto, de lo particular a lo general, del hecho a la ley.

IV.1.1. El conocimiento

Descartes había propuesto la existencia de dos tipos de conocimiento: el conocimiento intuitivo y el conocimiento deductivo. Inspirado en el modelo del conocimiento matemático, a partir de la intuición de ideas claras indistintas (es decir, de las que no podemos dudar) se abre un proceso deductivo que nos puede llevar al conocimiento de todo cuanto es posible conocer. Pese a sus principios empiristas, Locke aceptará esta clasificación cartesiana, a la que añadirá, no obstante, una tercera forma de conocimiento sensible de la existencia individual.ⁱⁱⁱ

Locke distinguirá, pues, tres niveles o tipos de conocimiento: el conocimiento intuitivo, el conocimiento demostrativo y el conocimiento sensible. El conocimiento intuitivo se da cuando se percibe el acuerdo o desacuerdo de las ideas de modo inmediato, a partir de la consideración de tales ideas y sin ningún proceso mediador. («... a veces la mente percibe de un modo inmediato el acuerdo o desacuerdo de dos ideas por sí solas, sin intervención de ninguna otra; y a esto, creo, puede llamarse conocimiento intuitivo», Ensayo, IV, C.2). Lo que se percibe por intuición no está sometido a ningún género de duda y Locke considera que este tipo de conocimiento es el más claro y seguro que puede alcanzar la mente humana. Como ejemplo más claro de conocimiento intuitivo propone Locke que el conocimiento de la existencia, que no necesita de prueba alguna ni puede ser objeto de demostración, siguiendo claramente la posición cartesiana sobre el carácter intuitivo del conocimiento del «yo». ("Por lo que

toca a la propia existencia, se percibe tan llanamente y con tanta certidumbre, que ni requiere, ni es capaz de prueba alguna, porque nada puede ser más evidente que la propia existencia", Ensayo, IV, C.9). Es cierto que Locke no explica con demasiada amplitud las características de ese «yo», pero en todo caso no se está refiriendo al conocimiento de un alma inmortal, sino sólo a una existencia pensante.^{iv}

El conocimiento demostrativo es el que se obtiene al establecer el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas recurriendo a otras que sirven de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo en el que cada uno de sus pasos es asimilado a la intuición. El conocimiento demostrativo sería, pues, una serie continua de intuiciones (como lo es el conocimiento deductivo en Descartes) al final de la cual se estaría en condiciones de demostrar el acuerdo o desacuerdo entre las ideas en cuestión, y se correspondería con el modelo de conocimiento matemático. («En cada paso que da la razón cuando se trata del conocimiento demostrativo, hay un conocimiento intuitivo acerca del acuerdo o del desacuerdo que busca respecto a la próxima idea intermedia que usa como prueba», Ensayo, IV, C.2). Un conocimiento de este tipo es el que se tiene de la existencia de Dios dice Locke. Cualquier demostración ha de partir de alguna certeza intuitiva; en el caso de la demostración de la existencia de Dios Locke partirá del conocimiento intuitivo de la propia existencia, recurriendo a otras ideas intermedias, que proceden también de la intuición, que permiten demostrar la necesidad de tal existencia. Pero el ejemplo más claro de conocimiento demostrativo es, sin lugar a dudas, el conocimiento matemático, en el que se puede observar el progreso deductivo a partir de un pequeño número de principios que se consideraban, por aquel entonces, evidentes e indemostrables: los postulados o axiomas.^v

El conocimiento sensible es el conocimiento de las existencias individuales, y es el que se tiene del Sol y demás cosas, por ejemplo, cuando están presentes a la sensación. No deja de resultar sorprendente que Locke añada esta forma de conocimiento a las dos anteriores, a las que considera las dos únicas formas válidas de conocimiento («al margen de las cuales sólo es posible tener fe u opinión»). Más aún si se considera que el conocimiento ha de versar sobre ideas, como se ha dicho anteriormente. El conocimiento sensible, sin embargo, ofrece el conocimiento de cosas, de existencias individuales, que están más allá de las ideas.

¿Cómo es posible verificar el acuerdo o desacuerdo entre una idea (un contenido mental) y la existencia de lo que se supone que causa esa idea (algo extramental)? Siguiendo los principios empiristas de Locke resultaría imposible verificar tal acuerdo o desacuerdo, ya que se debería ir más allá de las ideas, de la experiencia. Locke se muestra convencido, no obstante, de que las ideas simples están causadas por cosas que actúan sobre la mente para crear tales ideas, por lo que han de poseer similitud o conformidad entre ambas. Y no es posible encontrar otro argumento como justificación de que se posee un conocimiento sensible sobre las cosas, sobre las existencias particulares.

El problema se agrava si se considera que las ideas complejas, pues en ese caso hay una clara elaboración mental de cuya concordancia con la existencia real «extramental» no se puede tener ni siquiera tal convencimiento, como ocurre en el caso de las sustancias particulares, de las que Locke ya había dicho que no se podía conocer su esencia real. No obstante, Locke considera que sí cabe un conocimiento de su esencia nominal, como se ha visto anteriormente, ya que la idea compleja de sustancia es un haz o agregado de ideas simples que tienen, cada una de ellas, un correlato sensible en la realidad extramental, volviendo así a la argumentación utilizada con las ideas simples y reencontrando la misma dificultad. En todo caso, a pesar de las dificultades, Locke se muestra convencido de la existencia real del mundo, de las cosas.

Las demás supuestas formas de «conocimiento» no pasarán de ser una mera probabilidad, («la probabilidad es la apariencia del acuerdo de las ideas, sobre pruebas falibles»), o serán englobadas en el ámbito de la fe, es decir, en lo que no es conocimiento. («La fe, en cambio, es el asentimiento que se otorga a cualquier proposición que no esté fundada en deducción racional», Ensayo, IV, C.18).

2.1.- Adolescencia.

De acuerdo a la definición de adolescencia establecida por la (OMS), este es definido como período de la vida durante el individuo hace adquisición de una capacitación de reproducir, de la niñez a la adultez se transfieren consolidando una independencia socioeconómica de sus patrones psicológicos, fijando el límite entre 10 y 20 años.¹⁰

¹⁰ Checa Susana, Género, Sexualidad y Derechos en la Adolescencia, primera ed, Buenos Aires, 2003.

Es dividida la adolescencia en tres etapas cada una con sus diferentes características y formas, que confrontan el embarazo:

1. Adolescencia temprana (entre los 10 años hasta 13 años): Con apego a la madre, los aislamientos y la depresión son ocasionados por la negación del embarazo, no teniendo lugar para su papa. El varón está ausente en sus planes.¹⁰

2. Adolescencia media (entre los 14 años hasta los 16 años): Una dramatización en todo el sentido, la experiencia que tenga, puede ser muy posesiva, que a su vez se experimenta como un instrumento de confirmación sobre la independencia de los padres. Su actitud es ambigua: de orgullo y de culpa. Tiene lugar seguro con el padre hacia el varón se considera como una esperanza en el futuro de importancia.¹⁰

3. Adolescencia tardía (entre 17 a los 19 años): Es adaptada al impacto de la realidad y afloran los sentimientos maternos. Con una gran búsqueda de afecto y compromiso para formar al hombre en parte y establecimiento de un compañero futuro.¹⁰

2.2. Características de la adolescencia.

El efecto de la aparición de la adolescencia varía de una persona a otra, de un grupo familiar a otro, de un país a otro y de una cultura a otra. A los adolescentes se les debe entender como el producto de su época, de la cultura donde viven, de su historia personal y del ambiente donde se gesta el proceso.¹¹

Desarrollo Psicosocial

Este se considera como el proceso que lleva a un niño sea dependiente y se cambie a un adulto propio. Aunque se considera que toda metas es igual en todo país o ciudad y cultura, dicho proceso es unilateral en cada sociedad y edad. Un ejemplo es que la cultura occidental actual, se considera larga y fastidiosa, proceso por el cual se considera tedioso.¹¹

Cualquiera que sea la cultura, la adolescencia está marcada por el logro de 3 tareas específicas: emancipación o sometimiento de la dependencia en los padres; formación de una identidad en los campos del auto concepto sexual, intelectual y moral; y un papel

¹¹ Botero-Urbe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

¹¹ Botero-Urbe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

funcional en determinar áreas como la vocacional, estilo de vida propio y formación de familia. Las adolescentes negocian estas tareas contra el trasfondo de su yo y del mundo exterior conformado por la familia, el colegio y el grupo de pares.¹¹

2.2.- Adolescencia Temprana

Las adolescentes tempranas están en la fase de crecimiento rápido y enfocan su atención de forma narcisista en sus cuerpos, tratando de integrar su rápido aumento en talla, su cambio en la forma y la creciente competencia física, elevación de sus sentimientos sexuales y una nueva sensación de poder dentro de su imagen corporal y espacio propioceptivo. Todavía hay mucha atadura a la familia y no crean muchos conflictos por el control. Al mismo tiempo están comenzando a explorar su pertenencia a los grupos de pares y su funcionamiento independiente en el mundo externo al hogar, pero sin retar la autoridad paterna. Las relaciones con las jóvenes de la misma edad y sexo se hacen muy importantes y permiten a estas jóvenes que están cambiando rápidamente la confianza de saber que otras personas están pasando por lo mismo al mismo tiempo sin considerarse extrañas. Estas relaciones con personas del mismo sexo también son de importancia para definir las dimensiones de popularidad y como un primer paso para descubrir qué se requiere para atraer y relacionarse positivamente con otros. Las consideraciones sobre el futuro vocacional tienden a estar limitadas a sueños de gloria y la identificación con otros modelos de adulto extraparentales, como adultos respetables, estrellas del espectáculo, héroes y heroínas literarias, personajes históricos y similares. Es un período en el que se está recogiendo información, se exploran elementos identificatorios de forma más profunda y se experimenta con cuáles son los comportamientos que funcionan para comenzar a finalizar un autoconcepto integrado y unificado adulto.¹¹

2.3.- Adolescencia Media

El adolescente medio es el que arquetípicamente se identifica con la adolescencia. Se ha completado un 90-95 por ciento del crecimiento físico y se está consolidando la nueva imagen corporal adulta. El pensamiento abstracto ha comenzado a emerger y la joven se empapa de fantasía, idealismo y una percepción de invencibilidad y omnipotencia. Los impulsos de emancipación alcanzan su pico. Para poder romper los lazos de dependencia de la infancia y hacerse funcionalmente autónomos, los

¹¹ Botero-Urbe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

adolescentes medios deben distanciarse globalmente del control, el dominio y la dependencia de los padres; la moderación no es una opción viable porque cualquier cosa que no sea la separación total amenaza con un retorno a un estado de dependencia más seguro pero inaceptable. Adicionalmente, los adolescentes deben comenzar a renunciar a los padres como su objeto primario de amor en preparación para una futura relación con una pareja. Las manifestaciones externas de la emancipación de las adolescentes varían grandemente. La transición puede ser fácil y tranquila para la mayoría o tempestuosa y complicada para otras (aproximadamente un 20 por ciento). Los ajustes emocionales durante la infancia y la funcionalidad familiar son críticos para esta etapa. El grado de confianza y respeto de los padres y el deseo que tengan de iniciar un proceso gradual de entrega de independencia y responsabilidades pero manteniendo unos límites definidos afecta notablemente la transición. Pero aun cuando todos los otros factores parecen predecir un pasaje tranquilo, el temperamento propio de la adolescente puede ser un factor significativo.¹¹

En la adolescencia media, el hogar pierde importancia y el grupo de pares asume un papel preponderante en la determinación de los estándares de apariencia y comportamiento; la conformidad es un prerrequisito para pertenecer al grupo y para el proceso de formación de la identidad. Se experimentan nuevos roles y relaciones para tratar de determinar qué es lo que realmente funciona y lo que se requiere para ganar aceptación y popularidad. El grupo de pares es la arena y el espejo en donde esta experimentación tiene lugar y es el principal árbitro y juez. De hecho, el principal indicador de comportamiento de un adolescente es el comportamiento de su grupo de pares. Si se quiere saber en qué anda una adolescente, averigüese qué está pasando con sus amigos.¹¹

El grupo de pares también sirve como el foro central para la exploración de nuevas experiencias de vida que surgen tanto por curiosidad como para probar los límites de las capacidades personales. Las recomendaciones previas de los padres sobre ciertos comportamientos y sus peligros pueden ser ignoradas porque hay presión por parte del grupo para hacer lo contrario, lo que lleva a comportamientos de riesgo, facilitado por la creencia de omnipotencia e invencibilidad propia de este grupo, sumado a una

inmadurez cognitiva que limita la capacidad de la adolescente para anticipar las consecuencias potenciales.¹¹

Aunque las amistades del mismo sexo siguen siendo importantes, las citas con jóvenes del sexo opuesto asumen ahora un lugar preeminente. Fisiológicamente, los niveles virtualmente adultos de hormonas sexuales desencadenan deseos reproductivos muy fuertes, especialmente entre los hombres. Psicológicamente, se le presta gran interés al concepto de la mujer ideal en una forma por lo demás superficial para determinar qué es lo que atrae al sexo opuesto. La apariencia física y la popularidad se consideran más importantes para una cita que el carácter del individuo y se le da muy poca importancia a la reciprocidad. Al mismo tiempo, la exploración y la experimentación con la intimidad física adquieren gran importancia y puede llevar a una relación coital.¹¹

A medida que la adolescencia media va llegando a su fin, las consideraciones sobre roles funcionales basadas en hechos reales se hacen importantes pero todavía permanecen en un segundo plano. Los sueños de gloria previos dan paso a lo que realmente puede ser posible y los intereses académicos comienzan a adquirir una nueva dimensión como el prerrequisito para lograr una carrera exitosa.¹¹

2.4.- Adolescencia Tardía

Las adolescentes tardías están maduras físicamente. Han completado la integración de los cambios puberales en su imagen corporal y están conformes con su función y características adultas. Se ha asegurado la emancipación y pueden reasumirse los lazos de integración con los padres pero ahora desde una perspectiva adulto-adulto. El grupo de pares pierde importancia aunque permanecen las amistades individuales. Los contactos con el sexo opuesto adquieren una nueva dimensión al evaluar las cualidades importantes para una relación duradera. La atracción previa de tipo narcisístico da paso a una exploración mutua de las verdaderas cualidades, de la armonía interpersonal.¹¹

El pensamiento abstracto está completamente desarrollado y entra a jugar un papel muy importante en el establecimiento de los planes vocacionales y los estilos de vida propios. Por primera vez las jóvenes deben tomar decisiones con consecuencia a largo plazo.¹¹

¹¹ Botero-Urbe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

2.5.- Cambios y aspectos en la adolescencia

La adolescencia inicia con las modificaciones corporales a las que se les ha denominado caracteres sexuales secundarios y que constituyen el periodo de la pubertad. Se tratan de modificaciones biológicas que a nivel físico definen las características de uno y otro sexo.¹²

Aspectos físicos.

Por lo general se presenta en las niñas año y medio antes que en los niños. El primer signo en las niñas es el crecimiento de las glándulas mamarias, en promedio esto pasa alrededor de los 11 años de edad. Al igual que en la mujer, en los hombres el cambio de estatura es muy fuerte al principio. La voz se modifica de aguda o infantil a grave, como la de los adultos. Aparece el crecimiento corporal que en las mujeres es más armónico que en los hombres.¹²

El muchacho puede experimentar poluciones nocturnas; los órganos genitales masculinos crecen y se pigmentan, al igual que en las muchachas; aparece en la mujer la primera menstruación que ocurre antes de la completa maduración de los órganos sexuales.¹²

Aspectos psicológicos de la adolescencia:

Los cambios físicos tienen como correlato cambios psicológicos que actualizan el lugar del adolescente en las relaciones consigo mismo, con los otros y con el mundo. La adolescencia es el proceso que lleva a la estructuración de una identidad adulta. La adolescencia es la lucha de ganar autonomía cuando todavía se depende de los padres.¹²

Aspectos sociales de la adolescencia.

La forma en que se vive la adolescencia varía de cultura a cultura. En la actualidad la principal característica social del adolescente es que este tiende a salir de la familia para satisfacer sus nuevas necesidades. Ese desligamiento de la familia lo lleva a buscar un sentido a su nuevo estatus social. De modo que la familia comienza a ser secundaria para el joven. Si la característica más importante del niño es adoptar los

¹² Dulanto Gutiérrez, E. El Adolescente. Primera ed. México, McGraw-Hill/Interamericana Ed, 2000. p. 91-100.

¹² Dulanto Gutiérrez, E. El Adolescente. Primera ed. México, McGraw-Hill/Interamericana Ed, 2000. p. 91-100.

¹² Dulanto Gutiérrez, E. El Adolescente. Primera ed. México, McGraw-Hill/Interamericana Ed, 2000. p. 91-100.

valores familiares, la del adolescente es conocer el mundo externo a su familia. Por tal motivo, los padres ya no son la principal influencia sino sus amigos u otros adultos.

La adolescencia es la etapa que abarca o se extiende que el ser humano es niño hasta que es adulto. Es prolongado al comenzar la madurez sexual abarcando el comienzo social de adultez independiente. Dada la vaguedad y la arbitrariedad del término, la OMS propone los 20 años como final de la adolescencia. Su comienzo coincide con la pubertad, caracterizadas por los cambios biológicos marcados por la maduración sexual.¹²

La pubertad empieza con la secreción de hormonas, responsable de las diferentes modificaciones físicas propias de la adolescencia. En las niñas su inicio se produce alrededor de los 11 años y en los niños a los 13. Se desarrollan los caracteres sexuales primarios (órganos reproductores) y secundarios (pechos y caderas más anchas en las mujeres, vello facial y voz más grave en los varones) y se produce la primera eyaculación y el primer periodo menstrual o menarquía. La secuencia de estos cambios físicos es mucho más previsible que el momento de su presentación, que puede variar individualmente o incluso geográficamente. Desde el punto de vista del desarrollo cognoscitivo, culmina en este periodo lo que se ha dado a llamarla operación formal según etapas. El desarrollo social del adolescente está marcado por la conciliación del sentido de identidad.¹²

Este trata de perfeccionar el sentido de si mismo probando experiencia que va integrado para formar una sola identidad, que se va definiendo tanto por la aceptación de los valores tradicionales como por la oposición a los mismos.⁹

2.6.- Aspectos psicológicos de la sexualidad

La sexualidad es continua ya que va desde el nacimiento hasta la muerte. En condiciones sanas acompaña al individuo por siempre, haciendo diferentes manifestaciones según la etapa evolutiva por la que se atraviese. A partir de la pubertad la libido comienza a sufrir un notorio incremento y en la mayoría de los casos se acompaña de alteraciones comportamentales, no sólo provenientes de los cambios

¹² Dulanto Gutiérrez, E. El Adolescente. Primera ed. México, McGraw-Hill/Interamericana Ed, 2000. p. 91-100.

⁹ Checa Susana, Género, Sexualidad y Derechos en la Adolescencia, primera ed, Buenos Aires, 2003.

físicos, sino de las profundas dificultades que sigue padeciendo nuestro medio a nivel de sexualidad y educación sexual.¹¹

Desde temprana edad los niños empiezan a recibir un bombardeo exagerado de mensajes sexuales. Los medios de comunicación, la publicidad, la moda, la música, el lenguaje popular, la invasión de la pornografía, todo lleva mensajes sexuales directos o indirectos que el niño va registrando. Desafortunadamente esto sucede en un medio con una escasa conciencia de que el proceso de educación sexual comienza con el nacimiento. Por lo general el tema de la sexualidad no se aborda directamente.¹¹

A los niños se les siguen inculcando mensajes de prohibición, asco y pecado. Los preadolescentes y adolescentes reciben como educación sexual básica (si es que lo hacen) aspectos relacionados con la biología del sexo, las enfermedades de transmisión sexual, los métodos anticonceptivos y abundantes mensajes de cuidado y temor.¹¹

Los adultos por lo general sí hablan de sexo, a través de informaciones básicas, chistes y pornografía, pero con gran dificultad se expresan sobre su propia sexualidad, aún con su pareja.

El machismo que continúa imperando con su doble código moral, impulsa a los varones a una sexualidad prematura, genitalizada, promiscua y desintegrada de afecto y comunicación. El muchacho de nuestro medio se siente fuertemente inclinado hacia la experiencia física del sexo, sin importarle que esto esté disociado de sentimientos de amor.¹¹

Las adolescentes en cambio, son obligadas a la abstinencia ciega (basadas en el temor a perder y ser abandonadas) y su atracción sexual suele expresarse en forma sentimental, con tendencia al romanticismo, la ternura y la comprensión, pero entra en conflicto con sus demandas físicas.¹¹

Al no tener acceso a ninguna edad a una información clara y veraz, la sexualidad en nuestro medio sigue regida por antiguos y dañinos mitos que la desvirtúan y deterioran. Muchos de estos mitos están relacionados con la masturbación. Se dice popularmente

¹¹ Botero-Urbe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

que es peligrosa, que elimina el interés por el sexo opuesto, que puede generar adicción, que altera las funciones intelectuales.¹¹

Desde muy temprano los niños disfrutan del contacto con sus genitales y en condiciones sanas este comportamiento los debe acompañar hasta la muerte. La masturbación hace parte del desarrollo normal de todo ser humano. Es generalmente su primera experiencia sexual. Ayuda al autoconocimiento (es absurdo pretender que sea la posible pareja la responsable de que una persona descubra su propia respuesta sexual).¹¹

Contribuye a mantener en equilibrio esta pulsión. La mayor parte de la población (niña, adolescente, soltera, viuda), no vive en pareja y es imposible pretender que se renuncie voluntariamente a las manifestaciones de la sexualidad. Además puede resultar nocivo, pues cuando las pulsiones no son satisfechas directamente, buscan salida indirecta.¹¹

La masturbación evita la promiscuidad, las enfermedades de contacto sexual y gran porcentaje de los embarazos adolescentes. Al igual que lo anterior, todas las facetas de la sexualidad humana están pobladas de mitos y tabúes, responsables de una cultura inundada de dificultades sexuales. Hombres y mujeres llenos de insatisfacciones y traumatismos que buscan ansiosamente salidas eficaces al problema.¹¹

La conciencia de padres y maestros de que esto debe cambiar está tratando de propiciar apertura y vemos cada vez más interés hacia el tema y mejor actitud, pero nos encontramos con una gran escasez de educadores sexuales. Existe una tendencia generalizada a que los problemas sexuales sean consultados con el ginecólogo, que por lo general posee una excelente formación médica, pero su entrenamiento a nivel de sexualidad es poco profundo. Esta área compete a profesionales de la salud mental, pero desafortunadamente su aceptación en nuestro medio, aunque es cada vez mayor, sigue siendo evitada o rechazada por un alto porcentaje de la población.¹¹

También en el aspecto sexual se encuentran factores altamente positivos. A pesar de las dificultades antes mencionadas, existen jóvenes con gran responsabilidad sexual, con la ventaja de poseer desde la infancia una información veraz y actual, que parte de

¹¹ Botero-Urbe, J. y cols. Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

voces conscientes de que tenemos que hacer algo para frenar en nuestro país la alta tasa de embarazos precoces, abortos y enfermedades de transmisión sexual. Esto se ha logrado incrementando poco a poco programas a nivel público y privado que incluyen la educación sexual en un plan integral de vida y desarrollo. Los jóvenes que han tenido la oportunidad de participar en ellos, han efectuado cambios positivos en su actitud y en su vida personal, superando los grandes obstáculos producidos por los mitos y los tabúes enunciados anteriormente.¹¹

2.7. -El Embarazo en la Adolescente

Cuando se ha impartido una correcta y sólida educación sexual no es de esperarse un embarazo en la adolescencia pues si tanto el hombre como la mujer comprendieron bien el concepto de formación como responsabilidad, tienen conocimiento de que el organismo femenino no ha llegado aún a la nubilidad pues se encuentra todavía en período de desarrollo y una gestación en esta época tiene un alto porcentaje de morbilidad materna.¹¹

Los embarazos en la adolescencia pueden clasificarse como gestaciones deseadas y no deseadas; tanto las unas como las otras necesitan cuidados especiales y por ello estas pacientes son agrupadas en la consulta de alto riesgo obstétrico en donde es aconsejable la intervención del psiquiatra.¹¹

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.¹⁰

La OMS considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo.¹⁰

¹¹ Botero-Urbe, J. y cols. *Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado*. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.

¹⁰ Checa Susana, *Género, Sexualidad y Derechos en la Adolescencia*, primera ed, Buenos Aires, 2003.

La etiología se basa directamente en el nivel socioeconómico bajo, problemas familiares e inestabilidad, los grupos pares para iniciar las relaciones sexuales. También racionándose con modelos reproductivos que suelen hacer repetición de los mismo, tempranas. El embarazo en la adolescencia ha impactado psicosocialmente y se traduce en deserción escolar, más hijos, desempleos, un fracaso con parejas. Constituye una perpetuación mediante un ciclo de pobreza y “feminización de la miseria”. Las adolescentes y su embarazo un serio problema en la sociedad. Los médicos consideran esta situación de riesgo. Acarreando muchos problemas ocurren debido a que las adolescentes perciben un rechazo en su medio ambiente y a inmadurez biopsicosocial, lo cual constituye un problema de salud pública muy grave en el mundo con una mayor incidencia en Latinoamérica.¹⁴

La adolescente que queda embarazada tiende a comportarse de la manera correspondiente de acuerdo al periodo por el cual está transcurriendo en su vida. Sin la debida maduración de etapas posteriores por el simple y sencillo hecho de encontrarse en estado de embarazo.¹⁴ De una manera más generalizada a nivel global, es descrita una mayor morbilidad de la gestación en adolescentes, descritos en las literaturas:

- Infecciones urinarias
- Anemia
- Aborto
- Bacteriuria asintomática en el embarazo
- Hipertensión en el embarazo
- Preeclampsia – Eclampsia
- Ganancia de peso pobre
- Malnutrición
- Asociación de hemorragias (afecciones placentarias)
- Ruptura de membrana
- Parto a temprana edad
- Cesárea
- Desproporción cefalopélvica¹⁴

¹⁴ Ulanowicz, M., Parra, K.; Wendler, G., *Riesgos en el Embarazo Adolescente*.

Ha sido descrito un mecanismo similar que daría diversas explicaciones a las afecciones inherentes al embarazo, donde se muestran una mayor frecuencia de las mismas en la adolescente embarazada. Esta consiste en una falla relacionada con los mecanismos fisiológicos de circulación los cuales, durante embarazo, se adaptan: El Síndrome de adaptación circulatoria y no adecuada, en las que las manifestaciones clínicas a veces presentan o forman de manera separada y asociadas. Las enfermedades de transmisión sexual poseen una alta tasa, ya que ocasiona enfermedades como: vaginitis bacteriana, HPV entre otras enfermedades. Infecciones bacteriana una alta incidencia de parto prematuro, adicionado a ésta, otras entidades que son citadas como las responsables de tales, así como el propio desarrollo puberal, y elevando los procesos infecciosos a niveles como cervicovaginal que podrían ser ocasionados de una u otra manera, a través de la rotura prematura de membrana o parto pretérmino.¹⁴

También existe alta incidencia elevada de anemia microcítica hipocrómica, que podría ser multifactorial, donde sobresalen hábitos nutricionales deficientes, no acudir a su control prenatal y la misma adolescencia. Es decir, una enfermedad frecuente en los países en vías de desarrollo.¹⁴

Durante el puerperio, la morbilidad suele estar ligada a la vía en que se presenta el nacimiento. Las complicaciones que más frecuentes a presentarse son: un desarrollo incompleto de las pacientes o el desgarro del canal del parto por el uso de los instrumentos como fórceps.¹⁴

Esta es asociada a la corioamnionitis, y a la membrana hialina en los recién nacidos por prematuridad e infección e incremento del índice de cesárea. Los riesgos en la sociedad de un embarazo de una adolescente pueden convertirse en aumento de la deserción escolar y una baja escolaridad, incremento de la tasa de desempleo, menos ingresos económicos durante toda la vida, en fin pobreza extrema. Aumenta el riesgo de separación, los divorcios y el abandono. Mayor posibilidad de tener más hijos. Es más frecuente que la madre adolescente deje la escuela y que su capacidad mental se reduzca, y que a todo esto sufra de tener un alto riesgo de abuso físico y ser víctima de negligencia en los cuidados de salud, sufrir de desnutrición y retardo tanto físico y como emocional. No existen diferencias significativas entre el recién nacido que nace de una

¹⁴ Ulanowicz, M., Parra, K.; Wendler, G., *Riesgos en el Embarazo Adolescente*.

madre adolescente con relación a mujeres de edad adulta, aunque podría existir diferencias entre las adolescentes menores de 15 años.¹⁴

Se citan las siguientes:

- Neonatología internada: no existen diferencia en las edades.
- Malformaciones: la mayoría suele emplearse en los hijos de edad joven, siendo aquellos donde se produce el cierre de tubo neural como uno de los defectos más frecuentes, y con un número.
- Mortalidad perinatal: Elevado índice en adolescentes, y decrece mientras aumenta la edad.
- Recién nacido de bajo peso debido al nacimiento pretérmino o por la causa de ser demasiado pequeño en esa edad.

Son más frecuentes las afecciones en mujeres menores de 20 años, (materna y perinatales) sobre todo en los grupos de edades más cercanos a la menarquía.¹⁴

La menarquía se describe como un suceso que normalmente ha de ocurrir entre los ocho (8) y trece (13) años de la adolescencia, dando inicio a la menstruación, evento decisivo para el cambio de etapa, la maduración emocional y sobre todo sexual. Una edad menor de la menarquía constituye un factor que puede determinar la aparición riesgos, lo cual podría provocar inicio temprano de la actividad sexual. Sin embargo, la madurez psicosocial, suele moverse a edades avanzadas debido proceso largo de la preparación que es requerido por la adolescente para convertirse autovalente.¹⁴

La población de dieciséis (16) años o menores, que llegan a embarazarse tienen un riesgo mucho más alto para las mismas y sus productos, si son comparadas con adolescentes mayores.

Las adolescentes que se llegan a embarazar en un periodo 5 años o menos entre la menarquía y el parto son consideradas con factor de riesgo para la presentación de resultados perinatales no favorables. En el periodo de 10 y 14 años existen porcentajes que son de mayor elevación según el peso que tenga al nacer, teniendo como

¹⁴ Ulanowicz, M., Parra, K.; Wendler, G., *Riesgos en el Embarazo Adolescente*.

hipertensión, depresión al nacer, morbimortalidad materna perinatal elevada, y mayor aumento de cesáreas. Como existe poco desarrollo del eje hipófisis gonadal de la gónada durante éste lapso de tiempo (previo a los 5 años después de la menarquía), se necesita que el parto sea desencadenado de manera artificial, si este no ha ocurrido espontáneamente.¹⁴

La mortalidad y morbilidad en las adolescentes en estado América Latina, podría ser parecido al grupo de mujeres adultas si le es entregado una atención adecuada prenatal y durante el parto.¹⁴

La toma de decisiones no existe para el padre adolescente en el evento reproductivo, la falta de compromiso e incluso sucede rechazo por parte familia del padre adolescente. Casi siempre este abandona sus estudios, tiene ingresos mucho menor del nivel de sus pares, y existe una más alta tasa de divorcios, aumento el estrés y aumento de trastornos emocionales por reacciones negativas a todo el ambiente que lo circunda.¹⁴

2.7.1.- Factores que favorecen el embarazo en la adolescencia

Factores ambientales

Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. Por ello se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica.¹⁹

Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en nuestro país, pero que constituye una dramática realidad en otras latitudes.

En Brasil, por ejemplo, de las jóvenes adolescentes embarazadas que se acogieron a un Programa Comunitario de control, un 46 por ciento de ellas habían abandonado la escuela bastante tiempo antes del embarazo. Otra de las cuestiones que se ha relacionado, de manera casi constante, con el inicio de la relaciones sexuales ha sido el ámbito o medio de hábitat de los jóvenes, habiéndose postulado que en el medio

¹⁴ Ulanowicz, M., Parra, K.; Wendler, G., *Riesgos en el Embarazo Adolescente*.

rural se inicia antes la actividad coital que en el medio urbano y, como consecuencia, se observan tasas más elevadas de embarazo adolescente.¹⁹

Suele ocurrir, con cierta frecuencia, que los adolescentes tienen sus primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol y, además, un porcentaje estimable de ellos (15%) lo hace después de tomar otro tipo de droga. La utilización de cualquier tipo de droga es mala consejera para realizar ejercicios de previsión y responsabilidad y hay estudios que han demostrado que hasta un 17 por ciento de los adolescentes utiliza menos el preservativo después de beber.

Dentro de los factores ambientales que pueden influir en la baja tasa de utilización de anticoncepción no es desdeñable ese 31 por ciento de jóvenes adolescentes que, en algunas sociedades, se embarazan premeditadamente como resultado de una fantasía, de un comportamiento cultural o, lo que es más grave, como una huida hacia delante de una situación familiar y económica calamitosa.²⁰

No utilización de anticoncepción

Habida cuenta de que cuanto más joven es la mujer menos relaciones sin protección necesita para quedarse embarazada, es fácil concluir que la no utilización de método anticonceptivo alguno supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente. Para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.¹⁹

Falta de previsión

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso. Así como la menarquia y el inicio de las relaciones sexuales se han adelantado, no parece ocurrir lo mismo con la madurez psicológica de los jóvenes, muchas veces poco conscientes del riesgo que asumen.

¹⁹ Florenzano R. Consumo de drogas. [Sitio en Internet]. Disponible en: [http:// escuela .med.puc .cl/ paginas /OPS/Curso/Lecciones/Lección 14/M3L14 Leccion.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Lección%2014/M3L14%20Leccion.html). Acceso: 15 abril 2008.

De hecho, el 30-35 por ciento de las primeras relaciones coitales se realizan sin protección anticonceptiva. En otras ocasiones la no utilización de método anticonceptivo no obedece a falta de previsión sino, más bien, a la asunción de comportamientos de riesgo, propios de esta edad. En algunas sociedades industrializadas las jóvenes que resultan embarazadas tienen una probabilidad mayor de haber consumido drogas, realizar actos delictivos.¹⁹

La falta de previsión ante las primeras relaciones sexuales está más ligada con la percepción, que los jóvenes tienen sobre su propia sexualidad, y así aquellas jóvenes que se consideran a sí mismas incapaces de ser sexualmente activas tienen mayor riesgo de embarazo que las que asumen esta posibilidad y, por ello, toman precauciones.

Falta de educación sexual

La falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación, etc. Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo dejación de su derecho y su deber de educar a sus hijos.

De hecho, el 51 por ciento de las jóvenes obtiene información sobre los métodos anticonceptivos de los medios de comunicación, el 49 por ciento lo hace de sus amigas, mientras que el 15 por ciento se entera a través de sus padres y, únicamente, un 3 por ciento lo hace de los médicos o agentes sanitarios.²⁰

Se ha de señalar que el sistema educativo no figura entre las fuentes de información de nuestras jóvenes, hecho que debería de hacer reflexionar, profundamente, a las autoridades responsables.

Difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos

En todos los ámbitos geográficos y en todas las sociedades, desarrolladas o no, los resultados demuestran que las leyes restrictivas sobre la accesibilidad a los anticonceptivos se asocian a un riesgo elevado de gestación adolescente.²⁰

La principal dificultad que señalan los adolescentes para acercarse a un Centro de Orientación Familiar (COF) estriba en que desconocen el tipo de lugar y el tipo de personas con que se van a encontrar. Así, hasta un 42 por ciento de 269 jóvenes embarazadas que contestaron a una encuesta, refirieron no haber acudido a un Centro de Orientación Familiar, previamente a su gestación, por temor a que sus datos no fuesen confidenciales. Otras de las razones aducidas por las jóvenes para no acudir a un COF son que tenían miedo a la exploración ginecológica (13%), tenían relaciones sexuales esporádicas y creían no necesitar anticoncepción (12%) e incluso un 7 por ciento consideraba que los Centro de Orientación Familiar no eran para jóvenes.²⁰

2.7.2.- Consecuencias del embarazo en la adolescencia

Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía para la chica sólo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo, hoy sabemos que, desde el momento en que sabe que se ha quedado embarazada, y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias, no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas educativas y laborales. Los efectos de muchas de ellas pueden extenderse, incluso, hasta muchos años después del embarazo.²¹

Consecuencias iniciales (Ante la confirmación del embarazo).

Conocer que está embarazada sin quererlo, supone un fuerte impacto psicológico para la chica. En general el miedo, el estrés y la ansiedad son las reacciones iniciales. Son múltiples las dudas que se le plantean: ¿Qué puede hacer? ¿Cómo reaccionará su pareja? ¿Cómo se lo va a decir a sus padres y cómo lo tomarán? ¿Qué va a ocurrir con su vida.? A este respecto, hay que tener en cuenta que lo más habitual es que la chica

²⁰ Victoria C. Características sociofamiliares de adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. 267-271.

no disponga de estrategias adecuadas de afrontamiento y resolución de este tipo de problemas.²¹

Consecuencias a corto y mediano plazo:

Aunque la mayoría de los estudios se han centrado en las consecuencias asociadas a la decisión de tener el hijo, sobre generalizándolas a veces como consecuencias del embarazo, en este trabajo trataremos también las consecuencias asociadas a la decisión de abortar.²¹

Consecuencias asociadas a la decisión de tener el hijo:

Si decide quedarse con el hijo, puede estar expuesta a diversas consecuencias orgánicas, psicológicas, sociales, económicas y educativas. Además, tiene grandes posibilidades de quedarse, en un corto período de tiempo, nuevamente embarazada.

Consecuencias orgánicas

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables 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 hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.²¹

Durante el parto y el postparto son también muy importantes. La tasa de mortalidad es también más elevada. Por encima de esta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social. Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener estas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado, entre otras cosas, por el hecho de que aproximadamente el 80 por ciento de estos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos, y por los malos hábitos de salud que suelen tener estas madres. Respecto a los factores de tipo social, el fundamental sería el bajo estatus socioeconómico y sociocultural que suelen tener estas chicas.²²

²¹ Gascón JA. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes de Córdoba. 355-360. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=738351>

²² Núñez RM. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. 592-602.

Consecuencias psicológicas

La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello. Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro.²²

Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un síndrome del fracaso, ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

Esta situación tal vez explique la baja eficacia personal percibida en estas madres y la mayor incidencia de baja autoestima, estrés, depresión, e incluso, de suicidios, todos ellos problemas muchos más frecuentes entre las 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. O puede, incluso, que no sean ninguna de las dos cosas y que exista alguna otra tercera variable a la que se deban estas asociaciones.²²

Consecuencias educativas, socio-económicas y relacionales

Estos embarazos, acarrearán gran cantidad de problemas escolares, dificultan la inserción en el mundo laboral e interfieren notablemente con la posibilidad de conseguir unos ingresos suficientes. Por otro lado, las relaciones sociales de la chica también pueden verse afectadas.

a) Consecuencias educativas

En las madres adolescentes las posibilidades de llegar a conseguir una buena formación se ven claramente disminuidas, ya que son mucho más frecuentes los problemas escolares y el abandono de los estudios.

El menor rendimiento académico y las mayores probabilidades de abandono escolar interfieren seriamente en el proceso de formación. Todo ello puede acarrear importantes consecuencias sociales y económicas.

b) Consecuencias socio-económicas:

En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social.²³

c) Consecuencias socio-relacionales

Ser madre puede ocasionar a la chica importantes problemas de rechazo social. La adolescente puede ser rechazada, además de por su pareja, por algunos de sus amigos, vecinos o familiares. En casos extremos puede llegar a ser rechazada incluso por sus propios padres. Este rechazo le priva de una parte muy importante de sus fuentes de apoyo social en ocasiones, también económico, precisamente en el momento en que más las necesita. Por otro lado, esto hace más difícil que la chica se implique en una relación de pareja estable.²³

Repetición del embarazo:

Las consecuencias de los embarazos no deseados vistas hasta aquí, ya de por sí suficientemente graves, se agravan aún más cuando el embarazo no deseado se repite, situación, por otro lado, bastante frecuente. Sus consecuencias parecen ser mucho más graves que las de los primeros.

El riesgo de mortalidad perinatal es mayor, y los problemas sociales relacionados con el éxito académico, el bienestar económico, la estabilidad marital y la dependencia de los servicios sociales tienden a intensificarse.

Consecuencias asociadas a la decisión de aborta.²³

²³ Romero M. Embarazo en la adolescencia. Disponible en [http:// sexualidad y embarazo /html](http://sexualidad y embarazo /html). Abril 2008.

Aunque la mayoría de los estudios se centran en las consecuencias asociadas a la decisión de tener el hijo, no podemos dejar de revisar las que acompañan al aborto, sobre todo si tenemos en cuenta que, entre la cuarta parte y la mitad de estos embarazos terminan de ese modo.

Dado que los abortos durante la adolescencia suelen ser tardíos, clandestinos, y vividos en soledad, no nos han de extrañar consecuencias orgánicas como perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones e incluso la propia muerte. Además, se han encontrado efectos a largo plazo sobre la fertilidad futura.

A nivel psicológico, hay que hacer notar que muchas veces la decisión de abortar se toma bajo presión o para evitar el rechazo social, sin que exista un verdadero convencimiento, por lo que son frecuentes los sentimientos de tristeza, de pérdida y de culpabilidad y, en ocasiones, el arrepentirse de haber abortado. Desde el punto de vista social, puede darse rechazo hacia la chica en el caso de que el hecho llegue a ser conocido, e incluso problemas legales en países donde el aborto está total o parcialmente prohibido por la ley.²⁴

Consecuencias a largo plazo:

Según ciertas investigaciones, los factores que modulan las consecuencias a largo plazo de un embarazo no deseado son: (1) la seguridad económica y el nivel de educación de los padres de la chica; (2) el nivel educativo y las aspiraciones de la joven madre; y (3) el grado en el que la chica está dispuesta a controlar rápidamente la fertilidad subsiguiente. Los datos presentados parecen indicar que si bien las consecuencias de un embarazo son muy importantes a corto y medio plazo, tienden a atenuarse (pero no a desaparecer) a los 10 ó 15 años. No obstante, el grado en que esto ocurra dependerá de diversos factores.²⁴

2.8. Diagnóstico del embarazo en la adolescencia

Habitualmente el embarazo adolescente se suele realizar con retraso y ello parece obedecer a dos causas fundamentales.²⁵

²⁴ Alcázar. J. Factores que predisponen o que reducen los embarazos de adolescentes. Congreso sobre Sexualidad y Adolescencia <http://www.agea.org.es/content/view/190/41/>

1. Entre las propias jóvenes, un gran porcentaje de ellas no busca apoyo después de su primera falta menstrual, se niega a admitir la posibilidad de un embarazo por lo que retrasan, de forma significativa, el diagnóstico de su gestación. Esta actitud suele hacer imposible la realización de una investigación (IVE) dentro de los plazos legales o bien, en el caso de continuar con el embarazo, retrasa el comienzo de la atención prenatal. Suele ser habitual que el diagnóstico se realice por encima de la semana 20 de gestación.

2. Entre los padres existe, con demasiada frecuencia, un curioso fenómeno que podríamos denominar complicidad de los padres que hace que, del riguroso control de la hija adolescente se pase a una actitud de ceguera incomprensible ante la sospecha de una gestación.

2.8.1. Atención prenatal

La práctica obstétrica nos ha enseñado que los resultados perinatales están íntimamente ligados al adecuado control prenatal y del parto y numerosos estudios epidemiológicos han demostrado que una gran parte de la morbi-mortalidad perinatal incide en aquellos grupos de población que presentan una situación patológica o prepatológica que se define como de riesgo.²⁶

La detección precoz de estas situaciones de riesgo es posible si se realiza un control prenatal protocolizado y con unas exploraciones complementarias definidas a todas las embarazadas. Las gestantes adolescentes inician el control del embarazo más tarde que las embarazadas adultas, y el inicio es más tardío cuanto más joven sea la mujer. Habitualmente la primera visita prenatal se retrasa hasta el 4º mes de gestación y se suele producir un decalage de 4 semanas desde el diagnóstico del embarazo hasta esta primera consulta.²⁵

El retraso en realizar el primer control condiciona el resto de los mismos y así, en las jóvenes embarazadas, el número total de visitas prenatales es inferior al número de controles de las gestantes mayores de 20 años.²⁶

²⁵ Mejías R. Embarazo en la adolescencia, un problema de hoy. Disponible en: [http://www. salud y medicinas .com.mx/ nota .asp?id=1823](http://www.salud y medicinas .com.mx/ nota .asp?id=1823)

²⁶ Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 2004; 113:320-327.

En estudios realizados sobre gestantes adolescentes se ha concluido que el factor más importante que incide sobre el resultado perinatal no es la edad de la paciente, sino el control de la gestación, siendo éste el factor que reduce sensiblemente las complicaciones de este grupo de gestantes, obteniéndose los resultados mejores en los embarazos controlados en tres o más ocasiones.²⁷

Los diferentes trabajos que hemos revisado sobre el control prenatal en las jóvenes adolescentes no llegan a las mismas conclusiones y mientras que para algunos autores el control resulta inadecuado, para otros es aceptable. Las diferencias estriban en el medio socio-cultural en el que se han realizado los estudios.

En lo que si hay coincidencia es en que además del retraso en el inicio del control prenatal se da el fenómeno de que los controles posteriores no son seguidos con la periodicidad aconsejada, habiéndose identificado como factores causales de esta negligencia la actitud negativa de las jóvenes respecto a los médicos y la falta de percepción de la importancia de los cuidados prenatales.²⁷

Estos dos factores hacen que alrededor del 40 por ciento de las jóvenes embarazadas consulten, por vez primera, en el segundo trimestre de la gestación. Además de un número menor de controles prenatales se da otra circunstancia, en el embarazo adolescente, que puede condicionar los resultados perinatales. Parece ser que las jóvenes consumen más sustancias tóxicas y realizan más abusos dietéticos, durante su embarazo, que las madres de mayor edad. Las jóvenes embarazadas fuman más que las adultas considerándose que la tasa de fumadoras alcanza el 40 por ciento mientras que alrededor del 20 por ciento beben alcohol y el 5 por ciento consumen marihuana u otras drogas no legales.²⁸

2.9.- Medidas preventivas de embarazos en la adolescencia

Prevenición primaria

Es el conjunto de medidas que tienden a evitar que llegue a producirse un fenómeno no deseable. En este nivel hay que evitar el embarazo. Puede intentarse

²⁷ Cunningham FG, *William Obstetricia*. 636-646.

²⁸ Ortigoza E. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. 28-35.

poniendo en acción medidas de orden general, educativas o sociales, dirigidas a todos los jóvenes; puede intentarse también una acción mucho más amplia, a nivel comunitario, para modificar ciertos comportamientos sociales que fomentan la actividad sexual y los embarazos de las jóvenes.²⁹

También se debe dirigir la acción hacia los que tienen la responsabilidad educativa (familia, maestros). Entre las medidas generales es necesario trabajar sobre la educación de la responsabilidad sexual y el poner a disposición de los jóvenes medios de control de fertilidad. La puesta en práctica de medidas particulares, destinadas a ciertos grupos de adolescentes más concretamente expuestos al riesgo de la concepción y de embarazo, supone que se detecten los sujetos o grupos de alto riesgo. Este esfuerzo puede ser concebido de forma distinta según el grupo. A parte de estas estrategias es necesario un cambio de mentalidad con respecto a los jóvenes dándoles a estos las responsabilidades sociales que les permite su desarrollo biológico.²⁸

Prevención secundaria

Acciones encaminadas a limitar la gravedad del problema que ya se ha iniciado. Este supone cuando el embarazo ya se ha iniciado la continuación del embarazo hasta su término. Se debe asegurar una evolución satisfactoria del embarazo para el equilibrio psíquico de la madre; preparar el nacimiento; aportar una ayuda a las familias de los jóvenes padres, al mismo joven padre si se conoce y está decidido asumir su paternidad.⁷

Prevención terciaria

Consiste en el conjunto de medidas que cuando el fenómeno ya se ha producido, tiene por finalidad limitar sus consecuencias a largo plazo así como las secuelas y reincidencias.¹⁰

En este aspecto implica medidas adoptadas para asegurar el futuro del niño y de sus padres y evitar el advenimiento de nuevos embarazos no deseados.³⁰

En el nivel de prevención primaria son sumamente importante medidas educativas a nivel sexual, como ya se mencionó, para lo cual es necesario tener en cuenta que los profesionales encargados de esta formación cumplan con las siguientes características:³⁰

¹⁰ Serra F. Riesgo reproductivo del adolescente en corrientes. 24-25.

- Un profesional bien informado, orientador, que le brinde confianza.
- Un profesional que tenga resueltos y sepa manejar sus propios conflictos sexuales, éticos, religiosos o morales, para que no interfieran en la orientación del adolescente.
 - Que tenga un enfoque integrativo (cuerpo-espíritu-mente-sociedad) en lo que se refiere a sexualidad.
 - Que respete los principios básicos de educación dirigida a los adolescentes: con acción participativa del propio joven, con enfoque individual, familiar e institucional; que haga énfasis en cambio de actitudes y comportamiento.
 - Que respete los principios de confidencialidad, consentimiento, pudor y dignidad del paciente.
 - Un profesional que estimule la reflexión y promueva comportamientos más elevados en el orden moral.

Prevención primaria:

- Acciones orientadas para evitar el embarazo en las adolescentes.
- Dar informaciones correspondientes acerca de la fisiología reproductiva, de forma continua y gradual en todos los niveles y no solo destinada al ámbito escolar.
- Uso adecuado y efusivo de los medios de comunicación.
- explicar los problemas secundarios que se pueden acarrear por no esperar el momento adecuado de la pubertad y la adolescencia.
- Fomentar la comunicación de padres responsables los jóvenes que suelen estar comúnmente en un lugar que tiene efectividad como foro de discusión.
- Entrenar a las personas que tienen contacto continuo con adolescentes para la atención de los mismos o que se encuentren en una situación de alto riesgo.
- Capacitar, a todo el personal.¹⁴

Prevención secundaria:

- Medidas que se deben de tomar cuando la adolescente se encuentra en estado de embarazo.
- Dar asistencia durante el embarazo, el parto y al recién nacido en los debidos programas de atención para adolescentes, por un personal motivado y con la capacidad y entrenamiento suficiente para atención de éste tipo.

¹⁴ Ulanowicz, M., Parra, K.; Wendler, G., *Riesgos en el Embarazo Adolescente*.

- Asistir al padre de la criatura, iniciándolo en la participación y dándole ayuda para que pueda asumir su responsabilidad.
- Informar y apoyar psicológicamente a la joven, en el evento de que decida dar a su hijo para que sea adoptado

Prevención terciaria:

- Vigilar el vínculo padre– hijo, madre – hijo.
- Facilitar que tanto la madre y como el padre puedan reinsertarse laboralmente.
- Dar seguimiento médico del padre adolescente, sea cual sea la situación en la que se encuentre frente a su compañera y a la criatura.
- Asesorar de manera adecuada a los dos para que regulen y tengan conciencia de las relaciones sexuales, evitando los embarazos con intervalo cortos entre cada uno.
- Crear hogares pequeños maternales para jóvenes sin apoyo familiar, incluso alojarlos para que se capaciten enfrentado alguna situación de la soltería de su madre y pudiendo dar alguna prevención al embarazo que no se deseaba en dicho momento.¹⁴

2.9.- Anomalías de la Duración del Embarazo

Se considera anomalía de la duración del embarazo cuando el parto se produce fuera del límite considerado fisiológicamente para la duración de la gestación (37 a 41 semanas completas). Se denomina aborto a la interrupción del embarazo ante de las 20° semana. Parto inmaduro es el que sobrevive entre la 20° y 27° semanas; parto prematuro el que tiene lugar entre la 28° y 36° semanas, y embarazo prolongado el que presenta una duración de 42 semanas o más.¹³

II.3.9 Complicaciones

Taquisistolia

La taquisistolia se define como seis o más contracciones en diez minutos durante dos períodos consecutivos de diez minutos y la hiperestimulación como la presencia de taquisistolia acompañada de alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal, como bradicardia y desaceleraciones variables severas.¹¹

¹⁴ Ulanowicz, M., Parra, K.; Wendler, G., *Riesgos en el Embarazo Adolescente*.

¹¹ Borré Arrieta Orlando, Rodríguez Yances Benjamín, Angarita Peñaranda William, Chamat Barrios Antonio, Gómez Rhenals Édgar. Inducción electiva ambulatoria del trabajo de parto con misoprostol en pacientes de bajo riesgo: estudio clínico controlado. Rev Colomb Obstet Ginecol

Endometritis

Es conocida también con el nombre de endometritis. La enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) es una infección de los órganos encargados de la reproducción (las trompas de Falopio, el útero y los ovarios). Las causas más frecuentes son las enfermedades de transmisión sexual o ETS.¹²

Causas

La mayoría de los casos de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) son causados por bacterias que se movilizan desde la vagina o el cuello uterino hasta el útero, las trompas de Falopio, los ovarios o la pelvis. La causa más común de EIP es el contacto sexual sin usar un condón u otra protección (ETS) Esto se denomina enfermedades de transmisión sexual. La clamidia y la gonorrea son las dos bacterias responsables más frecuentes. Las bacterias también pueden penetrar en el organismo durante algunos procedimientos quirúrgicos o realizados en el consultorio médico como: Un parto, biopsia de endometrio, La colocación de un dispositivo intrauterino (DIU), aborto espontáneo, aborto terapéutico o inducido con la intención de interrumpir un embarazo.

Factores de riesgo

Cualquier mujer puede contraer una EIP. Las mujeres que tienen relaciones sexuales con muchas personas. Las mujeres que realizan prácticas sexuales no seguras son las que corren el mayor riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual, que a su vez puede causar una EIP.

Diagnóstico

Es importante acudir a una visita con el ginecólogo cuando se tienen estos síntomas. Si no se acude rápidamente la infección puede progresar y extenderse hacia arriba (útero, trompas, ovarios) causando más problemas y más dolor. El diagnóstico se realiza por los síntomas, un examen pélvico ginecológico y unos análisis de sangre.

En ocasiones es necesaria una laparoscopia para examinar los órganos reproductores.

¹² Truven Health Analytics Inc. Information is for End User's use only and may not be sold, redistributed or otherwise used for commercial purposes. All illustrations and images included in CareNotes® are the copyrighted property of A.D.A.M., Inc. or Truven Health Analytics. [Internet]. 2004 June [cited 2016 May 24]; 55(2): 107-113. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342004000200002&lng=en

Tratamiento

Dependiendo de la gravedad el tratamiento puede realizarse en ambulatorio o con la paciente ingresada. En la paciente ingresada se administran antibióticos por vía intravenosa (IV) y oral hasta que los síntomas mejoren

Después del alta del hospital, hay que tomar antibióticos por vía oral durante 2 semanas más. En el tratamiento ambulatorio los antibióticos se toman por vía oral. Al cabo de unos días la paciente debe acudir a consulta nuevamente para valorar la eficacia del tratamiento. Si no existe una mejoría la paciente quedará ingresada para seguir el tratamiento por vía intravenosa.

Atonia uterina

Cuando la madre acaba de dar a luz habiendo expulsado al bebé y a la placenta, se desencadena un mecanismo de suma importancia, se trata de una potente contracción uterina cuya función es la de cerrar los vasos sanguíneos (vasos uterinos) del útero. Gracias a esta contracción el sangrado es mínimo en la recién estrenada mamá. Cuando este mecanismo no se produce se origina la atonía uterina o inercia y el resultado es una importante hemorragia. La atonía uterina puede también ser originada por retención de un resto placentario o una infección. Por lo general, las contracciones del miometrio comprimen los vasos sanguíneos desgarrados durante el parto, reduciendo el flujo sanguíneo en la pared uterina. Por lo tanto, una carencia de contracciones uterinas posparto pueden causar una hemorragia obstétrica.

Clínicamente, entre 75-80% de las hemorragias posparto son causadas por atonía uterina.¹³

Etiología

- Sobredistensión uterina por embarazo múltiple, polihidramnios o macrosomía fetal
- Cansancio uterino por un parto prolongado o distocia
- Multiparidad, especialmente solo un parto
- Parto no precipitado, especialmente si dura menos de 3 horas
- Tratamiento de la preeclampsia con sulfato de magnesio
- Corioamnionitis

¹³ sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Gráficas Marte, S.L. p. 737. ISBN 978-84-690-5397-3

-Uso de anestésicos halogenados

-Miomias

Diagnóstico

La pérdida normal de sangre durante el parto es de alrededor de 500 mililitros (medio litro). Cualquier sangramiento mayor de esa cantidad en el posparto inmediato es considerado como una hemorragia. En otro momento del puerperio no debe ocurrir ninguna pérdida sanguínea. Por tanto, si estas pérdidas se producen, la mujer debe ser llevada al médico de urgencia.

Complicaciones

La principal complicación que puede desencadenar la atonía uterina es la hemorragia severa, que se traduce en pérdida del conocimiento por choque hipovolémico (pérdida importante de sangre), paro cardíaco o respiratorio, y alto riesgo de muerte.

Tratamiento

Estará en dependencia de la causa y evolución de la hemorragia. Porque, por ejemplo, si en el curso de una atonía uterina son utilizados los oxitócicos, medicamentos que producen la contracción del útero, y esta situación no es resuelta, será necesario apelar a la cirugía. Masaje uterino bimanual: La primera maniobra a realizar ante una atonía uterina es el masaje bimanual del útero. Consiste en masajear el útero de manera intermitente, hacia abajo desde el abdomen con una mano, y hacia arriba desde la vagina con la otra mano. La oxitocina, una hormona sintética que se administra por vía intravenosa, es el fármaco de primera elección en el manejo de la atonía uterina (20-50 U diluidas en 1.000 ml de solución glucosada al 5%).¹⁴

Síndrome de hiperestimulación uterina

El síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO) es una situación patológica que se da en aquellas pacientes que responden de forma exagerada a la estimulación ovárica realizada en Fecundación in vitro.

¹⁴ Duke, James (2006). Serie Secretos: Anestesia (3ra edición). Elsevier España. p. 450. ISBN 8481749419

Actualmente tenemos varios indicadores que nos pueden predecir quienes pueden desarrollar con mayor facilidad esta situación. Por ejemplo, sabemos que tienen mayor riesgo, pacientes jóvenes, delgadas o con síndrome de ovarios poliquísticos.

El SHO puede ser leve, moderado o grave, dependiendo de los síntomas aparecidos. Los síntomas más frecuentes son los de las formas leves o moderadas, con sensación de distensión abdominal, náuseas y/o vómitos y diarrea., en las formas graves se observa líquido en el abdomen (ascitis) e incluso en los pulmones (hidrotórax). El SHO grave es la situación más temida, pero también es la más infrecuente, y con las técnicas de prevención y de tratamiento que hoy en día tenemos es una situación que tiende a su desaparición.¹⁵

A su vez, existe la forma precoz y la tardía. La forma precoz suele ser autolimitada sino realizamos transferencia embrionaria, mientras que la tardía es la que más problemas suele dar pudiendo tardar la recuperación completa hasta meses. Esta forma tardía se da tras obtener gestación en la transferencia embrionaria realizada.

Todavía hoy la forma en que se desencadena esta situación es desconocida. Parece ser que es necesaria una respuesta ovárica exagerada, que se puede traducir en niveles de estradiol elevados, junto con la presencia de la hormona hcg (necesaria para la inducción de la ovulación). Esta hormona es la hormona que se segrega tras la gestación, por lo que también se han visto otras formas de esta misma situación en gestaciones espontaneas.

Actualmente tenemos muchas estrategias para prevenir el SHO, por lo que, es una entidad que se da cada vez con menor frecuencia, y solo se presenta de forma leve-moderada.

Las medidas preventivas pasan por la cancelación del tratamiento previo a la recogida ovocitaria, hasta la inducción de la ovulación con hormonas diferentes a hCG (agonistas GnRH).

¹⁵ Practice Committee of ASRM **Ovarian hyperstimulation syndrome.** *Fertil. Steril.* 2008 Nov; 90(5): 88-93

Si la inducción de la ovulación ya se ha realizado, sabemos que la congelación embrionaria posponiendo la transferencia embrionaria también es una medida eficaz. El tratamiento de esta situación que puede llegar a ser grave y requerir ingreso hospitalario, es sobre todo, sintomático. Recientemente se han descrito formas de tratamiento que intentar tratar el origen del SHO, como es el uso de antagonistas de GnRH.

Hipertonía

La hipertonía significa un tono muscular demasiado alto. La hipertonía puede ser el resultado de una lesión del nervio motor o del propio músculo. Existen dos tipos de hipertonía muy diferentes.

Hipertonía plástica

Hablamos de hipertonía plástica cuando un miembro del cuerpo mantiene la posición en que lo colocamos, o bien cuando en la movilización del mismo el miembro opone una resistencia. Esta hipertonía plástica se encuentra en ciertas enfermedades como la enfermedad de Parkinson, por ejemplo.

Hipertonía elástica

El otro tipo de hipertonía se llama elástica o espástica y en ella el miembro movilizado cuando vuelve a su posición original cuando paramos la movilización. Esto ocurre especialmente en caso de parálisis como sucede después de un accidente cerebrovascular.

Desprendimiento Prematuro de Placenta

Es la separación de la placenta (el órgano que alimenta al feto) de su adhesión a la pared uterina antes de dar a luz al bebé.¹⁶

Causas: La causa exacta del desprendimiento prematuro de la placenta puede ser difícil de determinar.

Las causas directas son poco comunes, pero abarcan:

¹⁶ Francois KE, Foley MR. Antepartum and postpartum hemorrhage. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2007:chap 19.

- Lesión en el área ventral (abdomen) a raíz de una caída, un golpe en el abdomen o un accidente automovilístico
- Pérdida súbita del volumen uterino (puede ocurrir con la pérdida rápida del líquido amniótico o después del parto de un primer gemelo)

Entre los factores de riesgo se pueden mencionar:

- Trastornos de la coagulación de la sangre (trombofilias)
- Tabaquismo
- Consumo de cocaína
- Diabetes
- Beber más de 14 tragos de alcohol por semana durante el embarazo
- Presión arterial alta durante el embarazo (aproximadamente la mitad de los casos de desprendimiento prematuro de placenta que llevan a la muerte del bebé están asociados con hipertensión arterial). El desprendimiento prematuro de la placenta, que incluye cualquier separación de la placenta previa al parto, ocurre en aproximadamente 1 de cada 150 partos. La forma grave, que puede provocar la muerte del bebé, se presenta únicamente en alrededor de 1 por cada 800 a 1,600 partos.¹⁷

Tratamiento

El tratamiento puede incluir administración de líquidos a través de una vena (vía intravenosa) y transfusiones de sangre. Igualmente, se hará un control cuidadoso de la madre en búsqueda de síntomas de shock. Se vigilará al feto en busca de signos de sufrimiento fetal, que incluye frecuencia cardíaca anormal.

Se puede necesitar una cesárea de emergencia. Si el bebé está muy inmaduro y hay sólo un pequeño desprendimiento de placenta, la madre puede ser hospitalizada para observación minuciosa y se le puede dar de alta a los pocos días si su estado no empeora y cualquier sangrado se detiene.

Si el feto está lo suficientemente desarrollado, se puede practicar un parto vaginal si es seguro para la madre y el niño; de lo contrario, se puede hacer una cesárea.

¹⁷ Houry DE, Salhi BA. Acute complications of pregnancy. In: Marx J, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2009:chap 176.

Posibles complicaciones

La pérdida excesiva de sangre puede provocar choque (shock) y la posible muerte de la madre o el feto. Si el sangrado se presenta después del parto y la pérdida de sangre no se puede controlar de otras formas, la madre puede necesitar una histerectomía (extirpación del útero).¹⁸

Lactancia materna

En los últimos años hemos visto un marcado aumento de embarazos en adolescentes entre 14 y 19 años y junto con ello una disminución de la práctica de la Lactancia Materna, la que no alcanza a llegar a los 6 meses de vida de los lactantes. La lactancia materna es considerada la mejor forma de alimentación natural exclusiva para el neonato hasta los 6 meses de edad, siguiendo con la alimentación complementaria más idónea hasta los 2 años, que consiste en incorporar otros alimentos específicos para el lactante, además de constituir un factor de protección celular y humoral, fortaleciendo la afiliación materno filial(9). La lactancia materna la asociamos muy merecidamente con la epidemiología, porque influye en la reducción de la tasa de morbimortalidad infantil, en los indicadores de salud de enfermedades infecciosas, y por otro lado no menos importante, mejora el desarrollo cognitivo.

En 1.989, la O.M.S y la UNICEF publicaron una declaración conjunta para proteger, promover y apoyar la lactancia materna. En el estudio realizado por Kramer y cols. en referencia al crecimiento(10), se sugiere que la lactancia materna prolongada y exclusiva, realmente podría acelerar el crecimiento (incremento de peso y talla) durante los 6 primeros meses de la vida. En un estudio realizado recientemente en España no se aprecian diferencias entre la población amamantada y la población general en cuanto a desarrollo físico (11). En cuanto al crecimiento cerebral expresado por el aumento de la circunferencia craneal, destaca el mayor aumento en los niños amamantados.

En 1994 la Asamblea de Salud de la OMS solicitó la elaboración de nuevas curvas de crecimiento de los niños amamantados y por ello se puso en marcha el Estudio Metacéntrico de la OMS sobre el Patrón de Crecimiento. Éste se llevó a cabo entre 1997 y 2003 y se centró en la obtención de datos de crecimiento e información de

¹⁸ Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, et al. Obstetrical hemorrhage. In: Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, et al., eds. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2010:chap 35

8.440 lactantes amamantados y niños pequeños de diferentes orígenes étnicos y entornos culturales (Brasil, Estados Unidos de América, Ghana, India, Noruega y Omán). La muestra conjunta de los 6 países participantes ha permitido la elaboración de un patrón verdaderamente internacional. Estas nuevas gráficas se han puesto a disposición de los profesionales en el año 2006(12).

Este nuevo patrón de crecimiento infantil proporciona por vez primera, datos científicos y orientación sobre el modo que los niños de todo el mundo deberían crecer. Se confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de pesos y tallas. Por tanto las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos. Se considera lactancia natural como "norma" biológica y establece el lactante alimentado al pecho como el modelo normativo de crecimiento. Esto asegura por primera vez, la coherencia entre los instrumentos utilizados para evaluar el crecimiento y las directrices nacionales e internacionales sobre alimentación infantil que recomiendan la lactancia materna exclusiva durante 6 meses y posteriormente con alimentos complementarios hasta la edad de 2 o más años. A partir de ahora, se podrán evaluar, valorar y medir con precisión los resultados de la lactancia materna y la alimentación complementaria. No hay duda de que la alimentación materna al lactante constituye una función biológica esencial para el ser humano. Siendo el deseo, que cada madre adolescente en cualquier parte del mundo que desee amamantar a su hijo, tenga la información y el apoyo necesario, pues siendo la lactancia materna, la forma más maravillosa, armoniosa y sencilla de nutrir a su bebé, a través de esas gotitas cargadas de amor, porque al ofrecerle conocimiento y recursos sobre dicho vital líquido a las/los adolescentes, se le proporciona educación básica y práctica sobre los beneficios y las herramientas para el éxito en el amamantamiento en conjunto con su entorno familiar hacia su bebé.

El amamantamiento es una experiencia satisfactoria tanto para la madre como para el hijo por el contacto piel con piel que se produce entre ambos, la madre es extraordinariamente sensible durante la lactancia y su mayor preocupación gira en torno a la alimentación y cuidado de su hijo. Sin embargo, en las madres adolescentes, debido fundamentalmente a la etapa de la vida que están viviendo, al desconocimiento y falta

de experiencia esto les provoca "angustia". La madre adolescente es una mujer joven, necesita vivir esa etapa de su vida, ya que la maternidad temprana no la hace mujer adulta; no está preparada, en un corto tiempo debe lograr importantes metas, asumir su sexualidad, su salud reproductiva, auto cuidado, relaciones afectivas con la familia, con su pareja, con su hijo. Son tareas y desafíos que las jóvenes nunca han abordado y llevan a estas madres adolescentes a sentirse recargadas de trabajo y con una carga emocional muy fuerte, lo que constituye un gran riesgo para la Lactancia Materna.

Dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto con la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a ambos. Es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económica, como higiénica y afectiva. La leche materna es un recurso material de bajo costo, el cual contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan la respuesta del cerebro, cabe también destacar que la lactancia natural, refuerza los lazos afectivos de la familia, menos casos de maltrato y abandono del niño, reduce el costo de consultas médicas y de medicamentos, exámenes y hospitalizaciones del niño, facilita la alimentación en la noche y en los viajes, madres e hijos más saludables, disminuye el uso de sucedáneos de La leche Materna, disminuye la contaminación ambiental al disminuir los envases de sucedáneos no reciclables.

Factores que influyen en la práctica de la lactancia materna.

* Deficiente información de la madre, el cónyuge y demás familiares. Los conocimientos que tienen un gran número de madres son insuficientes y no pocas veces contrapuestos a la realidad, son fácilmente presas de las absurdas decisiones, por familiares o amigos que ejercen sobre ellas una influencia negativa.

* La falta de confianza de la madre en su capacidad para amamantar a su hijo y producir leche en cantidad suficiente, puede ser grave motivo de preocupación, lo cual a su vez, puede inhibir la bajada temprana de la leche y su flujo normal.

* La leche materna se produce como resultado de la acción conjunta de hormonas y reflejos los cuales pueden ser inhibidos por diversas situaciones emocionales de la madre. Cada vez que el niño succiona, estimula las terminaciones nerviosas del pezón y

la areola; estos llevan mensajes a la hipófisis de la madre, que responde produciendo una hormona llamada prolactina; ésta va por la sangre hasta el alvéolo mamario y hace producir la leche. Las terminaciones nerviosas estimuladas mediante la succión del pezón y la areola llevan también un mensaje al cerebro de la madre; donde se produce otra hormona llamada oxitócica; ésta, al igual que la prolactina, va por la sangre hasta los pechos y actúa, produciendo contracción de las células musculares que rodean los alvéolos, impulsando así la salida de la leche a través de los conductos galactóforos hasta el pezón. Este reflejo de la oxitócina, no depende sólo de la succión del pezón, sino también de las emociones y sentimientos de la madre.

* Las preocupaciones frenan el reflejo de la succión. Hay relación de la depresión con disminución del periodo de lactancia natural. La producción de leche depende de la frecuencia con que se le da el pecho al niño, la fuerza de succión del niño, el reflejo de bajada de la leche y el uso de anticonceptivos orales.

* Los cambios en la asistencia del parto y la interferencia hospitalaria: la demora del inicio de la succión del pecho puede traer inconvenientes posteriores para la lactancia. El tetero induce al rechazo de la succión del pezón, ya que esta última requiere un esfuerzo mayor por parte del niño. Aplicar demasiada anestesia durante el parto; mantener un horario fijo y no espontáneo.

* Inconvenientes anatómicos: Pezones invertidos la mayoría de ellos pueden ser modificados por maniobras y masajes. Las fisuras, agrietamientos y posterior infección del pezón son en gran parte prescindibles, evitando el aumento de tensión láctea de los senos.

* Autoimagen y sexualidad: Existe un grupo de mujeres que están dispuestas a sacrificar la lactancia en beneficio de su estética. Muchas mujeres temen que la lactancia arruine la figura del pecho. Muchas mujeres se avergüenzan de amamantar en público.

* Actividad social y trabajo de la madre: Obstáculo considerable tanto para el inicio como para el mantenimiento de la lactancia. Desconocimiento de la madre lactante de la protección legal.

* Nuevos valores sociales: A menudo se considera a la lactancia materna como anticuada, signo de atraso o como una vulgar práctica campesina. El biberón se ha convertido en un signo de posición.

* El papel de la industria, la facilidad de contar con fórmulas cada vez más parecidas física y bioquímicamente a la leche humana ha descendido la práctica de la lactancia materna. El impacto de la publicidad comercial contrapone al éxito de la crianza natural el beneficio de la crianza artificial.

* Eliminación de drogas por la leche: Casi todas las sustancias ingeridas por la madre van a aparecer en la leche, existen en la leche materna enzimas que metabolizan a los fármacos (acetilación de las sulfas). Casi nunca es necesario suspender la lactancia materna definitiva debido a que la madre esté tomando una droga. El anticonceptivo común de estrógeno y progesterona disminuye el abastecimiento de leche, mientras que la progesterona sola reduce su contenido proteínico.(13)

Vínculo afectivo madre/hijo

Otro aspecto a considerar en este artículo, que no se puede dejar de mencionar, es lo relacionado con el vínculo afectivo madre/hijo/a cuando una adolescente amamanta. El niño en su desarrollo intenta a través de su comportamiento estar cerca de la madre, utilizando conducta como succionar, sonreír, llorar y aferrarse. Esta búsqueda y necesidad de cercanía de la madre, con respecto al niño, se conoce como conducta de apego y la conducta de la madre que intenta mantener al hijo cerca se denomina conducta de atención. La conducta de ambos, que se dirige a buscar y mantener la proximidad de uno con el otro se llama conducta afectiva(14).

Los seres humanos, al igual que el resto de los animales, nos relacionamos con el mundo que nos rodea a través del sistema nervioso. Este nos permite captar lo que está ocurriendo en él, a través de los órganos de los sentidos, vía sensorial o aferente. Esta información llega a los centros de integración que son grupos de neuronas que procesan esta información y envían su respuesta a través de la vía eferente o motora. El sistema nervioso tiene sus centros de integración más simples en la médula espinal, ahí residen los centros de la micción, defecación, marcha, etc. Subiendo desde la médula hacia arriba, nos encontramos con centros de integración cada vez más complejos. Así

tenemos como en la parte central del cerebro se encuentra el paleocórtex lugar donde residen los centros de integración de los instintos. En la parte superior, está la corteza cerebral o neocórtex donde residen los centros de integración de los actos voluntarios, donde se usa la razón para dar una respuesta (actos racionales). Al nacer heredamos en nuestros genes una serie de conductas que se han aprendido a través de la evolución y que heredamos en nuestros genes. Esta es la herencia genética. En cambio el neocórtex es como un libro prácticamente en blanco, que lo vamos a escribir a través del aprendizaje. Esta es la herencia cultural.

La comunicación entre los seres humanos se realiza en más de un 50% a través de gestos, miradas, actitudes corporales etc. El lenguaje oral participa minoritariamente en la comunicación. Y así podríamos citar una serie de conductas innatas que prácticamente rigen nuestra conducta. En el ser humano puede sobrevivir, pero le traerá muchos problemas de salud física y mental. El formar el vínculo es un aprendizaje (neocórtex). El apego puede variar de una adolescente a otra, de un día a otro, de una hora a otra, dependiendo de variables, como: el hambre, la fatiga, el estado emocional y psicosocial de la adolescente, influyendo la situación específica del momento en el amamantamiento. Siendo importante destacar que es un momento donde debe estar acompañado de profundo sentimiento, donde se estimula el amor en el niño y se vinculan valores que desarrollaran confianza, y de esta conducta de apego, dará lugar a conductas intelectuales, formación de conceptos, el relacionarse con otras personas, es decir madre/ hijo/a, experimentaran una relación afectuosa, íntima y continua en cada mamada en las que ambos sientan satisfacción y gozo, siendo uno de los beneficios importantes en la lactancia materna, con la calidez que se proporciona en el amamantamiento, demostrando la seguridad que transmiten los brazos maternos (15).

Las ciencias biológicas nos indican que es la primera hora que sigue del nacimiento la que conforma todo un período crítico que influye en el desarrollar la capacidad de amar. Las investigaciones indican que un vínculo seguro entre la madre y el niño durante la infancia influye en su capacidad para establecer relaciones sanas a lo largo de su vida, cuando los primeros vínculos son fuertes y seguros la persona es capaz de establecer un buen ajuste social, por el contrario la separación emocional con la madre, la ausencia de afecto y cuidado puede provocar en el hijo una personalidad poco afectiva o desinterés social. Según indican estas investigaciones, la baja autoestima, la

vulnerabilidad al estrés y los problemas en las relaciones sociales están asociados con vínculos poco sólidos. Si las experiencias de vínculo han sido negativas y graves, el ser humano es más propenso a desarrollar trastornos psicopatológicos. Son las interacciones madre-niño las que influyen en el desarrollo socio-emocional y en la conducta actual y futura del menor.

Han sido numerosos los estudios realizados que verifican que el desarrollo del cerebro está directamente vinculado a ser afectado por las relaciones tempranas del bebé, que establece con sus padres, ya que podrían ser las bases a procurar y recibir atenciones y cuidados de otros. La creación del vínculo afectivo es una experiencia maravillosa mediante la cual, el bebé y la madre aprenden a amarse mutuamente, y comienza desde la primera mirada percibida por ambos, luego del parto, fortaleciéndose con el tiempo, siendo determinante para el desarrollo psicomotor y social del bebé. A través de la conversación, el contacto, el tacto y en busca del apoyo materno, donde los primeros años de vida, tanto del hijo como el de la madre, serán para ambos una experiencia de aprendizaje.

Ser una madre adolescente

Las condiciones de una mujer para generar un buen "apego" se van produciendo desde su infancia, influyen positivamente los juegos con muñecas, la visualización de un embarazo de su madre, hermana mayor o pariente. Luego cuando adulta, son importantes: la planificación, confirmación y aceptación del embarazo, condiciones que no se dan en las madres adolescentes. Estas madres adolescentes se encuentran en un período de cambios biológicos psicológicos y sociales, en un período de búsqueda de ¿Quién soy?, en donde se definen los rasgos de la personalidad; existe inestabilidad emocional, inmadurez y donde un grupo de amigos es lo más importante. En este período gustan de fiestas, de compartir con otros, lo que al tener un hijo se ve frustrado, pues el bebé necesita cuidados especiales durante los primeros años de su vida. Además, muchas veces los hijos no son deseados, cuestión fundamental para amamantar, criar y educar a un hijo.

Estas razones nos explican en cierta medida el porqué muchas madres adolescentes no logran Lactancia Materna exclusiva seis meses. Los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de nacer con bajo peso, según las circunstancias en que se haya llevado a cabo el embarazo. Es frecuente el riesgo de estos niños a ser

sometidos a abusos físicos, negligencia en los cuidados de salud, alimentación y desarrollo físico y emocional, por la incapacidad de la madre para discriminarse con el bebé. Ellas priorizan sus demandas sobre las necesidades del niño por ser todavía demandantes por su corta edad, esto hace que no tengan la capacidad de contener al hijo. Tienen poca tolerancia a la frustración, les cuesta entender que el hijo no es como ella quiere, ni hace lo que ella desearía en ese momento, muchas veces esto le produce enojo con el niño, con consecuencia que podría ponerlo en riesgo. Debemos orientar nuestros esfuerzos a las necesidades de salud más desatendidas y apremiantes (15).

Mortalidad Materna en Adolescentes

En muchos países en desarrollo es francamente más alta.

En América Latina, la mortalidad materna total y la específica por edades, ha disminuido en casi todos los países y, en alguno de ellos, ya no puede ser utilizada como indicador para evaluar el impacto de programas, utilizándose la auditoría de casos para el análisis de la calidad de atención en accidentes obstétricos y perinatales.

La prevención de la mortalidad materna en adolescentes se basa en la detección precoz de los grupos de mayor riesgo, y adecuado tratamiento de la morbilidad obstétrica y perinatal, optimizando los recursos. De esta manera, los riesgos enfermar y morir, no serán un problema de la edad cronológica, sino de la calidad, cobertura y accesibilidad de los servicios de salud para las madres adolescentes.

Para la disminución de la mortalidad materna en la adolescencia, se inicia con la Atención Primaria de la salud, a través de la Educación Sexual y Anticoncepción como herramientas de la Promoción para la Salud, todo ello enmarcado en un programa de Educación, Promoción y Protección para la Salud de la Adolescente, como política de salud teniendo en cuenta que los jóvenes aún carecen de representación gremial y política que defiendan sus derechos, pasando a ser una baja prioridad en algunas sociedades.

El análisis de factores de riesgo, se resume a informes intrahospitalarios que muestran algunos aspectos del riesgo, generalmente asociados a algunas patologías y no con criterio predictivo aplicado desde la Atención Primaria de la Salud.

Morbilidad obstétrica en las adolescentes

En Chile (1991-1997), se informó que, la morbilidad de las adolescentes entre 10 y 14 años que necesitó internación, correspondía a accidentes y enfermedades respiratorias y digestivas, representando las causas gestacionales un 4,1% de los egresos. En el grupo de 15 a 19 años, la primera causa de hospitalización fue la gestación, alcanzando el 63,1% de los egresos. La distribución de la morbilidad obstétrica fue semejante a la de las adultas con mayor frecuencia de estados hipertensivos y desproporciones fetopélvicas. Llama la atención el impacto de la desnutrición en las embarazadas adolescentes, llegando a un 19,4% de enflaquecidas al momento del parto y la frecuencia del RN < 2,500 g alcanzó al 15% en ellas, siendo 5 veces superior a la frecuencia de prematuros en adolescentes de nutrición normal. Este fenómeno es mucho más grave en comunidades rurales, notándose un 41,4% de adolescentes de bajo peso al ingreso al control prenatal.

La aplicación de un programa integral para adolescentes embarazadas, impactará sensiblemente en la disminución de la morbilidad obstétrica como ser: infecciones urinarias, preeclampsia y eclampsia, tasa de cesáreas (salvo < 15 años). Los RCIU y PEG llegan al 15-18%, superiores a las mujeres adultas. No se ha confirmado la mayor frecuencia de malformados en embarazadas adolescentes.

En estudios de seguimiento, se comprobó relación entre mayor frecuencia de patologías de salud mental y desestructuración familiar, abandono de pareja y voluntariedad del embarazo, pobreza en la capacidad de expresión, manejo e interpretación de los sentimientos de afectividad. El abandono, en cualquiera de sus formas, lleva a la pérdida de la autoestima a límites de peligrosidad, dificultando la comunicación con la adolescente (especialmente durante el embarazo).

CAPITULO 3

3.1 VARIABLES

Nivel de conocimiento

Edad

Sexo

Escolaridad

Persona con quien vive

Edad primera relación sexual

Métodos anticonceptivos que conoce

Medio de información

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Escala
Nivel de conocimiento	Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori).	Alto Medio Bajo	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio	Años cumplidos	Nominal
Sexo	Fenotipo biológico que distingue el macho de la hembra	Masculino Femenino	Nominal
Escolaridad	Nivel de estudios alcanzado por la adolescente al momento de la investigación	Grado escolar en el que se encuentra.	Nominal
Con quién vive	Persona con quien cohabita bajo el mismo techo o casa la adolescente	Padres Pareja Otros	Nominal
Edad de primera relación sexual	Es el primer contacto sexual de una pareja la cual se realiza el acto coital	10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16	Nominal
Métodos anticonceptivos usados	Tipos o nombre del método anticonceptivos usado	Píldora Inyecciones Implantes Diu Otros	Ordinal
Medio de información	Forma en que la entrevistada obtuvo los conocimientos sobre métodos anticonceptivos.	Acceso a la información	Amigo-a Padres Escuela Hospital Radio Televisión Periódico Revista Internet

3.3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.3.1 Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal que nos permite establecer el nivel de conocimiento sobre el embarazo en adolescentes estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguatae período escolar 2018.

3.3.2 Demarcación Geográfica

Se realizó en el Liceo objeto de estudio, ubicado en el municipio de Yaguatae de la Provincia de San Cristóbal, ubicado en la Región Sur de República Dominicana

3.3.3 Tiempo de realización

La investigación se realizó en el año escolar 2018.

3.3.5 Población de estudio

El universo estuvo conformado por 520 estudiantes que conformaron la totalidad de estudiantes de Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguatae.

3.3.4 Muestra

Entrevista directa a 100 estudiantes adolescentes que asistieron al liceo objeto de estudio.

3.3.6 Criterios de Inclusión

Estudiantes que deseen participar

Adolescentes en la edad media (10-19 años).

3.3.7 Criterios de exclusión

Estudiantes fuera del rango de edad del estudio.

Estudiantes que no deseen participar.

3.3.8 Método de Técnica y Procedimiento

Se aplicó un instrumento de recolección de datos (cuestionario) elaborado por las investigadoras, donde se incluyen preguntas sobre las variables en estudio.

3.3.9 Procedimiento

Previa aprobación de la división de postgrado de la Universidad y el Departamento de Enseñanza del Hospital se elaboró un cuestionario conteniendo las variables en estudio y se solicitó permiso a la dirección del Liceo, luego se acudirá un día acordado para el estudio y se tomó una muestra tomando un curso por curso, aplicando a los estudiantes que asistieron para hacer el llenado del cuestionario.

Se elaboró un formulario el cual contó con 5 preguntas cerradas y una abierta para medir los datos sociodemográficos, y otra parte en donde se redactaron 24 preguntas cerradas para medir el nivel de conocimiento sobre embarazo. Se calificaron las preguntas de nivel de conocimiento a partir de una regla de tres, es decir 24 preguntas correctas equivalentes al 100% de las respuestas, asignándose la siguiente categorización de acuerdo a las notas, 69% de las respuestas correctas o menos, conocimiento bajo; 70-85% de las respuestas correctas conocimiento medio, y 86-100% de las respuestas correctas, conocimiento alto.

3.3.9 Procesamiento y análisis de la información

Los datos levantados se procesaran en Microsoft Office Excel, y Epi-Info, y se analizará la información, presentándose posteriormente en tablas graficas para su mayor comprensión.

3.3.10 Aspectos éticos

El presente estudio ha sido ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki²³ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).²⁴

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que asiste al centro educativo (estudiantes adolescentes). Los mismos han sido manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactados en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento. El texto del presente documento, tomada en otros autores, fue justificada por su citación correspondiente.

CAPÍTULO IV.

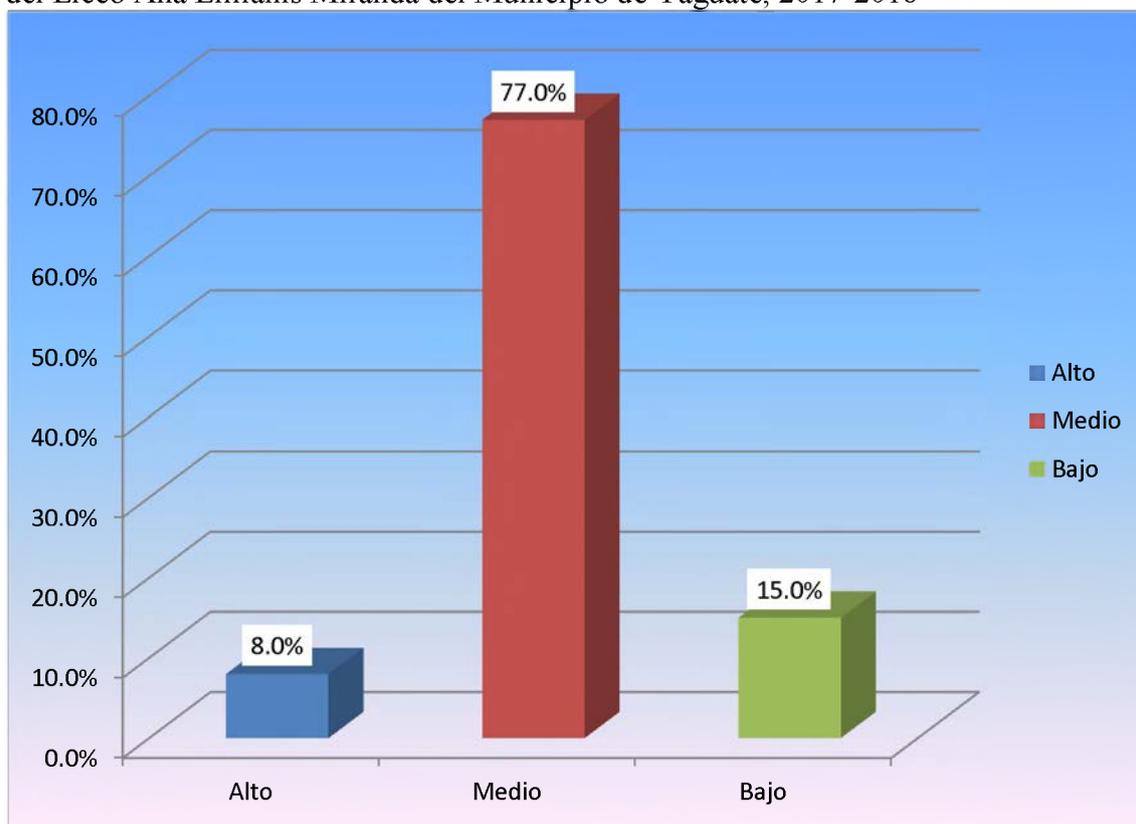
4.1.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018

Nivel de conocimiento	Frecuencia	%
Alto	8	8.0%
Medio	77	77.0%
Bajo	15	15.0%
Total	100	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 1.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018



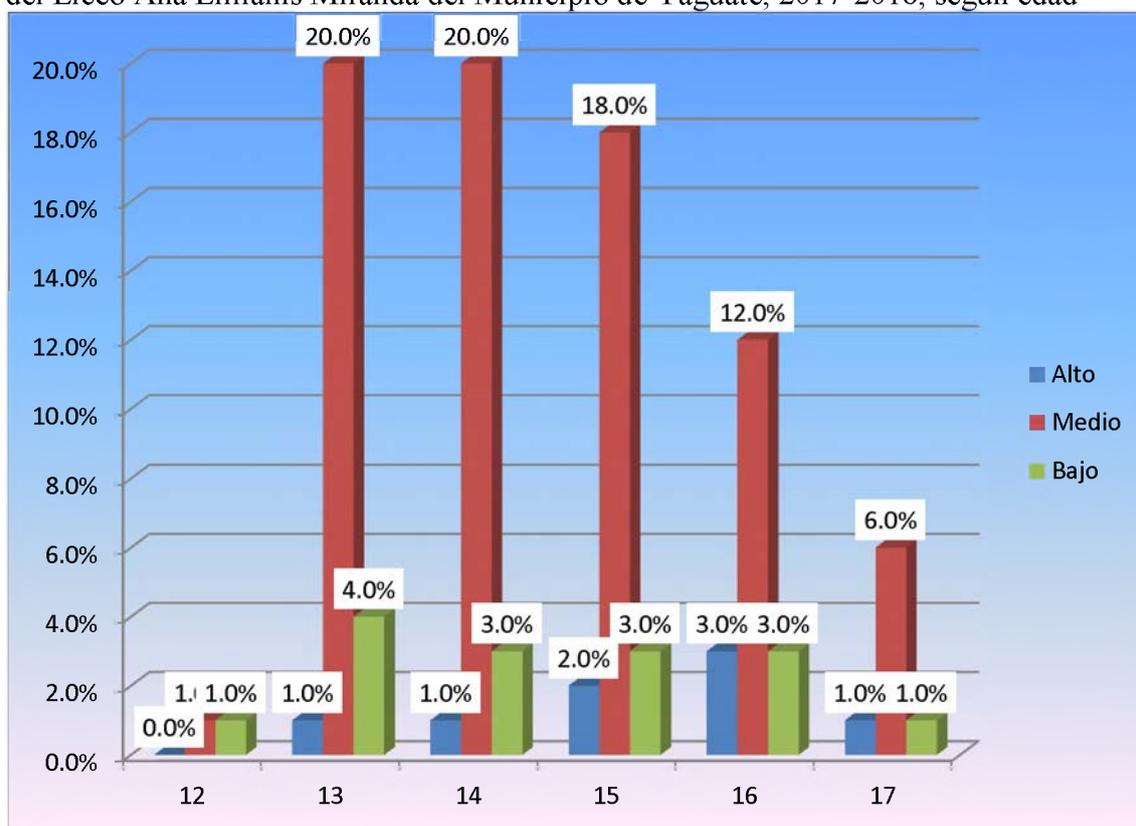
Fuente: Tabla 1.

Tabla 2.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018, según edad

Edad	Nivel de conocimiento						Total	%
	Alto	%	Medio	%	Bajo	%		
12	0	0.0%	1	1.0%	1	1.0%	2	2.0%
13	1	1.0%	20	20.0%	4	4.0%	25	25.0%
14	1	1.0%	20	20.0%	3	3.0%	24	24.0%
15	2	2.0%	18	18.0%	3	3.0%	23	23.0%
16	3	3.0%	12	12.0%	3	3.0%	18	18.0%
17	1	1.0%	6	6.0%	1	1.0%	8	8.0%
Total	8	8.0%	77	77.0%	15	15.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 2.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018, según edad



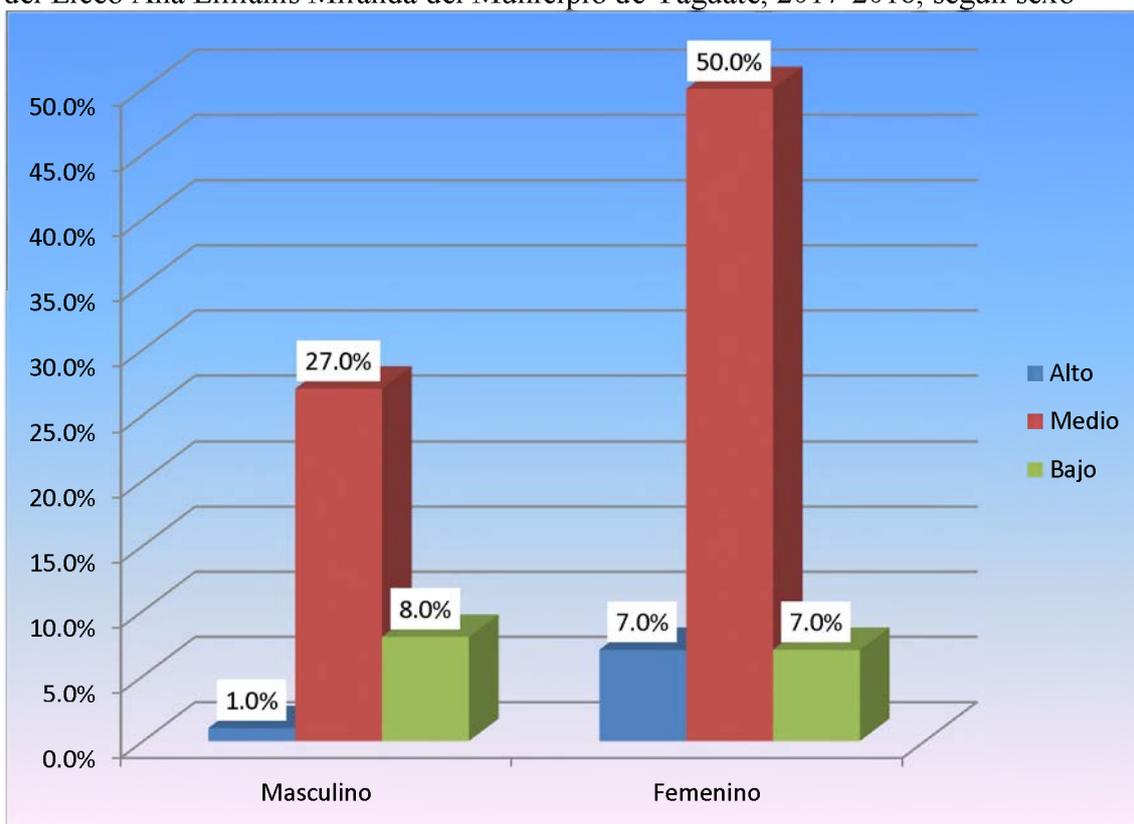
Fuente: Tabla 2

Tabla 3.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018, según sexo

Sexo	Nivel de conocimiento						Total	%
	Alto	%	Medio	%	Bajo	%		
Masculino	1	1.0%	27	27.0%	8	8.0%	36	36.0%
Femenino	7	7.0%	50	50.0%	7	7.0%	64	64.0%
Total	8	8.0%	77	77.0%	15	15.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 3.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018, según sexo



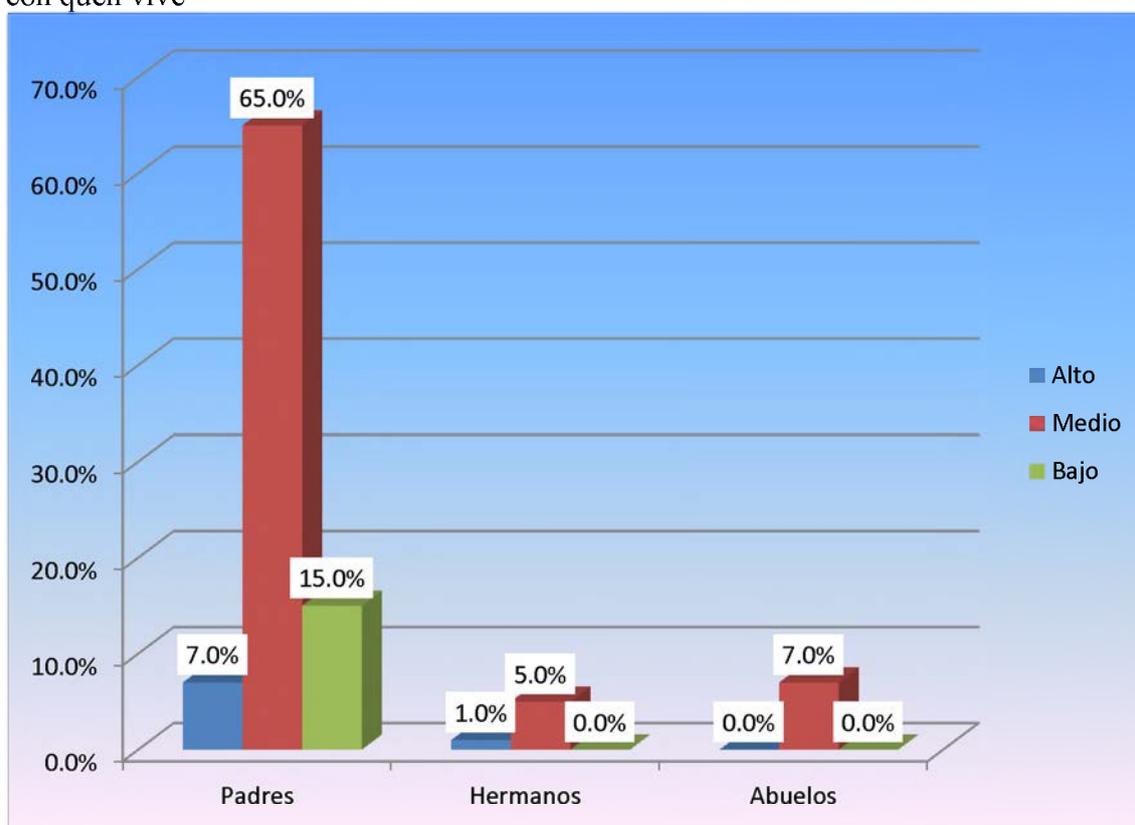
Fuente: Tabla 3

Tabla 4.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018, según persona con quién vive

Con quien vive	Nivel de conocimiento						Total	%
	Alto	%	Medio	%	Bajo	%		
Padres	7	7.0%	65	65.0%	15	15.0%	87	87.0%
Hermanos	1	1.0%	5	5.0%	0	0.0%	6	6.0%
Abuelos	0	0.0%	7	7.0%	0	0.0%	7	7.0%
Total	8	8.0%	77	77.0%	15	15.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 4.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018, según persona con quién vive



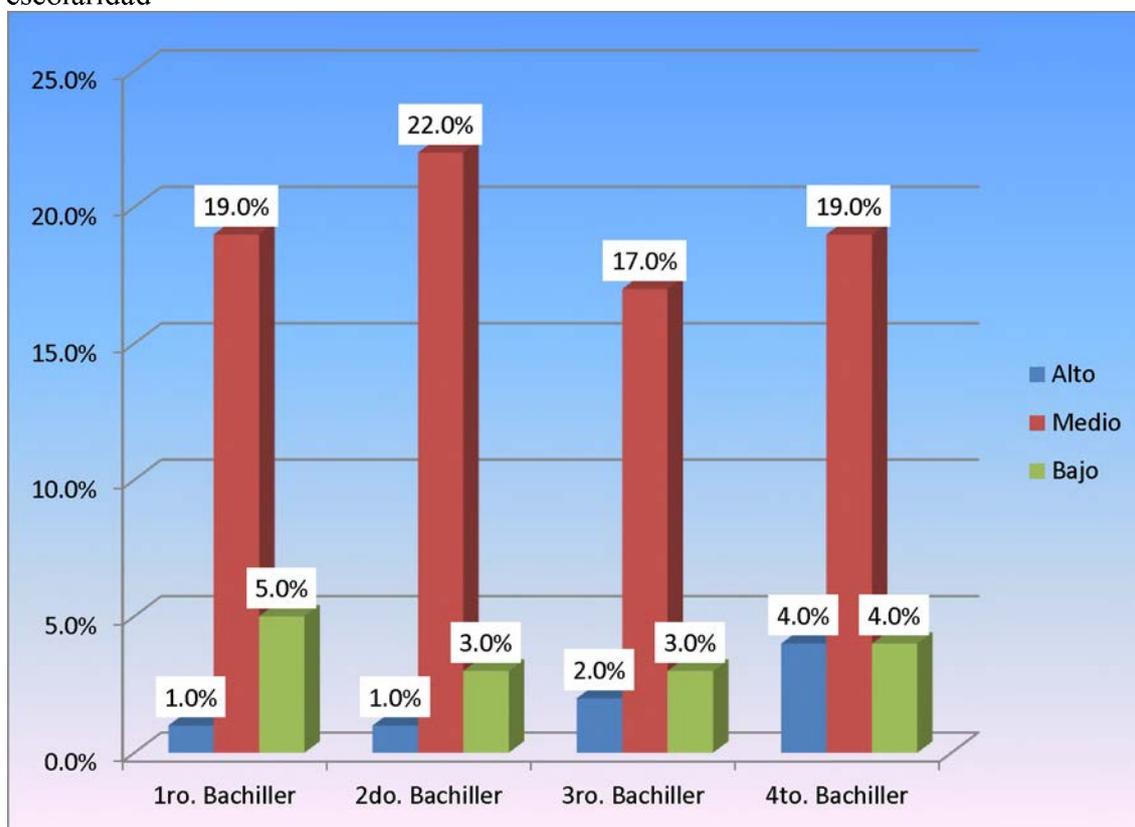
Fuente: Tabla 4

Tabla 5.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018, según escolaridad

Escolaridad	Nivel de conocimiento						Total	%
	Alto	%	Medio	%	Bajo	%		
1ro. Bachiller	1	1.0%	19	19.0%	5	5.0%	25	25.0%
2do. Bachiller	1	1.0%	22	22.0%	3	3.0%	26	26.0%
3ro. Bachiller	2	2.0%	17	17.0%	3	3.0%	22	22.0%
4to. Bachiller	4	4.0%	19	19.0%	4	4.0%	27	27.0%
Total	8	8.0%	77	77.0%	15	15.0%	100	100.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 5.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018, según escolaridad



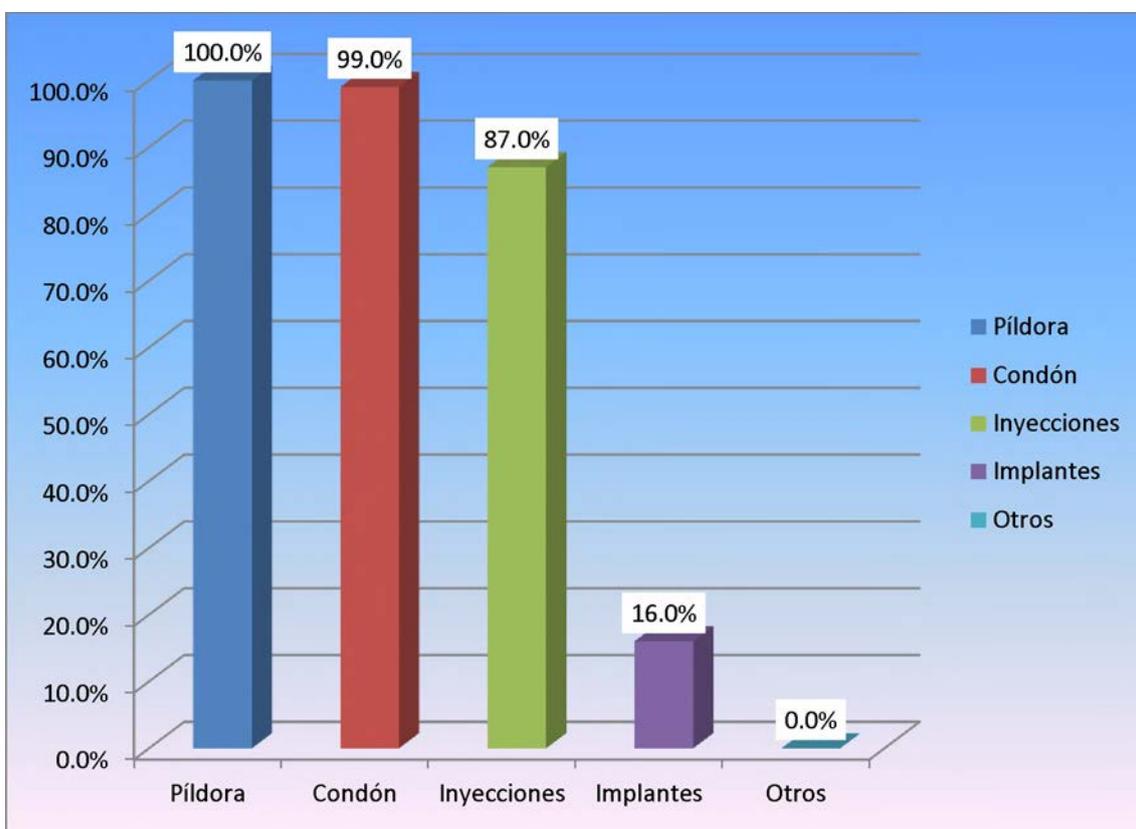
Fuente: Tabla 5

Tabla 6.- Métodos anticonceptivos que conocen los adolescentes que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018

Métodos anticonceptivos que conoce	Frecuencia	%
Píldora	100	100.0%
Condón	99	99.0%
Inyecciones	87	87.0%
Implantes	16	16.0%
Otros	0	0.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 6.- Métodos anticonceptivos que conocen los adolescentes que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018



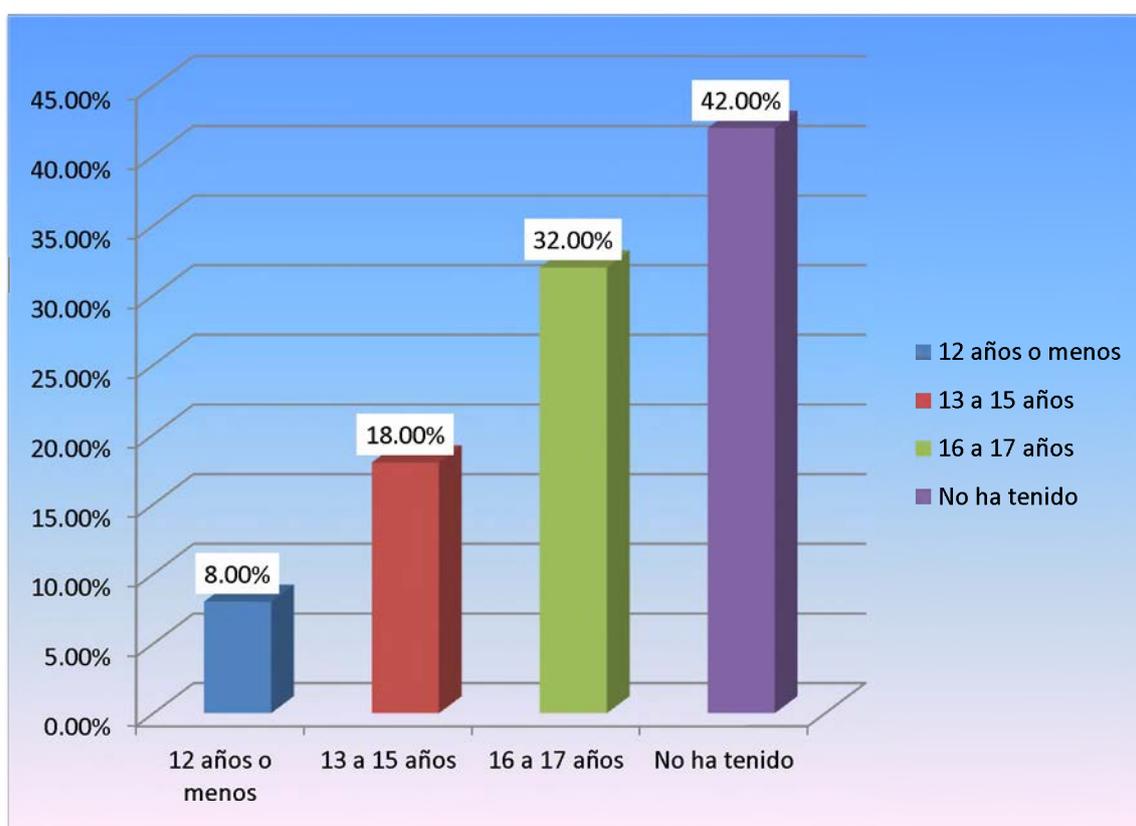
Fuente: Tabla 6

Tabla 7.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018, según inicio de relaciones sexuales.

Edad de la primera relación sexual	Frecuencia	%
12 años o menos	8	8.0%
13 a 15 años	18	18.0%
16 a 17 años	32	32.0%
No ha tenido	42	42.0%
Total	100	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 7.- Conocimientos sobre el embarazo en adolescente que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate, 2017-2018, según inicio de relaciones sexuales.



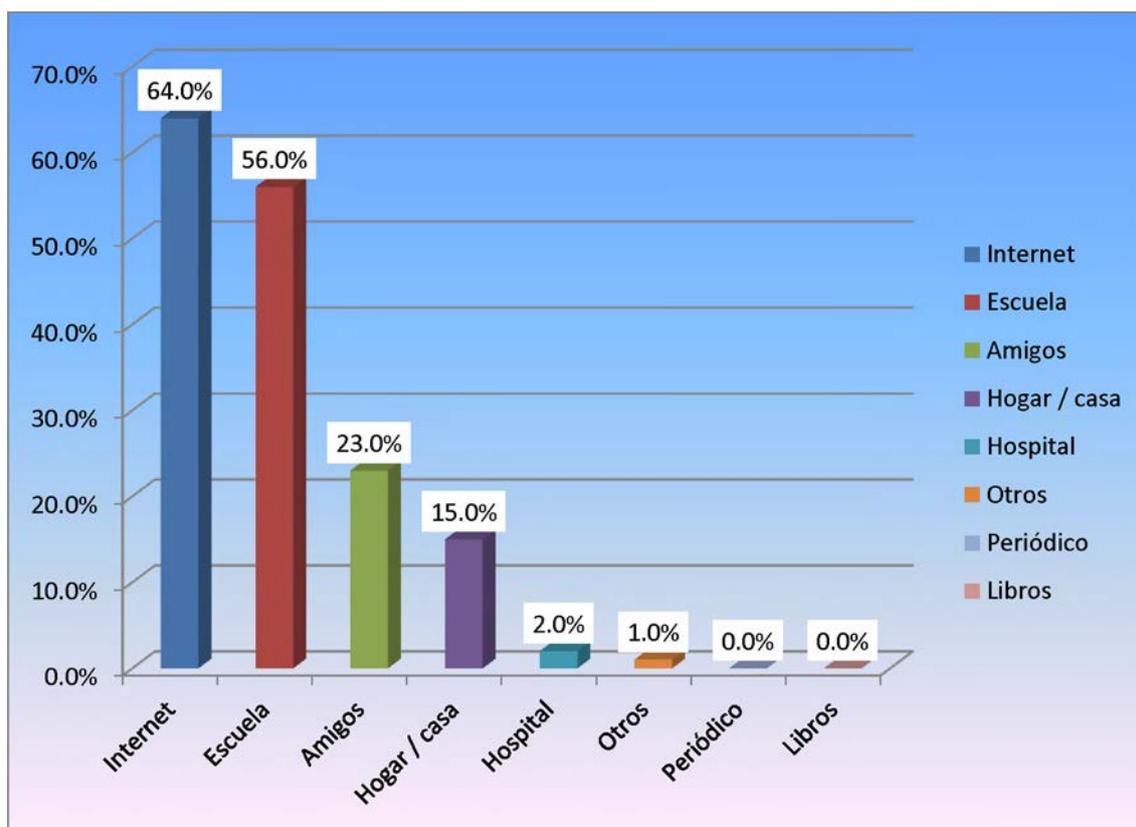
Fuente: Tabla 1.

Tabla 8.- Lugar donde recibieron información sobre el embarazo los adolescentes que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguatate, 2017-2018

Lugar donde obtuvo información	Frecuencia	%
Internet	64	64.0%
Escuela	56	56.0%
Amigos	23	23.0%
Hogar / casa	15	15.0%
Hospital	2	2.0%
Otros	1	1.0%
Periódico	0	0.0%
Libros	0	0.0%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico 8.- Lugar donde recibieron información sobre el embarazo los adolescentes que tienen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguatate, 2017-2018



Fuente: Tabla 8

4.2.- DISCUSIÓN

El conocimiento sobre embarazo que poseen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguate es Alto en el 8.0%, medio en el 77.0% y bajo en el 15.0%.

Cuando se hace un contraste entre la edad y el nivel de conocimiento se determinó que la edad más frecuente fue 13 años con el 25.0%, seguido de 14 con el 24.0% y 15 con el 23.0%. Todas las edades con nivel de conocimiento Medio con un 20.0% para las edades de 13 y 14 y 18.0% para la edad de 15. Datos similares a los de la investigación realizada por Rossy Moreno, Willmelia Morel y Ana Gonzales realizaron un estudio descriptivo prospectivo, para determinar los factores que predisponen a las adolescentes a embarazarse, asistidas a la consulta prenatal en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en Santo Domingo, que en cuanto a la edad el 86.1% de las encuestadas oscilaba entre 15 y 19 años.

En relación al sexo y el nivel del conocimiento el 64.0% de la población es femenino, de éstas el 50.0% tiene conocimiento medio, 7.0% conocimiento alto y 7.0% conocimiento bajo. Del restante 36.0% del sexo masculino el 1.0% tiene conocimiento alto y el 8.0% conocimiento bajo, esto indica que el sexo femenino tiene un ligero nivel por encima del masculino en cuanto al nivel de conocimiento.

En cuanto a la persona con la que viven los adolescentes, el 87.0% indicó vivir con sus padres, de las cuales el 65.0% tienen conocimiento medio, el 6.0% vive con los hermanos y 7.0% con los abuelos, ambos con conocimientos medios.

En relación a la escolaridad fue distribuida casi equitativamente, teniendo el 1ero. Bachiller el 25.0% del estudiantado, el 2do. de Bachiller el 26.0%, 3ro. de Bachiller, con el 22.0% y 4to. de Bachiller 27.0%, todos con conocimiento medio, lo que indica que no hubo diferencias entre el grado de secundaria y el nivel de conocimiento.

La mayoría de los adolescentes, 42.0% no ha tenido relaciones sexuales. Sin embargo, entre aquellas que si han tenido relaciones sexuales la edad más frecuente es de 16 a 17 años con el 32.0%, seguido de 13 a 15 años con el 18.0% y de 12 años o menos con 8.0%.

Los adolescentes indicaron que el medio que más conocen es la píldora con el 100.0% de los entrevistados y el condón con el 99.0%, inyecciones con el 87.0%, e implantes con el 16.0%.

La mayoría de los adolescentes expresó que obtuvo conocimientos del internet en el 64.0%, la escuela con el 56.0%, amigos con el 23.0%, hogar / casa 15.0% y hospital 2.0%. Esto coincide con el estudio llevado a cabo por Rossy Moreno, Willmelia Morel y Ana Gonzales a las adolescentes asistidas a la consulta prenatal en el Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia en Santo Domingo, donde las adolescentes declararon haber recibido educación sexual antes de practicarla a través de diversos medios de comunicación, pero el más relevante fue el internet con un 49.5%.

4.3.- CONCLUSIÓN

El conocimiento sobre embarazo que poseen los estudiantes del Liceo Ana Lilliams Miranda del Municipio de Yaguata es Medio.

La edad más frecuente fue 13 años con nivel de conocimiento Medio.

En relación al sexo y el nivel del conocimiento la mayoría de la población es femenina con conocimiento medio.

La persona con la que viven los adolescentes son sus padres con tienen conocimiento medio.

En relación a la escolaridad fue distribuida casi equitativamente, todos con conocimiento medio.

Los adolescentes indicaron que el medio que más conocen es la píldora y el condón.

La mayoría de las adolescentes no ha tenido relaciones sexuales.

La mayoría de los adolescentes expresó que obtuvo conocimientos del internet.

4.4.- RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- Crear un programa educativo sobre como evitar el embarazo a temprana edad y los métodos de planificación familiar, que incluyen charlas y cursos para ser impartidos en los centros de estudios. Entre éstos pueden protagonizar los programas preventivos de la MISPAS.

Al Ministerio de Estado de Educación:

- Continuar con la educación a todos los niveles educativos de la población con la finalidad de que tanto los niños, niñas, adolescentes y los adultos, para que conozcan los riesgos de no usar los métodos de planificación para la prevención del embarazo.

A las Autoridades Locales de Yaguate (Ayuntamiento):

- Crear un programa educativo sobre los métodos de planificación familiar con charlas y talleres en los barrios y las zonas rurales del municipio para disminuir el embarazo a temprana edad.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcázar. J. Factores que predisponen o que reducen los embarazos de adolescentes. Congreso sobre Sexualidad y Adolescencia [http:// www. agea.org.es/ content/ view/ 190/41/](http://www.agea.org.es/content/view/190/41/)
- Borré Arrieta Orlando, Rodríguez Yances Benjamín, Angarita Peñaranda William, Chamat Barrios Antonio, Gómez Rhenals Édgar. Inducción electiva ambulatoria del trabajo de parto con misoprostol en pacientes de bajo riesgo: estudio clínico controlado. *Rev Colomb Obstet Ginecol*
- Botero-Uribe, J. y cols. *Obstetricia y Ginecología: Texto Integrado*. Universidad de Antioquia. 7ma Edición. 2004.
- Centro de Estudios Sociales y Demográficos-CESDEM (2007), “Encuesta Demográfica y de Salud-2007”. República Dominicana.
- Checa Susana, *Género, Sexualidad y Derechos en la Adolescencia*, primera ed, Buenos Aires, 2003.
- Cunningham FG, Leveno KL, Bloom SL, et al., eds. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2010:chap 35
- Dayanara García, Sabrina Paulino Brito y Suhey Pérez. Complicaciones maternas más frecuentes en adolescentes embarazadas. Tesis de grado. UASD. 2012.
- Duke, James (2006). Serie Secretos: Anestesia (3ra edición). Elsevier España. p. 450. ISBN 8481749419
- Dulanto Gutiérrez, E. *El Adolescente*. Primera ed. México, McGraw-Hill/Interamericana Ed, 2000. p. 91-100.
- Estrada, Ana y Madrigal López, Leticia: “Adolescentes indígenas embarazadas, asociado a la falta de información y recursos económicos 2001”, Chiapas, México, 2005.
- Florenzano R. Consumo de drogas. [Sitio en Internet]. Disponible en: [http:// escuela .med.puc .cl/ paginas /OPS/Curso/Lecciones/Lección 14/M3L14 Leccion.html](http://escuela.med.puc.cl/paginas/OPS/Curso/Lecciones/Lección%2014/M3L14%20Leccion.html). Acceso: 15 abril 2008.
- Francois KE, Foley MR. Antepartum and postpartum hemorrhage. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, eds. *Obstetrics - Normal and Problem Pregnancies*. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2007:chap 19.
- Gascón JA. Comportamiento sexual de los escolares adolescentes de Córdoba. 355-360. [http:// dialnet. unirioja .es/ servlet/ articulo ? código =738351](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=738351)
- Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 2004; 113:320-327.
- Houry DE, Salhi BA. Acute complications of pregnancy. In: Marx J, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. *Rosen’s Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2009:chap 176.
- Mejías R. Embarazo en la adolescencia, un problema de hoy. Disponible en: [http://www. salud y medicinas .com.mx/ nota .asp?id=1823](http://www.saludymedicinas.com.mx/nota.asp?id=1823)

Ministerio de Salud Pública. Encuesta Demográfica y de Salud República Dominicana, 2013. Disponible en: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR292/FR292.pdf>

Ninosca Reyes, Dionicia Sierra y Yakeydis Turbi. Frecuencia de cesáreas en adolescentes embarazadas. Tesis de grado. UASD. 2012

Núñez RM. Embarazo no deseado en adolescentes y utilización de métodos anticonceptivos posparto. 592-602.

Oficina Nacional de Estadísticas/ONE (2008). "Madres adolescentes en la República Dominicana". Omnimedia. Santo Domingo, República Dominicana.

Organización Mundial de la Salud (OMS) - Nota de Descriptiva 364 - Embarazo en la Adolescencia. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

Ortigoza E. Necesidades educativas en salud perinatal en madres de adolescentes embarazadas. 28-35.

Practice Committee of ASRM **Ovarian hyperstimulation syndrome**. *Fertil. Steril.* 2008 Nov; 90(5): 88-93

Romero M. Embarazo en la adolescencia. Disponible en <http://sexualidad-y-embarazo/html>. Abril 2008.

Rossy Moreno, Willmelia Morel y Ana González. Factores predisponentes que inciden al embarazo en adolescentes. Tesis de grado. UASD. 2013

Serra F. Riesgo reproductivo del adolescente en corrientes. 24-25.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2007). *Fundamentos de Obstetricia*. Gráficas Marte, S.L. p. 737. ISBN 978-84-690-5397-3

Truven Health Analytics Inc. Information is for End User's use only and may not be sold, redistributed or otherwise used for commercial purposes. All illustrations and images included in CareNotes® are the copyrighted property of A.D.A.M., Inc. or Truven Health Analytics. [Internet]. 2004 June [cited 2016 May 24] ; 55(2): 107-113. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342004000200002&lng=en

Ulanowicz, M., Parra, K.; Wandler, G., *Riesgos en el Embarazo Adolescente*.

Victoria C. Características sociofamiliares de adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. 267-271.

CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO EN ADOLESCENTE QUE TIENEN LOS
ESTUDIANTES DEL LICEO ANA LILLIAMS MIRANDA DEL MUNICIPIO DE YAGUATE
PERÍODO ESCOLAR 2017-2018

Instrumento de Recolección de Datos

1.- Edad _____

2.- Sexo

- 2.1.- Masculino ()
2.2.- Femenino ()

3.- Con quién vive

- 3.1.-Padres ()
3.2.- Pareja ()
3.3.- Tíos ()
3.4.- Hermanos ()
3.5.- Abuelos ()
3.6.- Otros ()

3.- Escolaridad (curso en el que está)

- 1ro.- Bachillerato ()
2do.- Bachillerato ()
3ro.- Bachillerao ()
4to.- Bachillerato ()

4.- ¿A qué edad tuvo relaciones sexuales? _____

5.- ¿Cuáles métodos anticonceptivos conoces?

- 8.1.-Píldora ()
8.2.- Condón ()
8.2.- Inyecciones ()
8.3.- Implantes ()
8.4.- Otros ()

6.- ¿Donde has obtenido información sobre el embarazo?

- 11.1.- Escuela ()
11.2.- Hospital ()
11.3.- Hogar / casa ()
11.4.- Amigos ()
11.5.- Internet ()
11.6.- Periódico ()
11.7.- Libros ()
11.8.- Otros ()

Conceptos generales acerca del embarazo adolescente:

1. ¿En qué periodo del ciclo menstrual se encuentran los días fértiles?

- 1.1. Durante el periodo menstrual o regla ()
- 1.2. Unos días antes de que baja la menstruación ()
- 1.3. Alrededor del día 14 del ciclo menstrual ()

2. ¿Cómo ocurre un embarazo?

- 2.1. Al tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles ()
- 2.2. Al tener relaciones sexuales cuando la mujer esta con la menstruación ()
- 2.3. Al tener relaciones sexuales usando un método anticonceptivo ()

3. Los adolescentes frente a un embarazo precoz se encuentran:

- 3.1. Preparados físicamente y psicológicamente ()
- 3.2. Lo asumen con completa responsabilidad ()
- 3.3. Se encuentran asustados ante el embarazo ()

4. Es un factor que predispone al embarazo adolescente

- 4.1. Falta o inadecuada información acerca de la sexualidad ()
- 4.2. Pobreza ()
- 4.3. Uso de método anticonceptivo ()

5. Estimula a tener relaciones sexuales inconscientemente:

- 5.1. Consumir alcohol o drogas ()
- 5.2. Tener amigos responsables ()
- 5.3. Tener confianza en los padres ()

6. Las consecuencias del embarazo en la adolescencia son:

- 6.1. Bajo peso al nacer ()
- 6.2. Prematuridad ()
- 6.3. Problemas familiares, abandono escolar, desilusión, abandono escolar, peligro de muerte. ()

7. Los métodos anticonceptivos sirven para.

- 7.1. Prevenir embarazos ()
- 7.2. Favorecer el embarazo ()
- 7.3. Interrumpir el embarazo ()

8. El uso del preservativo evita:

- 8.1. La ovulación ()
- 8.2. La producción de espermatozoides. ()
- 8.3. El embarazo y las infecciones de transmisión sexual ()

9. Las píldoras anticonceptivas:

- 9.1. No pueden usar las mujeres jóvenes. ()
- 9.2. Se toman todos los días ()
- 9.3. Son abortivas ()

10. La forma más segura de evitar el embarazo adolescente es:

- 10.1. Tener muchas parejas sexuales ()
- 10.2. No usar protección ()
- 10.3. No tener relaciones sexuales ()

11. Existe mayor riesgo de que el hijo de una madre adolescente puede nacer:

- 11.1. Con malformaciones ()
- 11.2. Peso normal ()
- 11.3. Con peso excesivo ()

12. Una madre adolescente puede:

- 12.1. Sufrir complicaciones durante y después del parto ()
- 12.2. No tener ningún problema durante el parto ()
- 12.3. No tener ningún problema después del parto ()

13. Un padre o madre adolescente implica:

- 13.1. Poder estudiar sin problemas ()
13.2. Tienen dinero suficiente para vivir ()
13.3. Problemas económicos y por lo tanto conyugales ()

14. ¿Cuántas relaciones sexuales sin protección es suficiente para que una adolescente quede embarazada?

- 14.1. Con sólo una vez ()
14.2. De dos a cinco veces ()
14.3. De cinco a más veces ()

15. ¿Crees que el acceso a los métodos anticonceptivos en una forma gratuita, te ayudaría a prevenir un embarazo adolescente?

- 15.1. Completamente de acuerdo ()
15.2. De acuerdo ()
15.3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
15.4. En desacuerdo ()
15.5. Completamente en desacuerdo ()

16. ¿Consideras necesario que las y los jóvenes conozcan el uso correcto de los métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo adolescente?

- 16.1. Completamente de acuerdo ()
16.2. De acuerdo ()
16.3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
16.4. En desacuerdo ()
16.5. Completamente en desacuerdo ()

17. ¿Crees que es adecuado iniciar la práctica de las relaciones sexuales en la adolescencia?

- 17.1. Completamente de acuerdo ()
17.2. De acuerdo ()
17.3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
17.4. En desacuerdo ()
17.5. Completamente en desacuerdo ()

18. ¿Accederías a tener relaciones sexuales si una persona te ofreciera sacarte de la pobreza, te diera algún bien (ropa, alimentación, dinero y diversión) o si los amigos te presionaran?

- 18.1. Completamente de acuerdo ()
18.2. De acuerdo ()
18.3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
18.4. En desacuerdo ()
18.5. Completamente en desacuerdo ()

19. ¿Crees que antes de tener relaciones sexuales, se debe pensar en la responsabilidad que implica el ser padre o madre?

- 19.1. Completamente de acuerdo ()
19.2. De acuerdo ()
19.3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
19.4. En desacuerdo ()
19.5. Completamente en desacuerdo ()

20. ¿Crees que contar con un proyecto de vida (aspiraciones profesionales, metas, etc.) es fundamental para prevenir un embarazo precoz?

- 20.1. Completamente de acuerdo ()
20.2. De acuerdo ()
20.3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
20.4. En desacuerdo ()
20.5. Completamente en desacuerdo ()

21. ¿Piensas que si recibes educación sobre temas de sexualidad fomentaría tu inicio de la actividad sexual?

- 21.1. Completamente de acuerdo ()
- 21.2. De acuerdo ()
- 21.3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
- 21.4. En desacuerdo ()
- 21.5. Completamente en desacuerdo ()

22. ¿Piensas que con educación podrás conocer y defender tus derechos sexuales previniendo un embarazo adolescente?

- 22.1. Completamente de acuerdo ()
- 22.2. De acuerdo ()
- 22.3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
- 22.4. En desacuerdo ()
- 22.5. Completamente en desacuerdo ()

23. ¿Crees necesario que tus padres se informen más sobre el tema de la sexualidad?

- 23.1. Completamente de acuerdo ()
- 23.2. De acuerdo ()
- 23.3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
- 23.4. En desacuerdo ()
- 23.5. Completamente en desacuerdo ()

24. ¿Piensas que con una buena comunicación con tu familia disminuye las probabilidades de un embarazo a temprana edad?

- 24.1. Completamente de acuerdo ()
- 24.2. De acuerdo ()
- 24.4. Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
- 24.4. En desacuerdo ()
- 24.5. Completamente en desacuerdo ()

Sustentante

Dra. Ailin Mariñez Pérez

Asesores

Dra. Claridania Rodríguez

Dra. Concepción Aurora Sierra

Dra. Iris Paula

Jurado:

Dr. Ervin David Jimenez

Dra. Altagracia Cristina Graciano

Autoridades:

Dr. Ervin David Jiménez
Coordinador Residencia

Dra. Iris Paula
Jefa del Departamento

Dra. Concepción Aurora Sierra
Gerente de enseñanza

Dr. Eduardo García
Director de la Escuela de Medicina

Dr. William Duke
Decano de la Facultad

Fecha presentación _____

Calificación: _____

