

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

FRECUENCIA Y CAUSAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A  
LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JUAN PABLO PINA.  
MAYO-JUNIO 2016



Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:  
**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Sustentante:

Dra. Juliana Carolina Mercedes Pujols

Asesores:

Dra. Concepción A. Sierra (Clínica)

Rubén Darío Pimentel (Metodológico)

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

Distrito Nacional: 2016

## CONTENIDO.

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción. . . . .	9
I.1. Antecedentes. . . . .	10
I.2. Justificación. . . . .	12
II. Planteamiento del problema. . . . .	14
III. Objetivos. . . . .	16
III.1. General. . . . .	16
III.2. Específicos. . . . .	16
IV. Marco teórico . . . . .	17
IV.1. Adolescencia. . . . .	17
IV.1.1. Historia. . . . .	19
IV.1.1.1. Clasificación . . . . .	21
IV.1.1.1.1. Adolescencia temprana (10 a 13 años). . . . .	21
IV.1.1.1.2. Adolescencia media (14 a 16 años) . . . . .	21
IV.1.1.1.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años). . . . .	21
IV.1.1.2. Embarazo adolescente o embarazo precoz. . . . .	22
IV.1.1.2.1. Causas del embarazo en la adolescencia . . . . .	22
IV.1.1.2.2. Edad ideal para el embarazo . . . . .	24
IV.1.1.3. Epidemiología. . . . .	24
IV.1.1.4. Embarazo en adolescentes y aspectos culturales. . . . .	28
IV.1.1.5. Embarazo no planeado y su repercusión social . . . . .	28
IV.1.1.6. Morbilidad en la adolescente embarazada. . . . .	30
IV.1.1.7. Riesgo perinatales en los hijos de madres adolescentes. . . . .	31
IV.1.1.8. Mortalidad materna en adolescentes . . . . .	36
IV.1.2. Complicaciones somáticas. . . . .	37
IV.1.2.1. Para la madre. . . . .	37
IV.1.2.2. Para el hijo. . . . .	38

IV.1.2.3. Muerte materna en adolescentes en República Dominicana. . . . .	38
IV.1.2.4. Pronóstico . . . . .	39
IV.1.2.5. Prevención. . . . .	39
IV.1.2.6. Planificación en la adolescencia. . . . .	41
V. Hipótesis. . . . .	43
VI. Operacionalización de las variables . . . . .	44
VII. Material y métodos . . . . .	47
VII.1. Tipo de estudio . . . . .	47
VII.2. Demarcación geográfica y ámbito de estudio. . . . .	47
VII.3. Universo. . . . .	47
VII.4. Muestra. . . . .	47
VII.5. Criterios. . . . .	48
VII.5.1. De inclusión. . . . .	48
VII.5.2. De exclusión. . . . .	48
VII. 6. Instrumento de recolección de datos . . . . .	48
VII. 7. Procedimiento. . . . .	48
VII.8. Tabulación . . . . .	48
VII.9. Análisis. . . . .	48
VII.10. Aspectos éticos. . . . .	49
VIII. Resultados. . . . .	50
IX. Discusión. . . . .	67
X. Conclusiones. . . . .	69
XI. Recomendaciones. . . . .	70
XII. Referencias . . . . .	72
XIII. Anexos. . . . .	77
XIII.1. Cronograma . . . . .	77
XIII.2. Instrumento de recolección de datos . . . . .	78
XIII. 3. Costos y recursos. . . . .	80
XIII.4. Evaluación. . . . .	81

## **AGRADECIMIENTOS.**

A Dios.

Por darme la vida, por ser mi guía y acompañarme durante todo el sendero de mi vida y el recorrido de esta meta de ser profesional. Gracias señor por estar siempre a mi lado dándome las fuerzas para seguir siempre hacia delante, haciéndome entender que después de una caída hay que levantarse y poder obtener nuestra recompensa.

A la Universidad Pedro Henríquez Ureña.

Por haberme acogido y darme a través de sus excelentes profesores los conocimientos necesarios para alcanzar la meta que me trace.

Al Hospital Juan Pablo Pina.

Por ser una institución que no tiene nada que envidiarle a otra de su nivel y tener profesionales preparados y con deseos de enseñar.

A los Miembros del Consejo de Enseñanza en especial al Dr. Ervin D. Jiménez y la Dra. Concepción A. Sierra.

Por su entrega incondicional y su excelente labor como coordinador y jefa de enseñanza.

A mis asesores.

Por haber colaborado y participado en esta ardua labor.

La sustentante.

## **DEDICATORIAS.**

A Dios.

Señor ante todo te doy las gracias porque además de darme la vida, has dado lugar a que se cumplan mis deseos más anhelados. Eres tu quien nos da el ser y nos da la fuerza y el valor para tomar iniciativas, por eso siempre reconoceré lo grandioso que eres señor.

A mis padres: Félix M. Mercedes y Luz María Pujols.

Gracias por haberme estimulado al estudio, ofrecerme su apoyo y comprensión y estar siempre presente en los momentos más difíciles de mi vida y por darme su respaldo para que hoy mi sueño se haga realidad.

A mi esposo: Marcos José Feliz Almanzar.

Por tu apoyo incondicional, por estar en esos momentos donde te toco ser madre y padre a la vez, y por darme tu apoyo moral y económico.

A mi hermana: Cristina Mercedes Pujols.

Por estar siempre a mi lado motivándome con esa chispa de energía que la caracteriza y ayudándome en los momentos cuando más la necesite.

A mi hijo: Brayan José Feliz Mercedes.

Por ser el motor de arranque que me impulsa a sentir el deseo de superarme y ser cada día mejor.

A mis sobrinos: Shanell y Faidel.

Esperando que este esfuerzo pueda encender en ellos el espíritu de formación.

A mis amigas: Getty y Bethania.

Quienes siempre han estado a mi lado y por motivarme a seguir cuando siento que no puedo.

A mis compañeras de residencia.

Por haberme acompañado durante todo este proceso de aprendizaje y comprenderme en los momentos felices y difíciles de nuestra vida académica.

Dra. Juliana Carolina Mercedes Pujols.

## **RESUMEN.**

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo para determinar la frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la consulta de obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina. Mayo-junio 2016. La frecuencia de embarazos en adolescentes fue de un 45.8 por ciento. La principal causa de embarazo en adolescentes fue el nivel socioeconómico bajo con un 63.9 por ciento. El 65.9 por ciento de las pacientes tenían de 17-19 años. El 92.1 por ciento de las pacientes son dominicanas. El 68.8 por ciento de las pacientes conviven en unión libre. El 52.9 por ciento de las pacientes son amas de casa. El 63.9 por ciento de las pacientes están en bajo nivel socioeconómico. El 57.7 por ciento de las pacientes cursaron hasta la secundaria. El 50.5 por ciento no dejaron la escuela. El 2.4 por ciento de las pacientes presentaron amigdalitis en los antecedentes personales patológicos. El 62.5 por ciento de las pacientes tenían de 14-16 años al momento de la menarquía. El 72.1 por ciento de las pacientes tenían de 14-16 años al momento de su primer coito. El 62.5 por ciento de las pacientes no usaban métodos anticonceptivos. El 39.9 por ciento de las pacientes tenían de 28-36 semanas de gestación. El 76.9 por ciento de las pacientes no deseaban el embarazo. El 74.0 por ciento de las pacientes estaban en su primer embarazo, un 10.6 por ciento habían tenido 1 aborto, un 6.2 por ciento habían tenido 1 cesárea y un 10.6 por ciento habían tenido 1 parto vía vaginal.

**Palabras claves:** frecuencia, causas, embarazo, adolescentes.

## **ASBTRACT.**

A prospective to determine the frequency and causes of teen pregnancy attending the OB Juan Pablo Pina Hospital descriptive study. May-June 2016. The teen pregnancy rate was 45.8 percent. The main cause of teenage pregnancy was low socioeconomic level to 63.9 percent. 65.9 percent of patients had 17-19 years. 92.1 percent of patients are Dominican. 68.8 percent of patients live in free union. 52.9 percent of patients are housewives. 63.9 percent of patients are at low socioeconomic status. 57.7 percent of patients coursed through high school. 50.5 percent did not let school. 2.4 percent of patients had tonsillitis in medical history. 62.5 percent of patients were 14-16 years at the time of menarche. 72.1 percent of patients were 14-16 years old at the time of first intercourse. 62.5 percent of patients were not using contraception. 39.9 percent of patients had 28-36 weeks gestation. 76.9 percent of patients did not want the pregnancy. 74.0 percent of the patients were in their first pregnancy, 10.6 percent had had one abortion, 6.2 percent had had one caesarean section and 10.6 percent had had one birth vaginally.

**Keywords:** frequency, causes, pregnancy, adolescents.

## I. INTRODUCCIÓN.

Adolescencia según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 20 años. La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural.<sup>1</sup>

Los objetivos del presente trabajo son conocer la repercusión que tiene un embarazo en adolescentes en la esfera social y en la propia salud tanto de la madre como del hijo, y la forma de prevención de ésta entidad. El embarazo en la adolescencia se define como el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.

El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. El embarazo no planeado en una adolescente puede provocarle serios trastornos biológicos, sobre todo si es menor de 15 años.<sup>2</sup>

Además de repercutir sobre su esfera social, se interrumpe el proyecto educativo y surge la necesidad de ingresar prematuramente a un trabajo, generalmente mal remunerado. La censura social sobre la adolescente y su familia se hacen evidentes, se desencadenan matrimonios apresurados que generalmente no duran con las subsiguientes repercusiones sociales, económicas, personales y sobre la salud de los hijos.<sup>3</sup>

## I.1. Antecedentes.

Santa Mateo. Publicó en el Nuevo Diario en el año 2013 que la República Dominicana registra una «alarmante» cifra de embarazo en adolescentes, que implica el 25 al 30 por ciento de las mujeres que no superan los 19 años de edad y sitúa al país como el quinto de América Latina con esa problemática, advirtieron hoy expertos consultados por Santa Mateo. Con motivo del Día Mundial de la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes, que se celebra el 26 de septiembre de cada año, los expertos señalaron que las provincias dominicanas que mayores casos registran son las del sur, como San Cristóbal, Azua y Pedernales. «Se trata de un problema brutal. Somos el quinto país de toda América Latina en embarazos en adolescentes. El problema es muy claro: las jóvenes tienen acceso a la información y la conocen, pero no la manejan bien y, a veces, tampoco tienen pleno acceso a la misma», dijo Santa Mateo, asesora de género de la sección dominicana de la ONG Plan. De acuerdo con datos de Unicef, por delante de República Dominicana sólo se encuentran Ecuador, Venezuela, Nicaragua y Honduras. Por ejemplo, al hospital regional Juan Pablo Pina, en San Cristóbal (Sur), asiste un promedio mensual de 1.671 adolescentes embarazadas de entre 10 y 14 años y a 1.711 de entre 15 y 19 años, un 20 por ciento del total de embarazos que se atienden allí, según relató el director del centro, Miguel Ángel Geraldino. Muchos embarazos son fruto de violaciones por parte de padrastros, un vecino, un familiar o algún allegado a la menor, que en su casi totalidad pertenecen a clases sociales muy bajas y cuenta con un grado de escolaridad bajo, señaló el médico. La causa de los embarazos es multifactorial y la falta de educación y de información es decisiva, según el galeno, quien subrayó que la mayoría de las adolescentes embarazadas que son atendidas en el hospital que dirige, ya ha abandonado la escuela. La espiral de niñas gestantes obligó incluso a los responsables del Juan Pablo Pina a crear una Unidad de Cuidados de Menores Embarazadas. Por su parte, Santa Mateo, la asesora de la ONG Plan, opinó que una parte del problema radica en que las adolescentes «no saben manejar adecuadamente la información sobre prevención de embarazos de la que disponen». A ello se une el hecho de que en el seno familiar «no se aborda el tema, no saben cómo dialogar sobre el asunto y hay una verdadera falta de

comunicación», añadió. Para Mateo parte de la clave de cómo empezar a revertir estas cifras es mediante un «pacto de Estado», en el que participaran todas las fuerzas vivas de República Dominicana.<sup>4</sup>

María de Jesús Conde. Publicó en el Día en el año 2012 que un 22,1 por ciento de las jóvenes en República Dominicana entre 15 y 19 años tiene al menos un hijo, lo que perpetúa la pobreza y limita el desarrollo del país, indicó un informe de UNICEF y organismos de protección de la niñez. «El embarazo a temprana edad representa una de las mayores brechas sociales que perpetúa el círculo de la pobreza», resalta el estudio «Análisis de la situación de la infancia y la adolescencia en República Dominicana 2012», publicado por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Santo Domingo. El documento, elaborado con apoyo del Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo y el Consejo Nacional de la Niñez (CONANI), señala además que el 33,2 por ciento de las adolescentes y mujeres jóvenes de las familias más pobres «se habían embarazado antes de cumplir 20 años». En República Dominicana, con 9,4 millones de habitantes, la pobreza ascendió a 42,2 por ciento y un 36,17 por ciento de su población es menor de 17 años, según cifras de la Cepal de 2011 y datos oficiales de 2010, respectivamente. La recurrencia de embarazos precoces, «una de las mayores causas de deserción escolar en adolescentes (44%)», ubica a República Dominicana como el quinto país con más incidencia de este fenómeno en América Latina, por detrás de Nicaragua, Honduras, Venezuela y Ecuador. Según el estudio, la mitad de la población de entre 14 y 17 años está fuera del sistema educativo y sólo un 18,4 por ciento concluye sus estudios. La representante de UNICEF en el país, María de Jesús Conde, señaló que para combatir la exclusión educativa se deben «reducir factores» como el trabajo infantil, el embarazo en adolescentes, la violencia en sus múltiples formas y la discriminación por discapacidad.<sup>5</sup>

Dalia C. Patricia Rojas García, *et al.* (2010). Este estudio llamado: El embarazo en adolescentes tiene consecuencias biológicas y sociales, fue realizado en la Universidad El Bosque. Colombia. En Colombia la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años es del 20.5 por ciento. El 44.5 por ciento de las menores de 19 años han abortado.

El estudio fue de tipo cualitativo con 17 jóvenes. La información recopilada previo consentimiento informado fue de historias clínicas, grupos focales, y entrevistas. El embarazo no planeado fue de 11 casos en el noviazgo, 1 por promiscuidad y 5 (29.4%) por abuso sexual o incesto. Este último se oculta por vergüenza o temor al rechazo social. Hubo abandono de pareja en 9 casos, crisis familiar y social, aislamiento y deserción escolar. Cambios psicosociales: negación y rechazo (aborto, abandono, adopción de conductas de riesgo).<sup>6</sup>

## I.2. Justificación.

El embarazo en adolescentes es considerado como un problema social, el cual ha sido analizado desde muchas perspectivas sin llegar al fondo de la situación, conociendo la morbilidad materno infantil y el impacto psicosocial que este genera.

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho social importante; aún más durante la adolescencia, momento de la vida que conlleva a una serie de situaciones que pueden poner en riesgo la salud de la madre y del hijo en comparación con aquel que se produce en edades óptimas para la concepción.<sup>7,8</sup>

La adolescencia es un periodo de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez. Es un periodo de desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad.

El embarazo en las adolescentes según la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como aquel que ocurre entre los 10 y los 20 años de edad. Se produce entre la adolescencia inicial o pubertad y antes del final de la adolescencia (19-20 o 21 años).

También se refiere el término a las mujeres que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, variable según los distintos países del mundo, así como las mujeres embarazadas que están en situación de dependencia de la familia de origen.

Con motivo del Día Mundial de Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes, que se celebra el 26 de septiembre de cada año, los expertos señalaron que las provincias dominicanas que mayores casos registran son las del sur, como San Cristóbal, Azua y Pedernales.

En el hospital regional Juan Pablo Pina, en San Cristóbal, asiste aproximadamente 1,671 adolescentes embarazadas mensualmente entre 10 y 14 años y 1,711 de entre 15 y 19 años, un 20 por ciento del total de embarazos que se atienden allí.<sup>30</sup>

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Uno de los problemas más complejos que actualmente confronta la reproducción humana se produce justamente en este período: el embarazo en la adolescencia, considerado como un problema biomédico con elevado riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, que conlleva un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal. Tiene además implicancias socioculturales y psicológicas con elevado costo personal, educacional, familiar y social.<sup>9</sup>

Desde la perspectiva sociocultural, la adolescente embarazada limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ven obligadas a desertar del sistema escolar, quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas.

Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño.<sup>9</sup>

No obstante esta realidad, existe escasa investigación sistemática sobre el efecto del embarazo precoz en la deserción escolar.

Existen aún menos estudios en el grupo de adolescentes que ha desertado antes del embarazo. Sólo algunos estudios epidemiológicos señalan en sus aspectos socioculturales, datos de incidencia de deserción escolar por causa de embarazo.

En Chile, en el año 2000 la deserción escolar en la enseñanza básica y media fue de 11,3 por ciento, correspondiendo de este porcentaje, 9,9 por ciento a la enseñanza media con 106.000 adolescentes entre 14 y 17 años y 1,4 por ciento a la enseñanza básica.

Los resultados de la encuesta CASEN 2000, muestran las diferencias entre hombres y mujeres con relación a las razones para no asistir a un establecimiento educacional, siendo en el hombre la causa principal la dificultad económica (23,6%), en cambio, en las mujeres, es la maternidad o embarazo (28,7%).<sup>9</sup>

Es por eso que nos hacemos la siguiente interrogante: ¿Cuál es la frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la consulta de obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina. Mayo-junio 2016?

### **III. OBJETIVOS.**

#### **III.1. General.**

1. Determinar la frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la consulta de obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina. Mayo-junio 2016.

#### **III.2. Específicos.**

Determinar la frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la consulta de obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina. Mayo-junio 2016, según:

1. Edad.
2. Nacionalidad.
3. Estado civil.
4. Ocupación.
5. Nivel socioeconómico.
6. Escolaridad.
7. Deserción escolar.
8. Antecedentes personales patológicos.
9. Edad de la menarquía.
10. Edad del primer coito.
11. Uso de método anticonceptivo.
12. Edad gestacional.
13. Embarazo deseado.
14. Antecedentes obstétricos.

## IV. MARCO TEÓRICO.

### IV.1. Adolescencia.

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros.<sup>10</sup>

«La adolescencia es una etapa de alto riesgo de embarazo no buscado, en la que más del 80 por ciento de los embarazos son no buscados.» Existen muchos factores de riesgo, los cuales hacen que durante el proceso de embarazo la salud de la adolescente esta en un gran riesgo. La situaciones pueden ser: escasa experiencia de vida, falta de autonomía económica, momento vital dentro de su carrera formativa o laboral, influencia de su grupo de pares en la toma de decisiones, situación clandestina de su actividad sexual dentro de su familia, falta de confianza y confidencialidad en la consulta.<sup>11</sup>

Existen múltiples definiciones sobre adolescencia, de la cuales citaremos las siguientes: edad de transición que sucede en la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo. Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que transcurre entre la pubertad y la edad juvenil. Su aparición está señalada por la pubertad, pero la aparición de este fenómeno biológico es solamente el comienzo de un proceso continuo y más general, tanto en el plano somático como en el psíquico, y que prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto.

Aparte del aspecto biológico de este fenómeno, las transformaciones psíquicas están profundamente influenciadas por el ambiente social y cultural. Es un periodo vital de transición entre la infancia y la edad adulta. La adolescencia es tanto una construcción social como un atributo del individuo.<sup>12</sup>

Ciertas culturas y subculturas reconocen un periodo de transición de una década o más entre la infancia y la edad adulta, mientras que en otras consideran que esa transición ocurre en el curso de un breve rito de iniciación que puede durar unos pocos días u horas.

Deriva de «adolecer», que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez. Según la OMS, es un lapso de edad que va desde los 10 a los 20 años, con variaciones culturales e individuales. Desde el punto de vista biológico, se inicia cuando aparecen los caracteres sexuales secundarios y la capacidad de reproducción, y termina con el cierre de los cartílagos epifisarios y del crecimiento. Socialmente es el periodo de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta autónoma, económica y socialmente. Psicológicamente, según Bühler, es el periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, cuando se asumen los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto.<sup>12</sup>

En la República Dominicana la incidencia de embarazo en adolescente es del 25 al 30 por ciento. La población adolescente en el mundo, se estima que representa entre un 27 y un 28 por ciento de la población total. De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), en México la población adolescente se ha duplicado en los últimos 30 años. En 1970 representaba un 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa 21.3 por ciento.

La población adolescente en México representa una quinta parte de la población del país, lo que supone que es la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación. Para que se cumpla este supuesto es indispensable que el capital humano se prepare tanto en el aspecto académico como en el humanista.<sup>12</sup>

Más de 20 millones de adolescentes y jóvenes en México, tomarán decisiones que en buena medida determinaran el curso de sus vidas y a la vez el futuro del país dependerá de los hoy jóvenes, de la madurez con que se hayan tomado estas decisiones, en la medida que aprovechen las oportunidades de desarrollo que se les presenten.

La adolescencia como ya se dijo en las definiciones, está marcada por grandes cambios, los cuales transforman al individuo en todos los sentidos, físico, biológico, psicológico, social, sexual y económico entre otros.

El embarazo en adolescentes es un periodo de transición, de descubrimiento, es un periodo de crisis y de conflictos que resolver tanto a nivel interno como externo. Es una etapa donde se tiene que lograr la identidad del individuo, a través de experimentar una serie de roles que se le presentan al adolescente, quizás sea la etapa más importante del desarrollo humano.<sup>12</sup> Mucho se dice, especialmente por padres de familia que la etapa de adolescente es la más difícil sin embargo quienes la hemos vivido y miramos en retrospectiva, consideramos que es una de las etapas más bonitas de la vida del ser humano, si contaste con las herramientas suficientes para sortearla con éxito. Dentro de los retos, cambios, crisis y conflictos que se presentan en la adolescencia, especialmente hay un aspecto, el cual por ser de los primeros en madurar y de las consecuencias que produce puede marcar la vida de un chico o una chica adolescente y hacerlo vivir de manera acelerada los cambios que debió disfrutar.<sup>12</sup>

#### IV.1.1.1. Historia

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo considerado un problema en todos los países del mundo, con marcada importancia en países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Es así como en América Latina un 15 a un 25 por ciento de los Recién Nacidos Vivos son hijos de una madre menor de 20 años. En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 a 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. Los adolescentes representan al 20 por ciento del total de la población andina. De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 a 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. "La probabilidad de ser madres en esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y sin protección".<sup>13</sup>

En América Latina, la fecundidad adolescente no muestra una tendencia sistemática a la baja como en otros países del mundo. De hecho, en la región se calcula que existe alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad, a nivel mundial esta tasa es inferior únicamente a la que se encuentra en África Sub-Sahariana. Además, América Latina es la región del mundo donde la mayor fracción del total de nacimientos son los de madres adolescentes, es una característica de la región. Aunque también en algunos países industrializados se da esta tónica (Reino Unido, Canadá; Austria, Islandia) Dentro de los países de la región Chile y Perú presentan el porcentaje más bajo, seguido por Bolivia, mientras que en Colombia, Ecuador y Venezuela, más del 20 por ciento de las adolescentes son madres o están embarazadas. En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años. Los adolescentes representan el 20 por ciento de la población ecuatoriana.<sup>14</sup>

La tendencia de la fecundidad en adolescente en el país en la última década incrementó, siendo la más alta de la región subandina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres. Las proporciones de maternidad adolescentes son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), el (34.1%) tienen instrucción primaria comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). La Costa es la región con más índice de embarazos adolescentes en Ecuador. Según las cifras del último censo de población del Inec del 2010, en el país hubo 2,609 niñas de entre 12 y 14 años que tuvieron al menos un hijo nacido vivo. En la provincia del Guayas se registró el mayor número (653 casos). Le siguió Manabí (300), Los Ríos (240) y Pichincha (218). «Lo más alarmante es que de ese número, 289 ya tuvieron dos hijos. Y actualmente hay en el país 120,000 madres adolescentes de 15 a 19 años, de las cuales 800 ya tuvieron el tercer hijo». El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores riesgos médicos (anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte perinatal, pre-eclampsia, etc.), problemas psicológicos en la madre (depresión post-parto, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales (bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros).

El riesgo de mortalidad materna es mayor entre las adolescentes, aunque los factores económicos, sociales, de nutrición y de atención pre-natal pueden influir en cierto grado.<sup>15</sup>

#### IV.1.1.1. Clasificación.

La adolescencia según las diferentes edades tanto en hombres como en mujeres se puede dividir en 3 etapas, cada una con características propias:<sup>16</sup>

##### IV.1.1.1.1. Adolescencia temprana (10 a 13 años).

Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Sicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos. Personalmente se preocupa por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

##### IV.1.1.1.2. Adolescencia media (14 a 16 años).

Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su desarrollo y crecimiento somático. Es el periodo de máxima relación con sus amistades, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos es el inicio de experiencias y actividades sexuales, asume conductas omnipotentes casi generadoras de riesgos. Se preocupan por su apariencia física, desean poseer un cuerpo más atractivo y manifiestan fascinación por la moda.<sup>17</sup>

##### IV.1.1.1.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años).

Por lo general casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a los padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de amistades va perdiendo jerarquía. Desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.<sup>16</sup>

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a las adolescentes especialmente durante un embarazo, a sabiendas que una adolescente que se embaraza se comportara como corresponde al momento de la vida que está viviendo, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar esperando un hijo.<sup>17</sup>

#### IV.1.1.2. Embarazo adolescente o embarazo precoz

El embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia.<sup>15</sup>

Al embarazo en la adolescencia se define como: «el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen».<sup>18</sup>

##### IV.1.1.2.1. Causas del embarazo en la adolescencia

Ya como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las dependencias que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentran las siguientes:

1. El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer.
2. La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos;
3. La presión de los compañeros, que alientan a los adolescentes a tener relaciones sexuales.
4. El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada.

5. Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición; y la falta de una buena educación sexual. Respecto a las consecuencias y efectos negativos que se derivan de un embarazo temprano, como es el caso de las adolescentes los diversos autores y dependencias coinciden en que estos efectos repercuten principalmente en tres aspectos:

Desde el punto de vista médico:

-La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preeclampsia, complicaciones en el parto y enfermedades de transmisión sexual, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo.

-Los bebés de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos más problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.<sup>19</sup>

Desde el punto de vista psicológico:

-La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio, teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como «factores suicidógenos circunstanciales».

-La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo.<sup>18</sup>

Visto desde el contexto social destacan:

1. Las escasas oportunidades de proseguir con su escolarización.
2. Las dificultades para su inserción en el mercado de trabajo.
3. Su desarrollo social y cultural.
4. La formación de una familia y su estabilidad.<sup>19</sup>

#### IV.1.1.2.2. Edad ideal para el embarazo

Biológicamente la edad ideal para que una mujer tenga su bebé, es antes de que cumpla los treinta años. El desarrollo físico y la fertilidad alcanzan su máximo índice entre los 20 y los 25 años, generalmente la mujer a esta edad no presenta enfermedades crónicas y tiene mucha energía. La fertilidad empieza a disminuir después de los 30 años. Emocionalmente muchas mujeres en sus veinte años, no están listas para aceptar las responsabilidades, el compromiso y el cambio del estilo de vida que la llegada de un bebé implica. Por estas razones, que se suman a la estabilidad económica, metas de la carrera profesional, objetivos personales y otras razones más, hoy en día muchas mujeres inician su maternidad después de los 35 y hasta los 40 años, cuando en generaciones anteriores a esas edades ya se consideraban o eran abuelos. La maternidad iniciada a dichas edades tiende a ir en aumento mundialmente.<sup>20</sup>

#### IV.1.1.3. Epidemiología

Los embarazos en los adolescentes tienen una prevalencia que varía de acuerdo a las regiones, según la OPS los países latinoamericanos tienen una prevalencia del 16.3 por ciento, en Estados Unidos se reporta del 10 al 12 por ciento, en Europa aproximadamente el 7 por ciento, Asia 7.7 por ciento y los países africanos con la prevalencia más alta hasta del 45 por ciento.

En nuestro país se calcula que hay aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes, la prevalencia se estima en 17 por ciento, con una tasa de fecundidad de 70.1 por mil mujeres entre 12 a 19 años.<sup>21</sup>

Las tasas de embarazo se ha incrementado en forma sustancial en las jóvenes, mientras la tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 15 años fue de seis embarazos por cada mil, en las jóvenes de 16 y 17 años fue de 101 por cada mil y el mayor incremento se observó en las adolescentes de 18 y 19 años quienes alcanzaron una tasa de 225 embarazos por cada mil mujeres. Estos resultados ubican al embarazo en la adolescencia como un problema relevante en nuestro país, sobre todo en mujeres de 18 a 19 años.<sup>22</sup>

La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado. El término de incidencia es sin dudas uno de los más importantes ya que tiene que ver con el aumento que una enfermedad puede mostrar a lo largo del tiempo, permitiendo así su análisis y posible solución.

El embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto. El embarazo es el estado de la mujer en el cual se desarrolla un feto en su útero. Comprende desde la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide hasta el parto o expulsión del feto.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y 19 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años de edad.

En la República Dominicana la incidencia de embarazo en adolescentes es alta, representando entre el 25 y el 30 por ciento de las adolescentes y sitúa al país como el quinto de América Latina con esa problemática. De enero a agosto del 2010, un total de 13,975 adolescentes embarazadas entre 15 y 19 años se convirtieron en madres en el país. El número de atenciones de partos asistidos en ese lapso de tiempo fue de 36,546, según las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud Pública. En la provincia Santo Domingo se calcula un 19 por ciento. A nivel provincial las mayores tasas se verifican en Azua con 36.9 por ciento; Pedernales 35.1 por ciento; Bahoruco 34.9 por ciento; Elías Piña 32 por ciento, Montecristi y Dajabón 22 por ciento, Puerto Plata 21 por ciento y El Seibo 11 por ciento, siendo la más baja.<sup>23</sup>

En el 2012 según ENDESA el 24 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada, bien sea porque están gestando por primera vez (5 por ciento) o porque ya son madres (19 por ciento), lo cual representa un aumento de dos puntos porcentuales desde la ENDESA 2005- 2006. El porcentaje que ya son madres es bajo en las mujeres de 15 y 16 años y se incrementa rápidamente hasta llegar al 28 por ciento a los 18 años y al 36 por ciento a los 19 años.

Un estudio de la Red Muchachos con Don Bosco, arrojó que la tasa de embarazo en adolescentes en República Dominicana es de un 23 por ciento, y que la mayor prevalencia de ésta es en lugares pobres y con un nivel educativo menor.<sup>24</sup>

El estudio contó con una muestra constituida por 87 adolescente embarazadas de 12 a 19 años pertenecientes a los centros locales de la red y a los barrios más pobres de Barahona, Mao, Jarabacoa, La Vega y Santo Domingo, los sectores Cristo Rey, María Auxiliadora, Villa Juana y el 12 de Haina.<sup>25</sup>

La investigación, realizada por la especialista en políticas públicas y educadora, Karina Corvalán, reveló que el 46 por ciento de las embarazadas encuestadas provienen de la Capital.

La investigación indicó que las adolescentes de 12 a 15 años han tenido un rango mayor en primera relación sexual, representado por un 57.6 por ciento.<sup>25</sup>

Concluyó que el 20 por ciento de las parejas de las adolescentes embarazadas son también adolescentes a diferencia de la mayoría, que representa el 80 por ciento, que son adultos.

Según el estudio, el 39 por ciento de los embarazos en las adolescentes ha sido accidental, en tanto que el 61 por ciento ha sido planificado y aceptado por las parejas.

La investigadora Corvalán resaltó que las adolescentes prefieren quedar embarazadas para tratar de mejorar su estilo de vida y salir de la pobreza por medio de la manutención de su pareja sentimental, quien a su entender debe hacerse cargo de todo.<sup>26</sup>

El 49.2 por ciento de la población adolescente en el Perú son mujeres y el 12.5 por ciento de este grupo están embarazadas o ya son madres. Estas cifras reflejan

un problema de salud pública, ya que el embarazo en adolescente es una causa de muerte materna y en muchas ocasiones terminan en abortos inducidos en condiciones clandestinas e inseguras que producen serias lesiones e incluso la muerte de la madre.<sup>27</sup>

En muchas regiones del Perú, el embarazo a muy temprana edad es parte del patrón cultural de la zona y por lo tanto, es aceptado por los grupos sociales; pero en las grandes ciudades, éste representa un gran problema para los adolescentes porque no ha sido planificado: se da en parejas que no han iniciado su vida en común o en situaciones de unión consensual, lo que generalmente, termina con el abandono de la mujer y del hijo, configurando así el problema social de la «madre soltera».

Las adolescentes quedan embarazadas por una serie de razones. En la mayoría de casos es por falta de información, consejo, medidas preventivas o por tradiciones y prácticas culturales. El embarazo precoz es la segunda causa de deserción escolar debido a que muchas de las futuras madres abandonan la escuela para hacerse cargo del recién nacido.<sup>27</sup>

Sin embargo, en algunas regiones pobres del país, un hijo a temprana edad constituye un proyecto de vida para muchas adolescentes que escogen el matrimonio y la maternidad para afirmar su identidad ante sí misma, su familia y la comunidad.<sup>27</sup>

Es importante destacar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades. Definiremos el embarazo en adolescentes como la gestación en mujeres, cuyo rango es de 10-19 años y 11 meses de edad.<sup>27</sup>

El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea. Dicha situación produce un serio problema biomédico ya que presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad materna, perinatal

y neonatal, agregándose el impacto que produce a nivel sociocultural y psicológico con un elevado costo a nivel personal, deserción escolar, familias disfuncionales. Además del descenso de la línea de pobreza hacen a sus hijos más pobres y con menos oportunidades.<sup>28</sup>

#### IV.1.1.4. Embarazo en adolescentes y aspectos culturales.

Si bien es cierto que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública no hay que olvidar que el embarazo en edades tempranas en algunos lugares del país es un acontecimiento social atribuido a los usos y costumbres derivado de aspectos culturales de la región, es decir, en algunas comunidades las mujeres jóvenes solteras ven la maternidad como una forma de estatus social y es una forma de ganar reconocimiento como adultas, creen que les ayudará a mantener una relación estable con el padre del niño/a y es una forma también de adquirir un lugar especial dentro de su grupo social.

En grupos sociales tradicionales se le da un gran valor a la fertilidad y la falta de hijos pueden llevar al esposo o compañero a abandonar el hogar o al divorcio. Por tanto, algunas mujeres jóvenes se embarazan antes de casarse para probar que son fértiles, otras para garantizar su seguridad. En los grupos sociales con mayores carencias económicas y educativas, el inicio de la vida sexual responde en mayor medida a patrones de nupcialidad temprana, por lo que ambos eventos suelen ocurrir casi simultáneamente.

La experiencia con menores niveles de escolaridad indica que alrededor de los 18 años se unen a una pareja e inician su vida sexual, en promedio un año después, experimentan el nacimiento del primer hijo.<sup>28</sup>

#### IV.1.1.5. Embarazo no planeado y su repercusión social.

Las Adolescentes cuando se embarazan frecuentemente son víctimas del rechazo familiar, social y escolar lo que provoca aislamiento, depresión y baja autoestima. El embarazo no planeado en este grupo de edad es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, sexo sin protección, la falla anticonceptiva por el uso incorrecto de anticonceptivos y/o la falta de uso de un anticonceptivo, así como

el exceso del consumo de alcohol y la drogadicción. Para una adolescente el embarazo representa una amenaza para su desarrollo integral, la pérdida de una preparación académica y con ello la pérdida de oportunidades para mejorar su calidad de vida; representa también, la pérdida de la libertad y de los proyectos de vida.

Cuando el embarazo aparece, los adolescentes tienden a unirse como consecuencia del mismo embarazo y no bajo una condición diferente que les de libertad para elegir con quién vivir, por lo tanto, la unión se da con la persona que deben estar y no con la que hubiesen deseado. Esto hace uniones forzadas que frecuentemente se producen problemas en la relación con la pareja y desintegración familiar, aun en el caso de que la pareja sea la deseada, las exigencias matrimoniales así como las obligaciones y compromisos de la maternidad y paternidad influyen en la relación misma.<sup>29</sup>

La ansiedad, depresión y la frustración que produce un embarazo no deseado frecuentemente genera rechazo hacia el producto de la concepción, aumentando la probabilidad de maltrato fetal (cualquier acto que de manera intencionada o negligente pueda lesionar al embrión o al feto), el maltrato fetal inicia con el automaltrato físico y psicológico de la madre (dejar de comer, consumir drogas, alcohol o intentar inducir el aborto) y después con la falta de atención médica oportuna por negligencia o temor que el mismo embarazo condiciona.

En la vida postnatal los hijos de madres adolescentes son más propensos a sufrir trastornos emocionales, maltrato físico, abandono, carencias económicas, afectivas y educativas.

En los países en desarrollo el aborto es legal, sin embargo, en países en vías de desarrollo no está permitido y el 55 por ciento de los abortos que se practican en estos países se realizan en condiciones inseguras poniendo en riesgo la vida de las adolescentes. La incidencia de abortos clandestinos en Latinoamérica se calcula en un 3 por ciento aproximadamente con una tasa similar en Estados Unidos.

En el caso de los varones adolescentes la visión del embarazo no deseado es diferente ya que reconocen las limitaciones futuras que esto conlleva por lo que

apoyan más el aborto como medida resolutive desde luego hay que tener presente que también intervienen aspectos religiosos y socioeconómicos para su decisión.<sup>30</sup>

#### IV.1.1.6. Morbilidad en la adolescente embarazada.

Se ha dicho que embarazo en una adolescente representa riesgo para su salud debido a que no ha completado su desarrollo anatómico, fisiológico y psicológico, bajo esta premisa, la convierte en un individuo vulnerable con más probabilidades de desarrollar complicaciones en el mismo embarazo tales como: anemia, preeclampsia o embarazo postérmino que puede repercutir en la salud del recién nacido. La inmadurez del canal del parto, la mineralización incompleta de la pelvis materna o inmadurez de las estructuras genitales dan como consecuencia presentaciones fetales o variedades de posición anormales que no favorecen el nacimiento por vía vaginal, por lo que, se incrementa la posibilidad de cesáreas. En aquellas que logran partos vaginales, la inmadurez del canal del parto favorece al parto operatorio (Utilización de fórceps). Esta vieja concepción ha ido cambiando ya que se ha demostrado que la adolescente no presentan tantas complicaciones como se pensaba, por ejemplo, la adolescente es capaz de resolver el embarazo por parto vaginal sin complicaciones, y los partos distócicos en este grupo de edad no difieren significativamente al compararlos con mujeres de mayores de 20 años.<sup>30</sup>

De las complicaciones maternas más frecuentes asociadas al embarazo en adolescentes esta la anemia. Se estima que el embarazo condiciona anemia en un 14 por ciento y en casos extremos puede llegar al 51 por ciento lo que aumenta el riesgo de muerte materna, bajo peso al nacer del recién nacido, parto pretérmino y muerte perinatal. La detección temprana de anemia y el suplemento oportuno con hierro oral disminuye riesgos en el embarazo, corrige la anemia y mejora la talla.

En México la anemia por deficiencia de hierro es un problema de salud pública, 10.9 por ciento de las mujeres entre 10 y 19 años la padecen debido a que en esta etapa hay un requerimiento mayor de hierro como consecuencia del crecimiento y desarrollo de la adolescente y por el inicio de la menstruación, pero, cuando una adolescente se embaraza las demandas de hierro aumenta por las

necesidades del feto, de tal forma que se requiere un suplemento oral extra porque las fuentes alimentarias no alcanzan a cubrir los requerimientos diarios. El suplemento de hierro en el embarazo debe hacerse desde el inicio, sin embargo, como los embarazos en adolescentes se presentan como un evento accidental, el control prenatal lo inician tardíamente retrasando la suplementación de hierro.

En términos generales se ha observado en diferentes partes del mundo que el control prenatal en la adolescente embarazada es insuficiente porque se inicia tardíamente por múltiples razones. Las adolescentes embarazadas menores de 16 años, el control prenatal se inician al final del primer trimestre por lo se torna insuficiente e irregular ya que en promedio la madre adolescente recibe 4 consultas durante todo el embarazo. Este retraso en el control del embarazo expone a la adolescente embarazada a riesgos para la salud porque no se detectan patologías que pueden poner en peligro la vida de la madre y el hijo. De las patologías más frecuentemente observadas están: las infecciones cervicovaginales 54.2 por ciento y las infecciones urinarias 23.8 por ciento, que son las principales causas de amenaza de parto pretérmino y la rotura prematura de membranas (factores de riesgo para prematurez), anemia 6.7 por ciento y preeclampsia 3.8 por ciento.<sup>31</sup>

El período intergenésico se define como el tiempo que transcurre entre el nacimiento del penúltimo hijo al nacimiento del último y este tiempo puede dar lugar a complicaciones obstétricas cuando el periodo intergenésico es menor a 15 meses considerado como corto.

Desde el punto de vista sociodemográfico, los estudios epidemiológicos revelan que el periodo intergenésico corto está relacionado con la baja escolaridad de las madres y es más frecuente en mujeres adolescentes.<sup>32</sup>

#### IV.1.1.7. Riesgos perinatales en los hijos de madres adolescentes.

Se ha considerado que los niños que nacen de madres adolescentes tienen más riesgo a complicaciones y entre las más frecuentes está: la prematurez, el retraso en el crecimiento, el bajo peso al nacer, parto pretérmino, malformaciones fetales y Apgar bajos al nacimiento.

Cuando uno o varios factores están presentes la probabilidad de muerte perinatal es de 2 a 3 veces más comparado con los recién nacidos cuyas madres son mayores de 20 años.

La prematurez es uno de los problemas de salud más prevalentes en la población, explica el 75 por ciento de la mortalidad perinatal y el 50 por ciento de la discapacidad neurológica en la infancia. Se estima que la prevalencia en países en desarrollo es de 8 al 10 por ciento aunque algunos autores consideran una prevalencia del 5 al 11 por ciento. En Estados Unidos la prevalencia es del 11 por ciento y en Europa del 5 al 17 por ciento pero en regiones pobres la prevalencia puede llegar hasta el 40 por ciento. La prematurez está relacionada con baja escolaridad y es más frecuente en madres solteras. Los nacimientos antes del término (antes de las semanas 37 de gestación) en su mayoría son a consecuencia de la activación del mecanismo de trabajo de parto y/o por la rotura de las membranas corioamnióticas siendo estas las causas más frecuentes de prematurez y producidas por procesos infecciosos del tracto urogenital.<sup>33</sup>

Los niños prematuros tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones como: Síndrome de dificultad respiratoria, taquipnea transitoria del recién nacido, enfermedad de membrana hialina, retención de líquido pulmonar, Ictericia e hipoglucemia lo que provoca frecuentemente estancias intrahospitalarias prolongadas.<sup>34</sup>

En la medida en que la prematurez es mayor, las complicaciones suelen presentarse en forma grave. La inmadurez del sistema nervioso y del flujo sanguíneo del cerebro hace que estos niños sean más propensos a presentar hemorragias intracraneales que en muchas ocasiones son mínimos y no originan problemas inmediatos, pero cuando los sangrados son importantes, puede llegar a provocar la muerte del recién nacido o bien provocar daño neurológico como: parálisis cerebral, problemas de atención, aprendizaje o comportamiento hasta retraso mental. Un porcentaje importante de pacientes prematuros, sobre todo de peso inferior a 1.000 gramos, pueden presentar complicaciones en la retina dando lugar a la ceguera, o en el oído provocando sordera.

Algunos estudios han hecho un seguimiento en niños que nacieron prematuros observando a lo largo de edad escolar que presentan el bajo rendimiento escolar por dificultades en el aprendizaje, problemas de atención, de coordinación visomotora, además de trastornos emocionales y de integración social.

En el caso de los recién nacidos cuyas madres son adolescentes y que nacieron antes del término, parece ser que la prematurez no está en relación a las condiciones fisiológicas derivadas de la inmadurez, sino más bien, a las variables socioculturales, condiciones de falta de cuidado y falta de atención médica oportuna, por lo tanto, el retraso en la atención médica prenatal no permite la detección de factores de riesgo oportunamente para implementar estrategias que permitan disminuir el riesgo a la prematurez y por ende la morbilidad perinatal.<sup>34</sup>

Los aspectos socioculturales relacionados con la prematurez son: bajo grado de escolaridad, estado civil (estar solteras), periodo intergenésico menor a 24 meses, tabaquismo, mal control prenatal, parasitosis.

El bajo peso al nacimiento es uno de los indicadores más útiles para evaluar los resultados de la atención prenatal, es también una complicación potencial en la adolescente embarazada y permite estimar la morbilidad neonatal y las perspectivas de supervivencia infantil, además, de la salud del niño durante el primer año de vida. Se ha dicho que la mortalidad durante el primer año de vida es 14 veces mayor en los niños que nacen con bajo peso en comparación con los que tienen un peso normal al nacimiento. El bajo peso se presenta en 1 de cada 14 niños con una prevalencia del 7 hasta el 19 por ciento.

Los recién nacidos con bajo peso al nacer son más susceptibles a padecer enfermedades agudas y crónicas. Antiguamente se creía que el bajo peso en los hijos de madres adolescentes debía a una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria dados por el embarazo o bien por un síndrome de mala adaptación, sin embargo, estudios epidemiológicos muestran que está relacionado con: malnutrición materna que provoca en la madre anemia y esto contribuye a una alteración en el proceso de crecimiento y desarrollo fetal.

La anemia por deficiencia de hierro es un problema de salud pública mundial, principalmente en niños y en mujeres en edad fértil. Las adolescentes tienen requerimientos de hierro mayor debido al crecimiento y desarrollo y por el inicio de la menstruación; cuando una adolescente se embaraza la demanda de hierro es mayor debido al crecimiento de los tejidos fetales, de tal forma que, una deficiencia de hierro contribuye a un retraso en el crecimiento.<sup>34</sup>

Cada individuo al nacimiento es evaluado mediante la calificación de Apgar, es la una evaluación que se realiza al recién nacido al momento del nacimiento. Esta prueba fue desarrollada en 1952 por la anesthesióloga Virginia Apgar y fue creada para evaluar rápidamente la condición física del recién nacido después del parto, permite determinar la necesidad inmediata de cualquier tratamiento adicional o resolver una emergencia médica. La valoración de Apgar se realiza dos veces: la primera vez al minuto después del nacimiento y la segunda vez a los cinco minutos. En ocasiones y no de manera frecuente si la condición del recién nacido es grave y las dos primera puntuaciones son bajas se puede realizar una tercera a los 10 minutos después del nacimiento. Para evaluar condición del recién nacido se utilizan cinco criterios: Actividad y tono muscular, frecuencia cardiaca, irritabilidad refleja, coloración y esfuerzo respiratorio. Cada factor se evalúa utilizando una escala numérica del 0 al 2, se suman las puntuaciones de los cinco criterios y se obtiene una calificación.<sup>35</sup>

La norma oficial mexicana que reglamenta la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacidos considera sin depresión de 7 a 10 puntos, es decir, recién nacidos normales. Depresión moderada de 4 a 6 puntos y depresión severa de 3 puntos o menos en Apgar bajo está en relación al daño cerebral por falta de oxígeno al momento de nacer. Dentro de las causas maternas asociadas a Apgar bajo esta la preeclampsia, infección urinaria, y de los factores fetales está: recién nacido pretérmino, postérmino, retraso en el crecimiento intrauterino, preeclampsia, sufrimiento fetal y macrosómicos. Se ha dicho que los hijos de madre adolescente tienden más a calificaciones Apgar más bajas con respecto a los recién nacidos hijos de madres mayores de 20 años. Observaron calificaciones de Apgar al minuto menor a 6 puntos en el 13.2 por ciento en un

grupo de adolescentes embarazadas, 4 por ciento obtuvo una calificación menor a 6 puntos a los 5 minutos encontró Apgar bajo en el 8 por ciento en recién nacidos hijos de madres adolescentes contra el 6.9 por ciento recién nacidos hijos de madres mayores de 20 años. Los recién nacidos hijos de madres entre los 15 y 16 años el Apgar bajo se presentó en el 17.8 por ciento y en recién nacidos cuyas madres tuvieron edades entre 17 a 19 años el Apgar bajo se presentó en el 11 por ciento de los casos, por lo tanto, el Apgar está en relación a la edad, a menor edad, mayor probabilidad de Apgar bajo.<sup>35</sup>

Se ha calculado que el riesgo a malformaciones congénitas en la población general es del 2 al 5 por ciento, sin embargo, se ha dicho que el embarazo en adolescentes incrementa la probabilidad de un recién nacido con malformación (7.9%). El tipo de malformaciones que los hijos de madres adolescentes presentan con frecuencia no son de tipo cromosómicas si no malformaciones de la línea media, es decir, de tipo craneofaciales, del tracto gastrointestinal y sistema nervioso. Cabe señalar que una anomalía congénita tiene un significado distinto si se presenta de manera aislada o si se acompaña de alguna otra alteración física ocasionada por múltiples anomalías, el modo de presentación nos permite agruparlos para diagnosticar síndromes, secuencias, complejos o asociaciones.

La muerte fetal es un suceso que se presenta con frecuencia. La OMS a través del código internacional de enfermedades (CIE) define la muerte fetal temprana como el cese de la vida de un feto con peso entre 500 a 1000 grs. o entre la semana 22 a 28 de gestación (muerte temprana); la muerte de un feto después de la semana 28 de gestación hasta antes del nacimiento o bien con peso mínimo de 1000 grs. y/o con una longitud corona-talón igual o mayor a 35 cm se le denomina muerte fetal tardía.<sup>35</sup>

La muerte fetal se clasifica en muerte fetal antes del parto o muerte fetal durante el trabajo de parto.

Se ha calculado que la muerte fetal se presenta del 20 a 32 x 1000 nacimiento teniendo las tasas más altas en los países pobres, sin embargo, en Latinoamérica las tasas se reportan de 7 a 10 x 1000 nacidos vivos. En la mayoría de las veces la causa de la muerte fetal se desconoce, pero se ha propuesto que el mecanismo

está relacionado con cualquier proceso que interfiere con el aporte adecuado de nutrientes y oxígeno hacia el feto. Dentro de los factores relacionados con las muertes fetales se ha descrito: la edad materna, donde el riesgo es mayor en mujeres menores de 18 y mayores de 35 años. Otros factores descritos son: el periodo intergenésico corto, multiparidad, desnutrición materna, desnutrición materna, obesidad, anemia severa y otras condiciones médicas como diabetes, hipertensión y tromboembolias placentarias.

Diversos estudios han mostrado que la frecuencia de muerte fetal es mayor en las madres que no reciben atención prenatal adecuada. Los factores que se consideran más importantes desde el punto de vista clínico del feto son: anomalías cromosómicas, fetos pretérmino, bajo peso, sexo masculino y embarazo gemelar.<sup>36</sup>

#### IV.1.1.8. Mortalidad materna en adolescentes.

Cada año, más de 529.000 mujeres mueren a causa de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. Casi todas estas muertes se producen en países en desarrollo, allí las tasas de fertilidad son más altas y el riesgo de que una mujer muera durante el embarazo o el parto es 400 veces superior al que se registra en los países desarrollados.

La mortalidad materna es un indicador de la inequidad entre géneros y de desigualdad económica entre sus pobladores, por lo que tiene relación con el nivel de desarrollo de una región o país. En México la preeclampsia es la primera causa de muerte materna seguida por las hemorragias y ambas, suman más de la mitad de las muertes que pueden ser evitadas cuando se identifican factores de riesgo oportunamente, no obstante, la mayoría de las muertes maternas ocurren al término de los embarazos.

En los países en vías de desarrollo las adolescentes que se embarazan tienen el doble de probabilidad de morir en comparación con mujeres mayores de 20 años. Las menores de 15 años cuando se embarazan la mortalidad se incrementa hasta 5 veces más, la preeclampsia es la complicación más frecuente seguida de hemorragias e infecciones.

Las altas tasas de mortalidad materna que se registran en muchos países en vías de desarrollo están asociadas con: deficiente atención de los servicios de salud, falta de acceso a los servicios médicos, baja escolaridad y desnutrición materna, nivel socioeconómico bajo, inicio del control prenatal tardío, atención de parto, puerperio y aborto de manera inadecuada, violencia sexual, cargas excesivas de trabajo de mujeres embarazadas, lo que incrementa la posibilidad a complicaciones. Por lo tanto un control prenatal adecuado ayuda a identificar factores de riesgo que permita implantar estrategias preventivas a fin de reducir la posibles complicaciones y desde luego la muerte, sin embargo, aún existen muchas mujeres principalmente adolescentes que no llevan un control apropiado, es decir, no reciben el número consultas médicas necesarias para identificar riesgos e implementar estrategias de prevención. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 007 una mujer embarazada requiere cuando menos cinco consultas durante el embarazo para reducir riesgo.<sup>37</sup>

#### IV.1.2. Complicaciones somáticas.

##### IV.1.2.1. Para la madre.

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. Con respecto a la morbilidad maternofetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.<sup>37, 38,39</sup>

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas. Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo en adolescentes.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo en adolescentes, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como Síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal.<sup>37, 38,39</sup>

#### IV.1.2.2. Para el hijo.

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural y bajo peso al nacer. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables.

#### IV.1.2.3. Muerte materna en adolescentes en República Dominicana.

La tasa de mortalidad materna en la República Dominicana es una de las más altas de América Latina, 109.4 por cada cien mil nacidos vivos. Y según los especialistas, el alto porcentaje de embarazos en menores de edad tiene que ver con estos índices.

En efecto, el 19 por ciento de las muertes maternas ocurre en adolescentes entre 15 y 19 años, de acuerdo al estudio prevención del embarazo en la adolescencia 2011.

A nivel mundial al menos 60,000 adolescentes mueren cada año a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo y el parto.<sup>39, 40</sup>

#### IV.1.2.3. Pronóstico.

El hecho de tener el primer hijo durante la adolescencia hace que una mujer tenga mayores probabilidades de tener en general más hijos. Las madres adolescentes se atrasan aproximadamente dos años con respecto a su grupo de edad para completar sus estudios. Las mujeres que tienen un bebé durante sus años de adolescencia tienen mayor probabilidad de vivir en la pobreza.<sup>41</sup>

Las madres adolescentes con antecedentes de abuso de sustancias son más propensas a reincidir en este comportamiento aproximadamente a los 6 meses después del parto.

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad que las madres mayores de tener un segundo hijo dentro de los dos años siguientes al primer hijo.

Los bebés que nacen de mujeres adolescentes tienen mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo. Asimismo, las niñas que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidad de convertirse en madres adolescentes igualmente y los niños tienen una tasa superior al promedio de ser arrestados y encarcelados.<sup>41</sup>

#### IV.1.2.4. Prevención.

Para prevenir el embarazo en adolescentes, las intervenciones por parte del profesional de enfermería deben estar orientadas a:<sup>42,43</sup>

1. Permitir a las adolescentes ser partícipes de la elaboración de las políticas de salud sexual y reproductiva, con la finalidad de lograr articular la política y la realidad sentida por la adolescente, lo cual permite empoderamiento alrededor de su sexualidad para la toma de decisiones responsables, autónomas y saludables.
2. Adelantar acciones para que las mujeres adolescentes conozcan y se apropien de sus deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.

3. Brindar educación sexual y reproductiva a las adolescentes, enmarcada dentro de una formación que tenga base en los aspectos afectivos y morales, lo cual permite dar sentido y responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad.<sup>42,43</sup>
4. Identificar redes de apoyo para estas madres con el fin de contribuir en el desempeño del nuevo rol al que se van a ver enfrentadas, además de incorporar a los padres, familia o cuidadores como agentes primarios de formación, reforzando la información que ellos manejan.
5. Brindar asesoría en salud sexual y reproductiva, tanto en las instituciones de salud como de educación; dicha educación debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud, grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes; debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad y a la toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo.
6. Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, de tal forma que estos no se conviertan en una limitante al momento de ejercer los derechos en salud sexual y reproductiva.<sup>42,43</sup>
7. A través de la consejería en anticoncepción, sensibilizar, informar y motivar a las adolescentes sobre la importancia de los métodos de anticoncepción y el ejercicio de la sexualidad de manera libre, segura y responsable, con el fin de evitar embarazos no deseados y un segundo embarazo en las adolescentes que ya son madres.
8. Contar con profesionales especializados en el tema, lo cual permite cualificar el cuidado que se brinda a la población adolescente y por ende impactar positivamente en la prevención del embarazo en este grupo poblacional.
9. Capacitar permanentemente a todo el personal de salud que brinda orientación a la población adolescente, buscando lograr personal altamente calificado y capacitado para brindar atención integral a este grupo poblacional.

10. Brindar educación oportuna, veraz y clara a la adolescente, a fin de ayudar a incrementar los conocimientos en salud sexual y reproductiva, generar actitudes para una sexualidad sana, postergar el inicio de la actividad sexual, promover prácticas sexuales protegidas y contribuir a una cultura que favorezca la sexualidad libre y sin riesgos.<sup>44,45</sup>
11. Divulgar información confiable sobre las características, ventajas y efectos secundarios de los distintos métodos de anticoncepción, así como verificar el entendimiento de la misma, partiendo de lo establecido en los derechos sexuales y reproductivos. Ofrecer servicios amigables a la población adolescente, servicios donde predomine la confianza, donde los jóvenes se sientan escuchados y sientan que su intimidad está siendo protegida.<sup>44,45</sup>

#### IV.1.2.6. Planificación en la adolescencia.

Existen muchos tipos de programas de prevención del embarazo en la adolescencia. Los programas de educación para la abstinencia que estimulan a las jóvenes a posponer la iniciación de la actividad sexual hasta el matrimonio o hasta que estén lo suficientemente maduras y preparadas para manejar la actividad sexual y un posible embarazo en una forma responsable.<sup>46</sup>

Los programas basados en el conocimiento se dirigen a enseñar a las adolescentes a conocer su cuerpo y sus funciones normales, y a suministrar información detallada sobre los métodos anticonceptivos. Los programas con enfoque clínico brindan un acceso más fácil a la información, asesoría médica y servicios de anticoncepción. Muchos de estos programas funcionan a través de clínicas ubicadas en las escuelas.

Los programas de asesoría por parte de compañeros que generalmente involucran adolescentes mayores y respetadas que invitan a otras adolescentes a resistirse a las presiones sociales y de los compañeros para llegar a involucrarse sexualmente. Estos programas tienden a tomar más un enfoque vivencial, ayudando a las adolescentes a personalizar los riesgos. Estos programas de asesoría de compañeros también le brindan a aquellas adolescentes, que ya están involucradas en actividades sexuales, las habilidades para la negociación dentro de las relaciones

sentimentales y la información que necesitan para obtener y utilizar los anticonceptivos en forma efectiva.<sup>46</sup>

1. Método natural:

- Amenorrea de la lactancia (MELA).
- Abstinencia.
- Ritmo o calendario.
- Temporal basal y moco cervical.

2. Método de barrera:

- Diafragma.
- Condón.
- Espermaticidas.
- DIU.

3. Método hormonal:

- Anticoncepción hormonal oral.
- Anticoncepción oral combinado.
- Norplant.
- Método post-coital.

4. Método quirúrgico:

- Ligadura de trompas.
- Vasectomía.<sup>47</sup>

## **V. HIPÓTESIS.**

1. La frecuencia de embarazo en adolescentes que acuden a la consulta de obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina. Mayo-junio 2016, es alta.
2. El nivel socioeconómico bajo es la causa más frecuente del embarazo en adolescentes.

## VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Frecuencia	Es el número de casos nuevos de un evento en una población y un tiempo determinado.	Por ciento	Nominal
Causas	Es aquello que se considera como el fundamento o el origen de algo.	Según el formulario.	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta su ingreso hospitalario.	Años cumplidos.	Ordinal
Nacionalidad	Condición que reconoce a una persona la pertenencia a un estado o nación, lo que conlleva una serie de derechos y deberes políticos y sociales.	Dominicana. Extranjera.	Nominal
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Soltera. Casada. Unión libre.	Nominal
Ocupación	Se define como el conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo.	Según el formulario.	Nominal
Nivel socioeconómico	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas.	Según el formulario.	Nominal

Escolaridad	Es el grado de estudio al que llega una persona.	Analfabeta. Primaria. Secundaria Universitaria. Técnica.	Nominal
Deserción escolar	Se refiere al abandono de escuela.	Si. No.	Nominal
Antecedentes personales patológicos	Es la recopilación de datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales e historia de la enfermedad actual.	Según el formulario.	Nominal
Edad de la menarquía	Es la edad que se tenía en el momento de su primera menstruación.	Años.	Ordinal
Edad del primer coito	Es la edad que se tenía en el momento de su primera relación sexual.	Años.	Ordinal
Uso de método anticonceptivo	Es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal.	Si. No.	Nominal
Edad gestacional	Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento.	Semanas.	Ordinal
Embarazo deseado	Es aquel que se produce con el deseo y/o planificación previa de un bebe.	Si. No.	Nominal

Antecedentes obstétricos	Datos o información ginecológica de las madres.	Gesta Parto Aborto Cesárea	Ordinal
-----------------------------	--	-------------------------------------	---------

## VII. MATERIAL Y MÉTODOS.

### VII.1. Tipo de estudio.

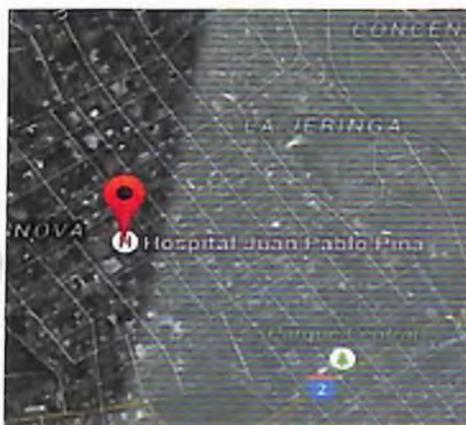
Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo para determinar la frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la consulta de obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina. Mayo-junio 2016. (Ver anexo XIII.1. Cronograma).

### VII.2. Demarcación geográfica y ámbito de estudio

El estudio tuvo como escenario la consulta externa del Hospital Juan Pablo Pina. Este Centro de Salud está ubicado en la calles Santomé No, 42 San Cristóbal; delimitado al norte, calle Santomé, al sur Pedro Renville; al Este Presidente Billini y al Oeste, por la calle Manuel María Seijas. (Ver anexo mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico



Vista aérea

### VII.3. Universo.

Estuvo constituido por 1,035 mujeres embarazadas que asistieron a la consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina. Mayo-junio 2016.

### VII.4. Muestra.

Estuvo constituido por 416 adolescentes embarazadas de 475 que asistieron a la consulta de obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina. Mayo-junio 2016.

## VII.5. Criterios.

### VII.5.1. De inclusión.

1. Adolescentes embarazadas asistidas durante el periodo de estudio.
2. Adolescentes embarazadas que aceptaron ser entrevistadas.

### VII.5.2. De exclusión.

1. Barreras del idioma.
2. Formularios incompletos.
3. Adolescentes embarazadas que no aceptaron ser entrevistadas.

## VII.6. Instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de los datos se utilizó un formulario elaborado por la sustentante que consta de 15 preguntas, 8 cerradas y 7 abiertas, donde se describen datos sociodemográfico: edad, residencia, nacionalidad, escolaridad, ocupación; y datos de la paciente sobre su embarazo, tales como: edad de la menarquía, uso de método anticonceptivo, edad gestacional, antecedentes obstétricos, antecedentes personales patológicos, etc. (Ver anexo XIII.2. Instrumento de recolección de datos).

## VII.7. Procedimiento.

Las informaciones se obtuvieron a través de una encuesta, para el llenado de los formularios, los mismos fueron llenados por la sustentante durante el periodo de la investigación. (Ver anexo XIII.1. Cronograma).

## VII.8. Tabulación.

La información de los datos obtenidos fue tabulada por programas computarizados tales como, epi-info, Excel, y Word 2010.

## VII.9. Análisis.

Los datos obtenidos fueron analizados en frecuencia simple.

## VII.10. Aspectos éticos.

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki<sup>48</sup> y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).<sup>49</sup> El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fue sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como la Unidad de Enseñanza del Hospital Juan Pablo Pina, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por el personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos fueron 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 el llenado del cuestionario y ser contactadas 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 las usuarias en los formularios será 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.

Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada por otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

## VIII. RESULTADOS.

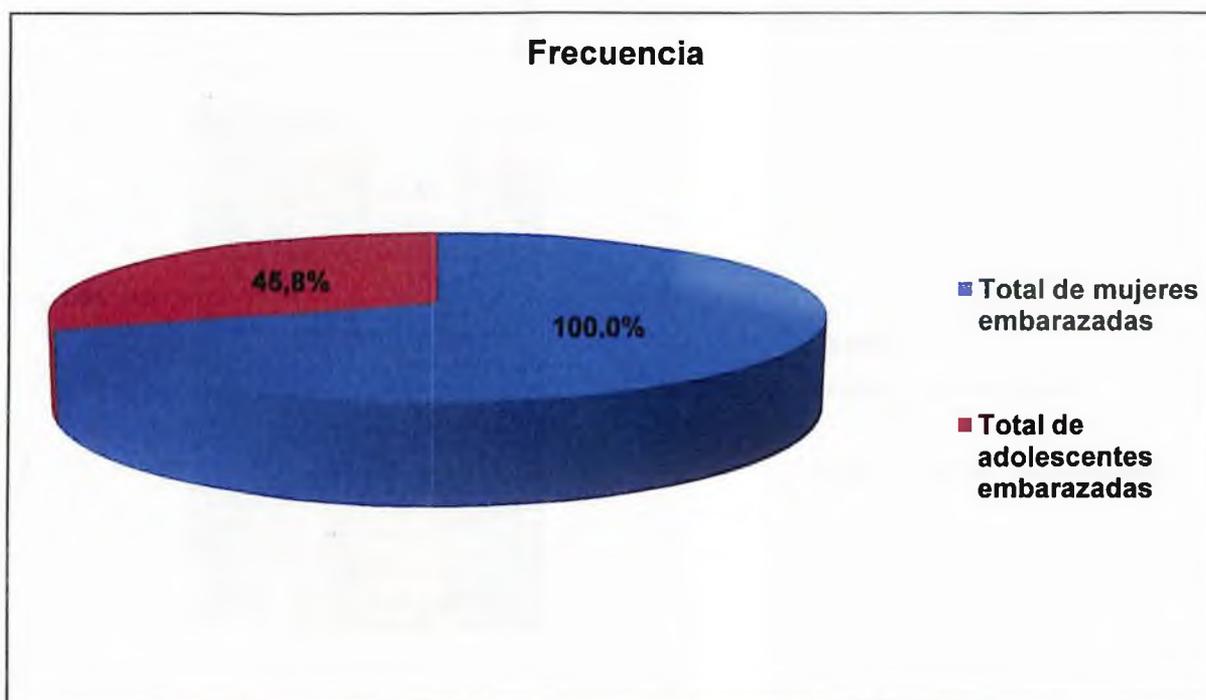
Cuadro 1. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según frecuencia.

Frecuencia	Frecuencia	%
Total de mujeres embarazadas	1,035	100.0
Total de adolescentes embarazadas	475	45.8

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Del total de 1,035 mujeres embarazadas que asistieron a la consulta de Obstetricia, 475 eran adolescentes embarazadas para un 45.8 por ciento. De estas 475 solo 416 aceptaron ser entrevistadas, las demás 59 pacientes 33 sería por la barrera de idiomas y las otras 26 porque no aceptaron ser entrevistadas.

Grafico 1. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según frecuencia.



Fuente: cuadro 1.

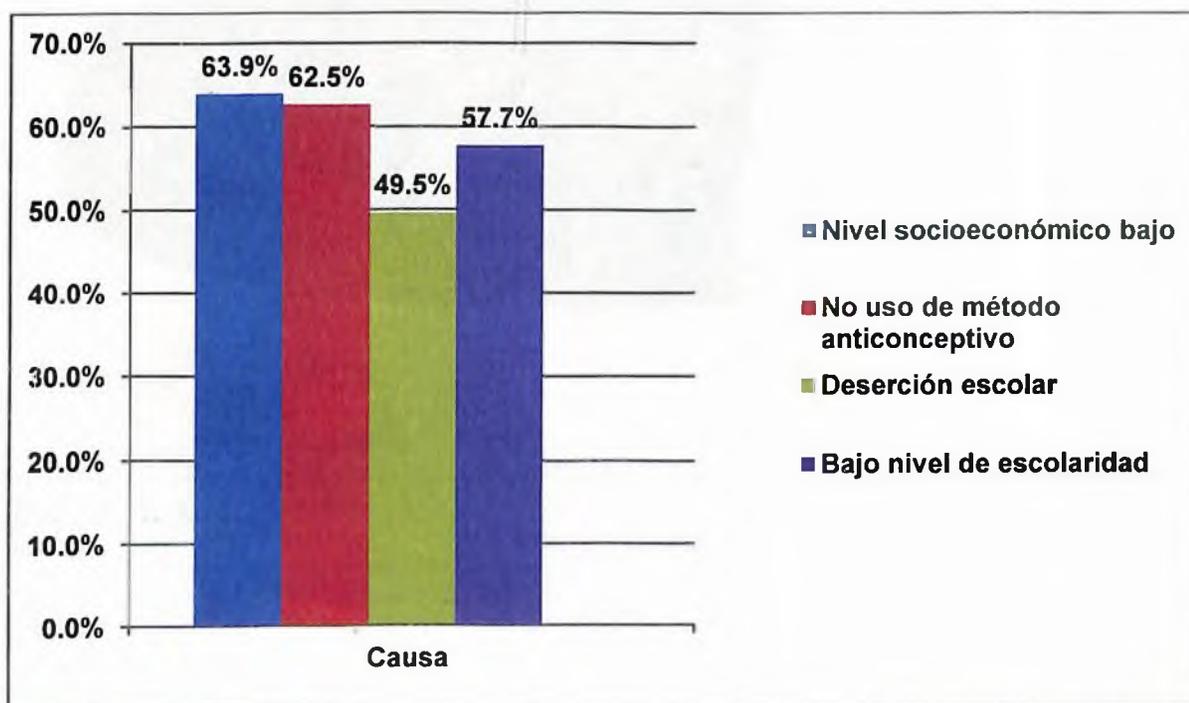
Cuadro 2. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según causa.

Causa	Frecuencia	%
Nivel socioeconómico bajo	133	63.9
No uso de método anticonceptivo	130	62.5
Deserción escolar	103	49.5
Bajo nivel de escolaridad	120	57.7

Fuente: Formulario de recolección de datos.

La principal causa de embarazo en adolescentes fue el nivel socioeconómico bajo con un 63.9 por ciento, seguido del no uso de método anticonceptivo con un 62.5 por ciento, el bajo nivel de escolaridad con un 57.7 por ciento, las pacientes no trabajan son amas de casa con un 52.9 por ciento y la deserción escolar con un 49.5 por ciento.

Gráfico 2. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según causa.



Fuente: cuadro 2.

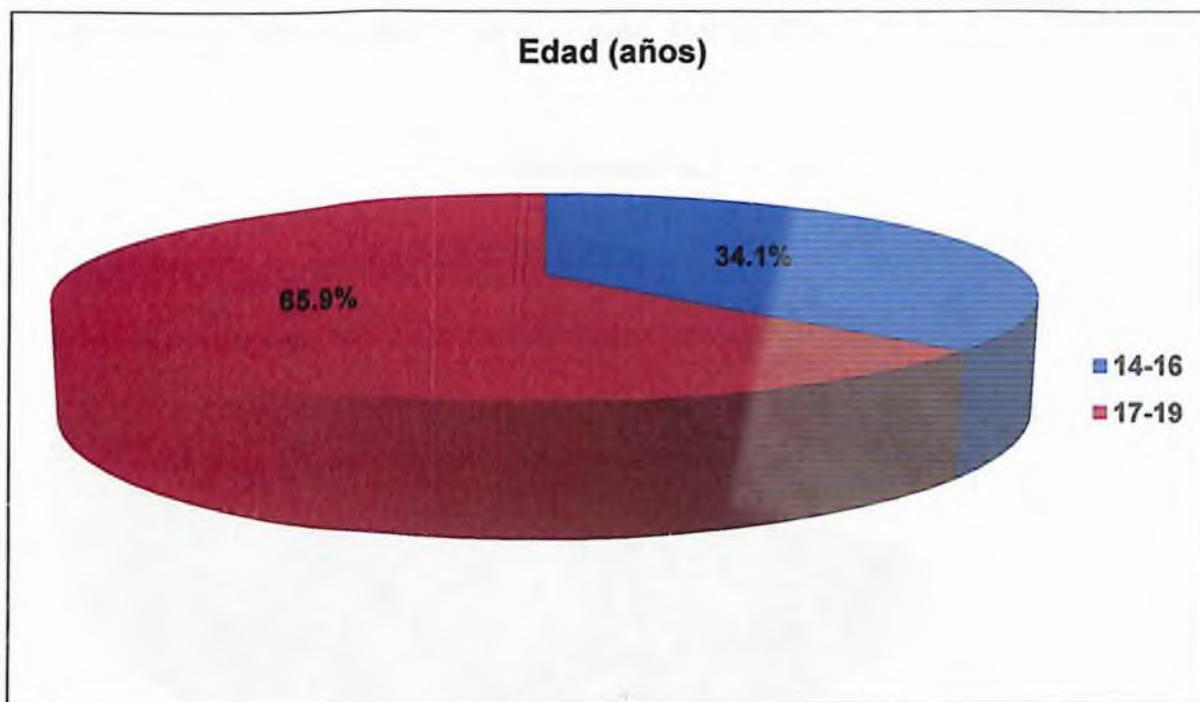
Cuadro 3. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
14-16	142	34.1
17-19	274	65.9
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 65.9 por ciento de las pacientes tenían de 17-19 años y el 34.1 por ciento de 14-16 años.

Grafico 3. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según edad.



Fuente: cuadro 3.

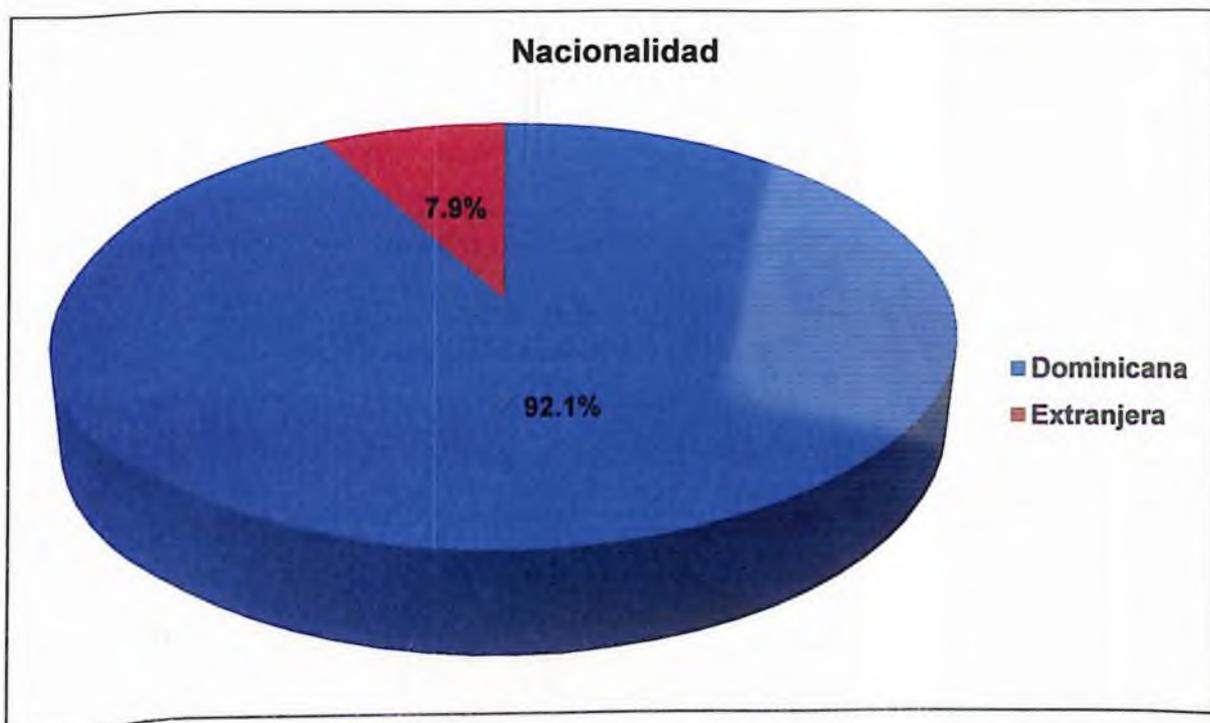
Cuadro 4. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según nacionalidad.

Nacionalidad	Frecuencia	%
Dominicana	383	92.1
Extranjera	33	7.9
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 92.1 por ciento de las pacientes son dominicanas y el 7.9 por ciento extranjeras.

Grafico 4. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según nacionalidad.



Fuente: cuadro 4.

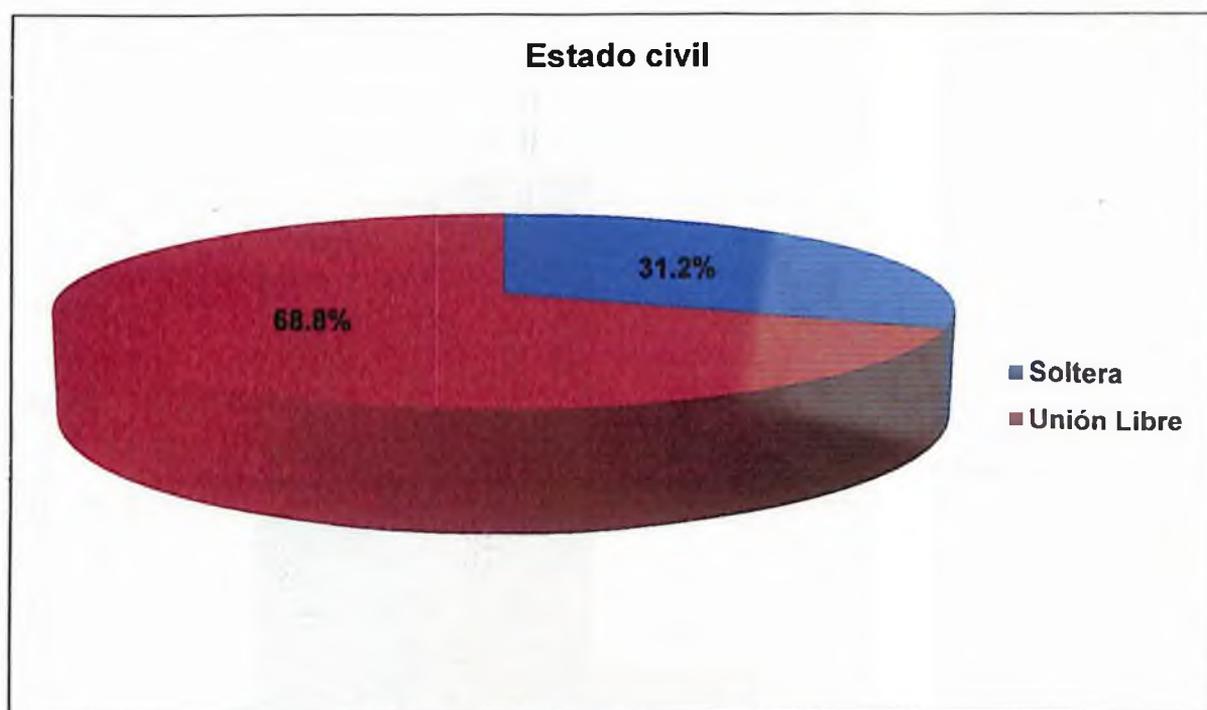
Cuadro 5. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	130	31.2
Unión libre	286	68.8
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 68.8 por ciento de las pacientes conviven en unión libre y el 31.2 por ciento son solteras.

Grafico 5. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según estado civil.



Fuente: cuadro 5.

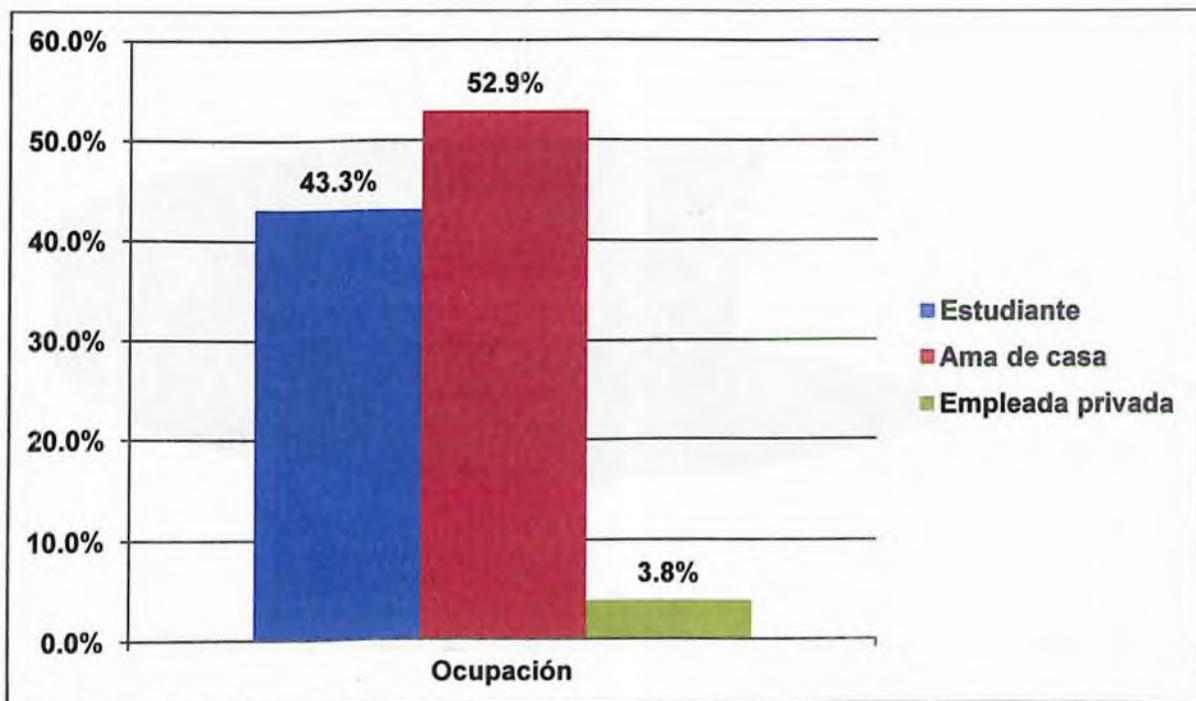
Cuadro 6. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según ocupación.

Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	180	43.3
Ama de casa	220	52.9
Empleada privada	16	3.8
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 52.9 por ciento de las pacientes son amas de casa, el 43.3 por ciento estudiante y el 3.8 por ciento empleada privada.

Grafico 6. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según ocupación



Fuente: cuadro 6.

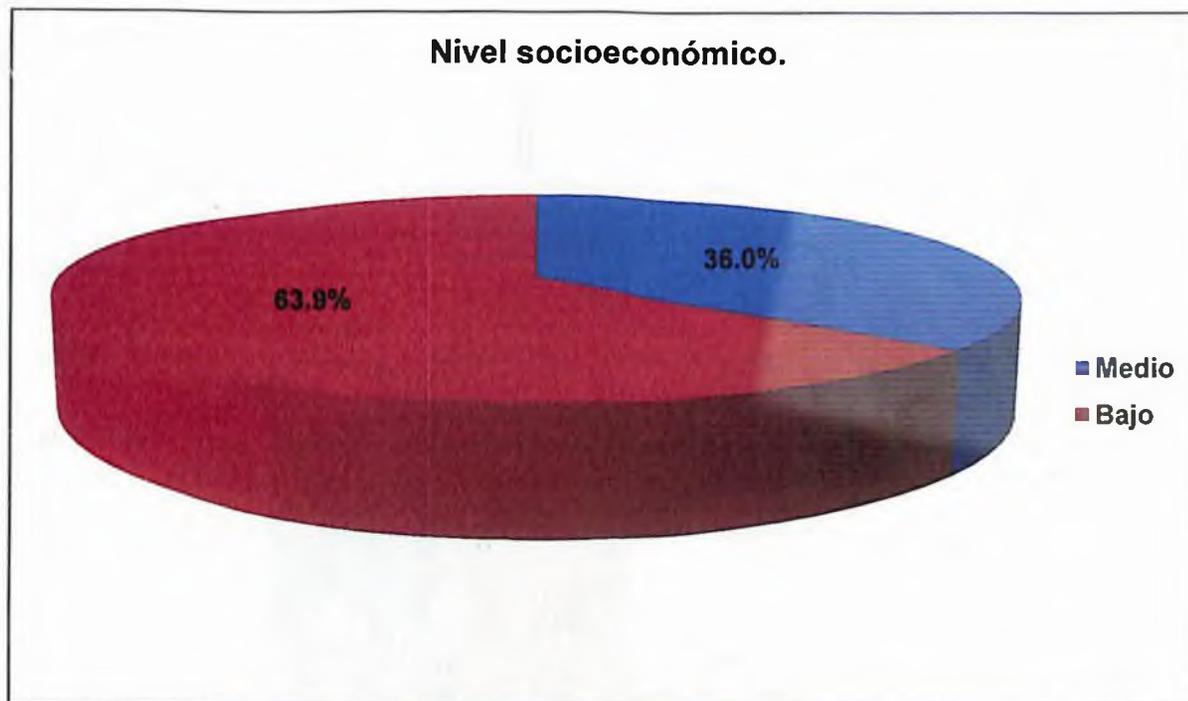
Cuadro 7. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico.	Frecuencia	%
Medio	150	36.0
Bajo	266	63.9
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 63.9 por ciento de las pacientes están en bajo nivel socioeconómico y el 36.0 por ciento medio.

Grafico 7. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según nivel socioeconómico.



Fuente: cuadro 7.

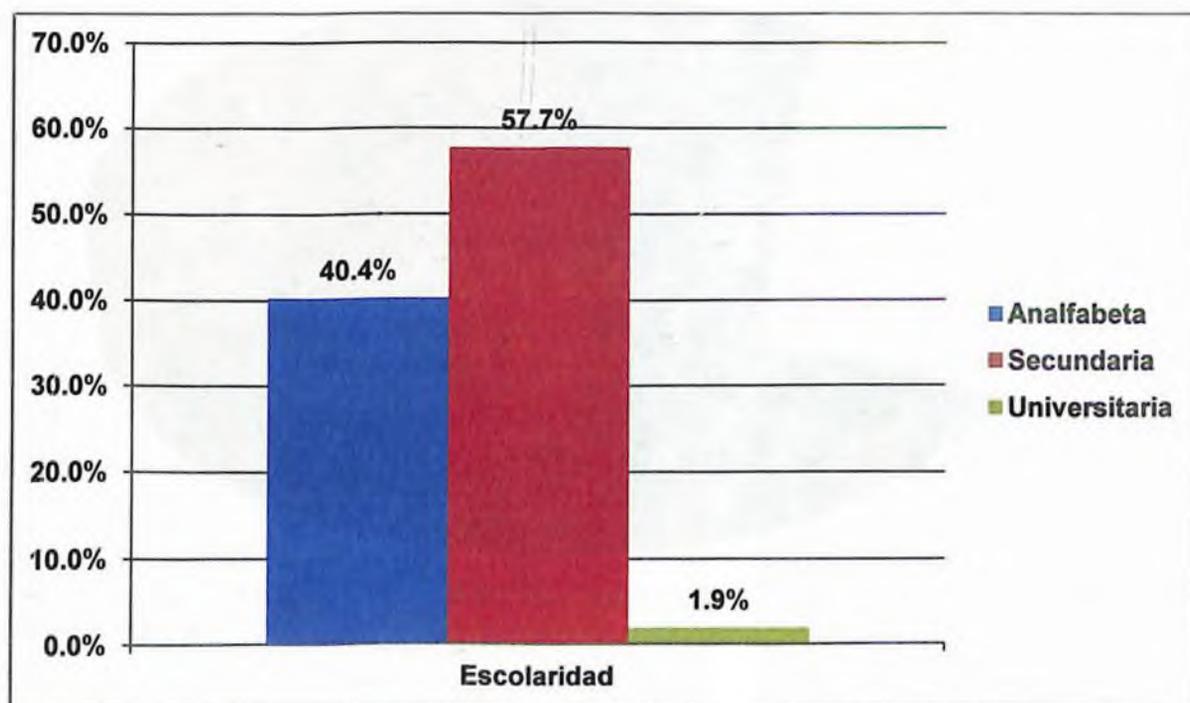
Cuadro 8. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	168	40.4
Secundaria	240	57.7
Universitaria	8	1.9
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 57.7 por ciento de las pacientes cursaron hasta la secundaria, el 40.4 por ciento analfabeta y el 1.9 por ciento universitaria.

Grafico 8. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según escolaridad.



Fuente: cuadro 8.

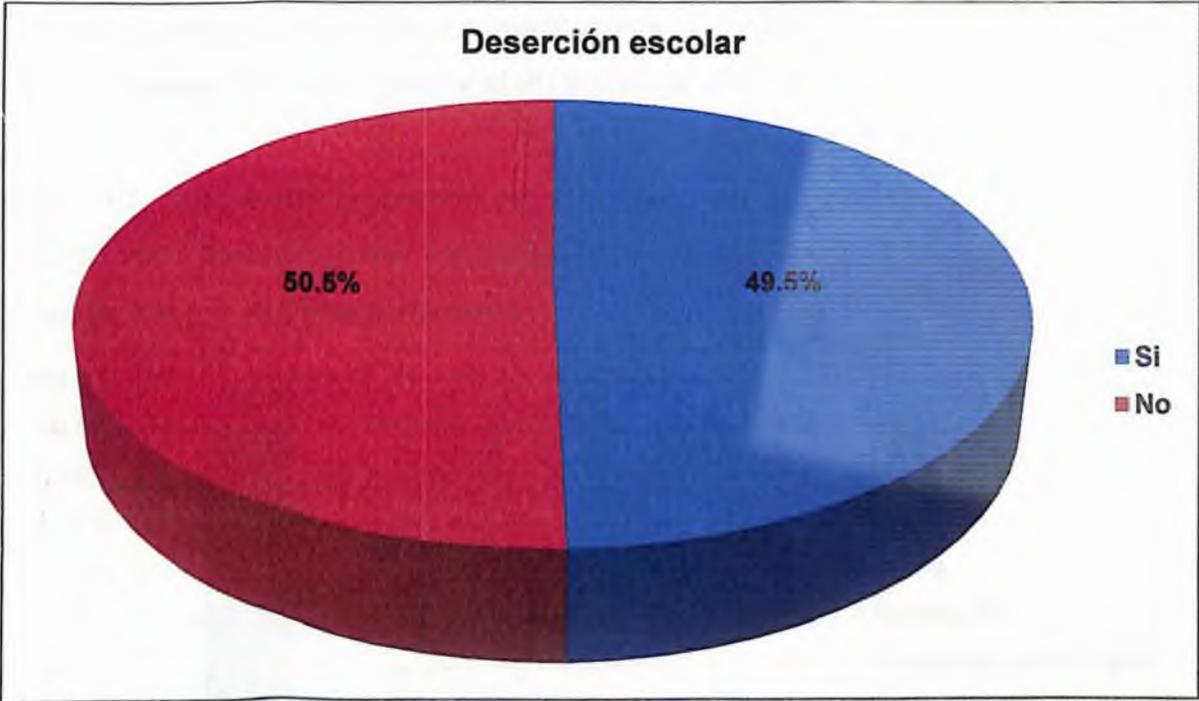
Cuadro 9. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según deserción escolar.

Deserción escolar	Frecuencia	%
Si	206	49.5
No	210	50.5
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 50.5 por ciento no dejaron la escuela, mientras que el 49.5 por ciento sí.

Grafico 9. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según deserción escolar.



Fuente: Cuadro 9.

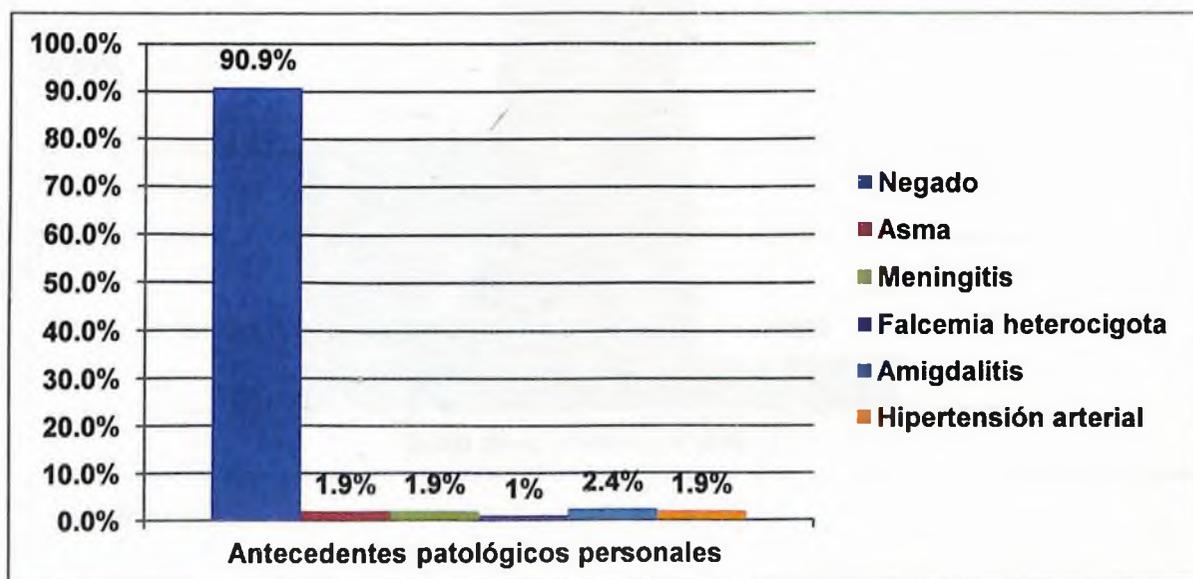
Cuadro 10. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según antecedentes patológicos personales.

Antecedentes patológicos personales	Frecuencia	%
Negado	378	90.9
Asma	8	1.9
Meningitis	8	1.9
Falcemia heterocigota	4	1
Amigdalitis	10	2.4
Hipertensión arterial	8	1.9
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 2.4 por ciento de las pacientes presentaron amigdalitis en los antecedentes personales patológicos, el 1.9 por ciento asma, meningitis e hipertensión arterial, el 1 por ciento falcemia heterocigota y el 90.9 por ciento no presento antecedentes.

Grafico 10. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según antecedentes patológicos personales.



Fuente: cuadro 10.

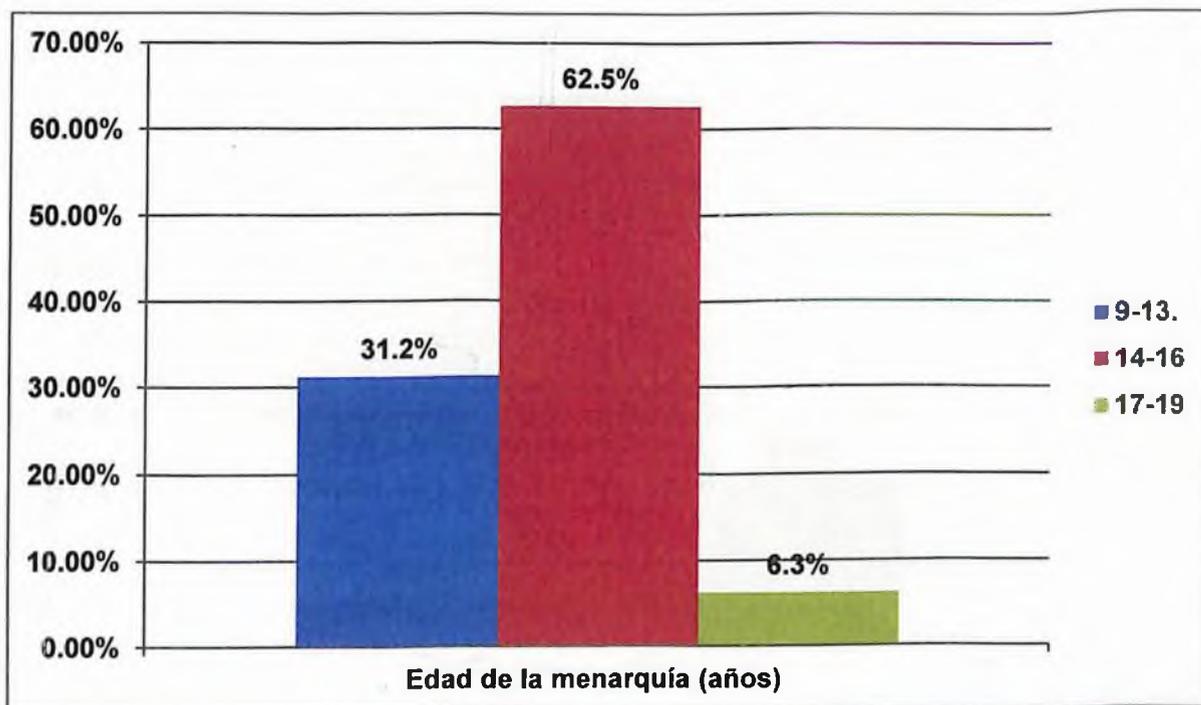
Cuadro 11. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según edad de la menarquía.

Edad de la menarquía (años)	Frecuencia	%
9-13	130	31.2
14-16	260	62.5
17-19	26	6.3
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 62.5 por ciento de las pacientes tenían de 14-16 años al momento de la menarquía, el 31.2 por ciento de 9-13 años y el 6.3 por ciento de 17-19 años.

Grafico 11. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según edad de la menarquía.



Fuente: cuadro 11.

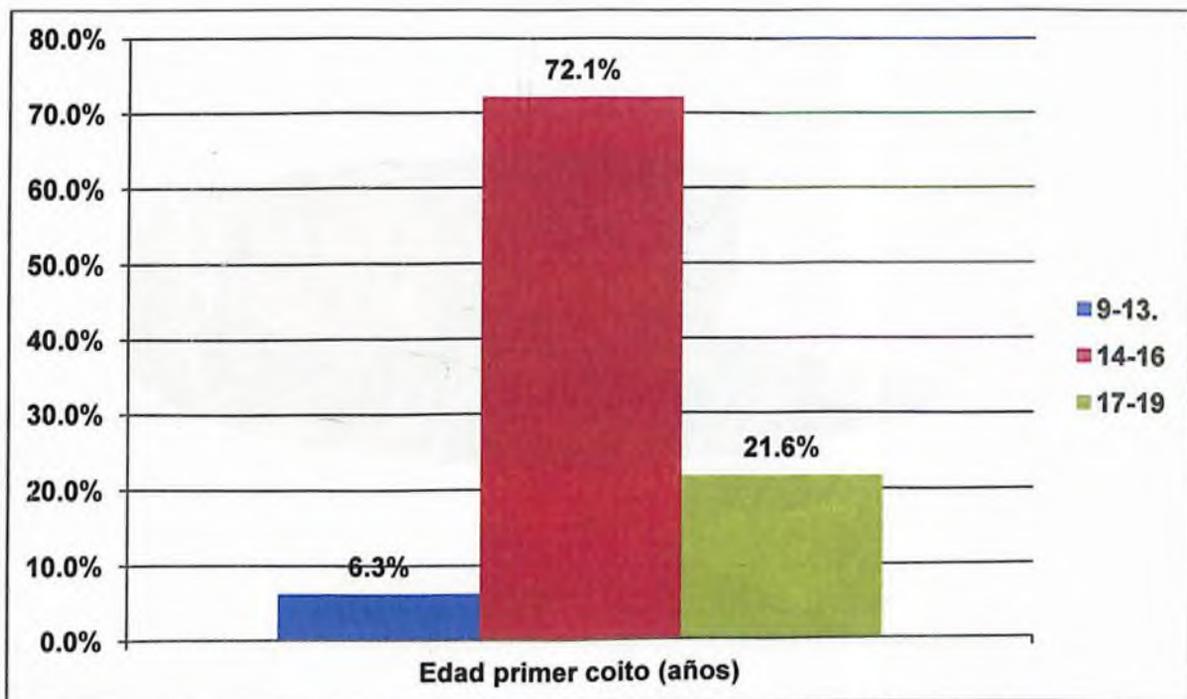
Cuadro 12. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según edad primer coito.

Edad primer coito (años)	Frecuencia	%
9-13	26	6.3
14-16	300	72.1
17-19	90	21.6
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 72.1 por ciento de las pacientes tenían de 14-16 años al momento de su primer coito, el 21.6 por ciento de 17-19 años y el 6.3 por ciento de 9-13 años.

Grafico 12. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según edad primer coito.



Fuente: cuadro 12.

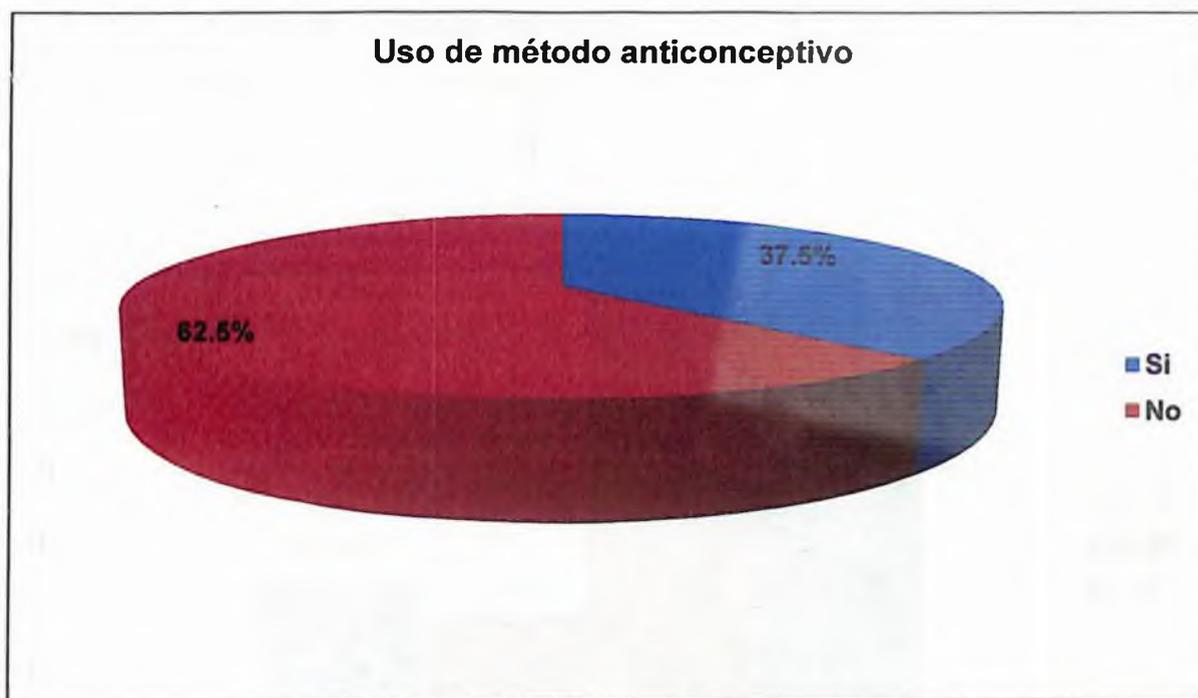
Cuadro 13. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según uso de método anticonceptivo.

Uso de método anticonceptivo	Frecuencia	%
Si	156	37.5
No	260	62.5
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 62.5 por ciento de las pacientes no usaban métodos anticonceptivos y el 37.5 por ciento si los usaban.

Grafico 13. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según uso de método anticonceptivo.



Fuente: cuadro 13.

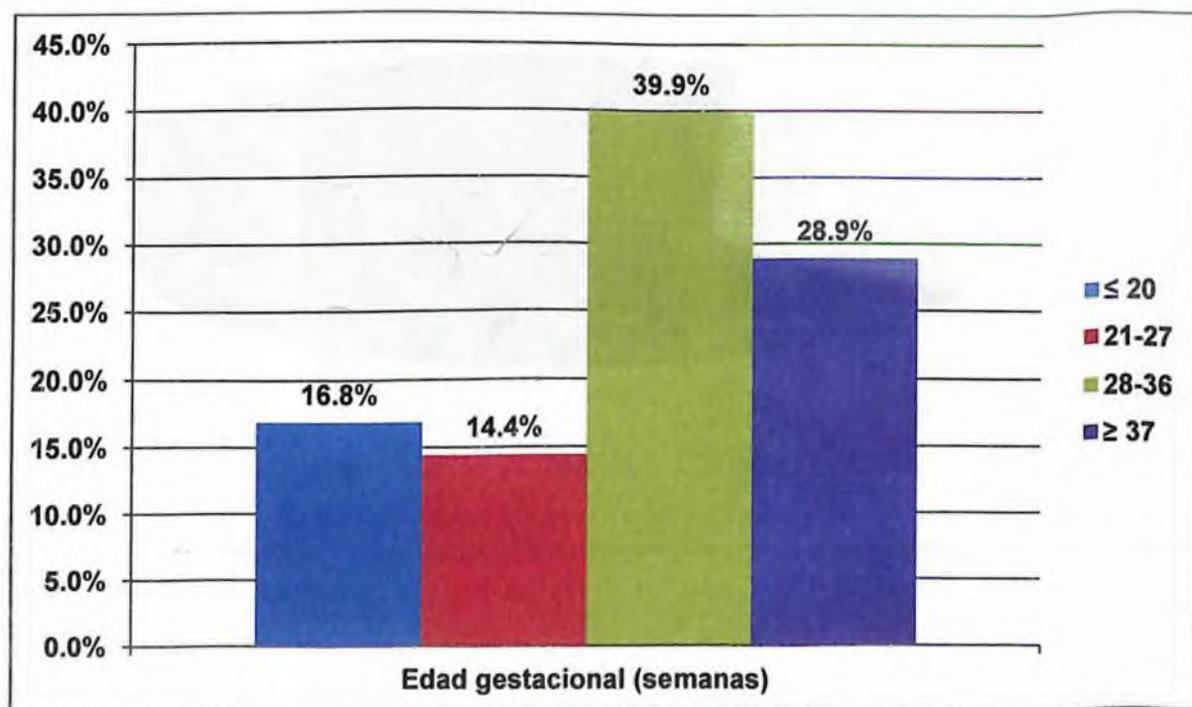
Cuadro 14. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según edad gestacional.

Edad gestacional (semanas)	Frecuencia	%
≤ 20	70	16.8
21-27	60	14.4
28-36	166	39.9
≥ 37	120	28.9
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 39.9 por ciento de las pacientes tenían de 28-36 semanas de gestación, el 28.9 por ciento mayor o igual a 37 semanas, el 16.8 por ciento menor o igual a 20 semanas y el 14.4 por ciento de 21-27 semanas.

Gráfico 14. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según edad gestacional.



Fuente: cuadro 14.

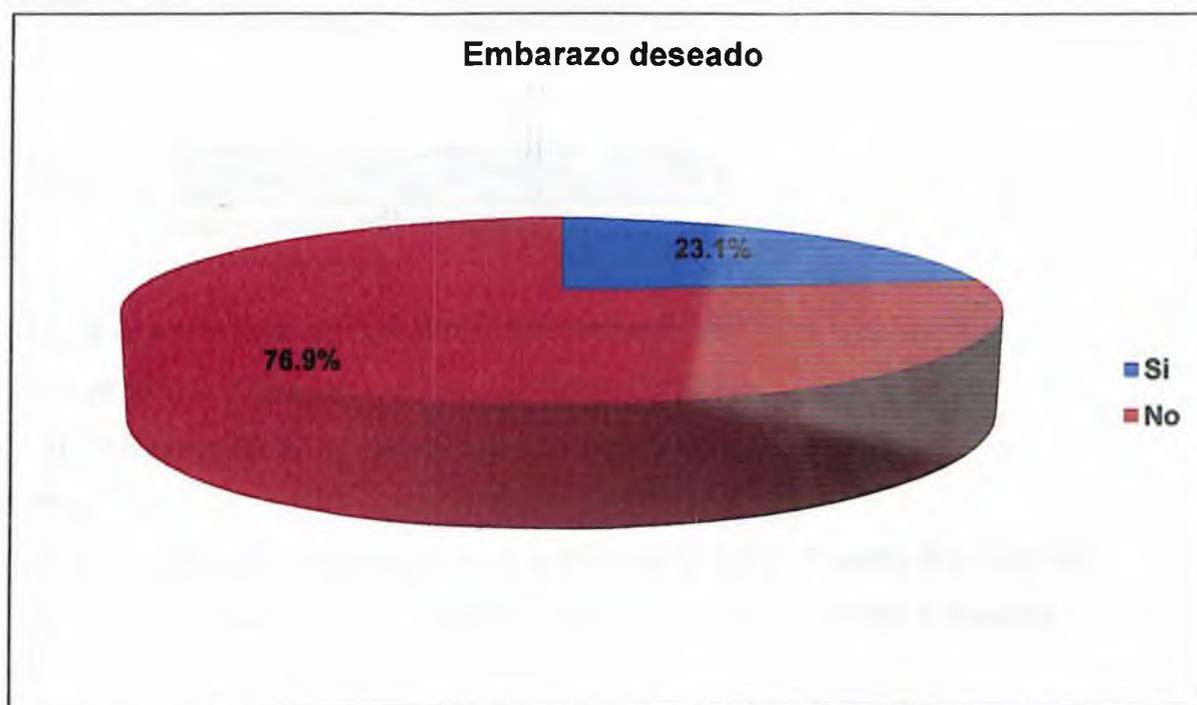
Cuadro 15. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según embarazo deseado

Embarazo deseado	Frecuencia	%
Si	96	23.1
No	320	76.9
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

El 76.9 por ciento de las pacientes no deseaban el embarazo y el 23.1 por ciento si lo deseaban.

Grafico 15. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según embarazo deseado.



Fuente: cuadro 15.

Cuadro 16. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según antecedentes obstétricos.

Antecedentes obstétricos	Frecuencia	%
<b>Gesta</b>		
1	308	74.0
2	86	20.7
3	22	5.3
<b>Parto</b>		
1	44	10.6
2	2	0.5
<b>Cesárea</b>		
1	26	6.2
2	2	0.5
<b>Aborto</b>		
1	44	10.6
2	4	1.0
<b>Total</b>	<b>416</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Formulario de recolección de datos.

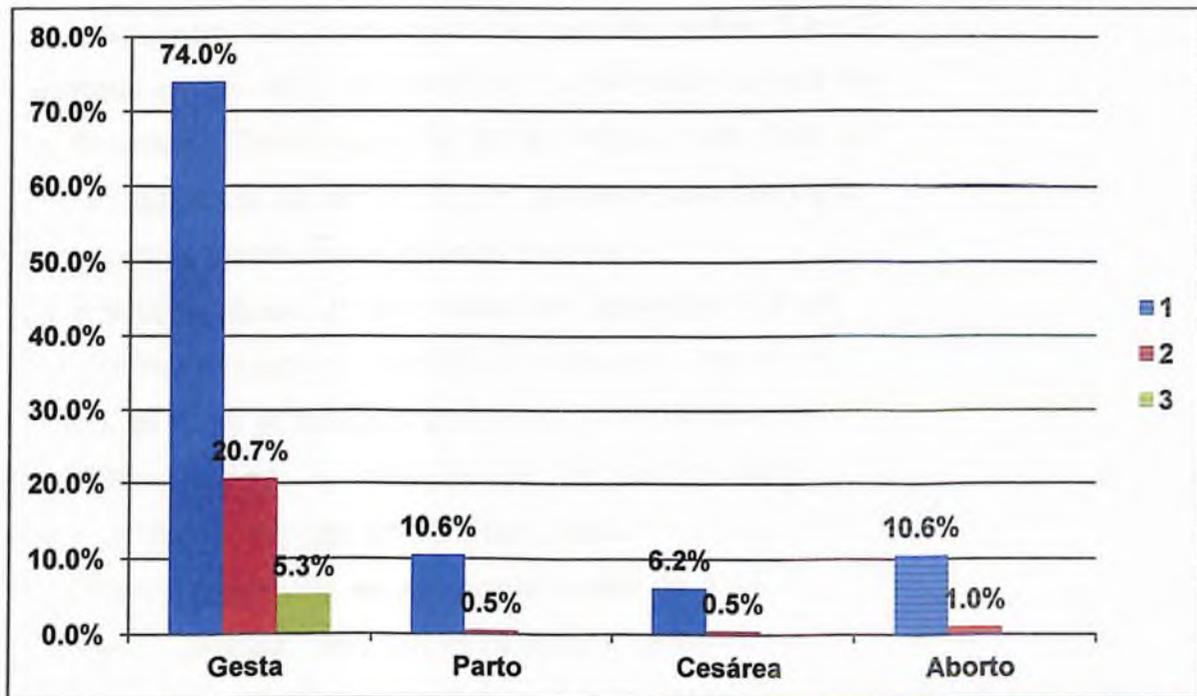
El 74.0 por ciento de las pacientes estaban en su primer embarazo, el 20.7 por ciento ya tenían 2 gestas y el 5.3 por ciento 3 gestas.

Un 10.6 por ciento habían tenido 1 parto vía vaginal y el 0.5 por ciento 2 partos vía vaginal.

Un 6.2 por ciento habían tenido 1 cesárea y el 0.5 por ciento 2 cesáreas.

Un 10.6 por ciento habían tenido 1 aborto y el 1.0 por ciento 2 abortos.

Gráfico 16. Frecuencia y causas de embarazo en adolescentes que acuden a la Consulta de Obstetricia del Hospital Juan Pablo Pina mayo-junio 2016. Según antecedentes obstétricos.



Fuente: cuadro 16.

## IX. DISCUSIÓN.

Una vez obtenidos los resultados, procedemos a realizar las comparaciones de estudios de embarazo en adolescentes.

La frecuencia de embarazos en adolescentes fue de un 45.8 por ciento; comparado con un estudio realizado por Gilberto Enrique Menéndez Guerrero, *et al*, en el Policlínico Comunitario Docente «Arturo Puig Ruiz de Villa», Cuba, en el año 2012, la frecuencia de embarazo en adolescentes fue de un 44.4 por ciento, siendo una frecuencia semejante a nuestro estudio.

La principal causa de embarazo en adolescentes en este estudio fue el nivel socioeconómico bajo con un 63.9 por ciento; en un estudio realizado por Marta Molina S. *et al*, en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Chile, en el año 2004, también la mayoría de las adolescentes se encontraban en nivel socioeconómico bajo con un 76.7 por ciento.

El 65.9 por ciento de las pacientes tenían de 17-19 años; en un estudio realizado por Ángela Sánchez Trejo, en el Hospital Obstétrico de Pachuca, México, en el año 2005, la edad coincide ya que fue más frecuente entre los 17 años con un 31.4 por ciento.

El 68.8 por ciento de las pacientes conviven en unión libre; en un estudio realizado por en un estudio realizado por Ángela Sánchez Trejo, en el Hospital Obstétrico de Pachuca, México, en el año 2005, coincidieron con el estudio teniendo un 64.7 por ciento que viven en unión libre.

El 52.9 por ciento de las pacientes son amas de casa; comparado con un estudio realizado por J. Guadalupe Panduro Barón, *et al*, en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, México, en el año 2012, un 51.2 por ciento también eran amas de casa.

El 57.7 por ciento de las pacientes cursaron hasta la secundaria; en un estudio realizado por Álvaro Janço Mamani, *et al*, en el Complejo Hospitalario de Miraflores, Bolivia, en el año 2005, encontramos que el 54.9 de las adolescentes cursaron el nivel secundario.

El 50.5 por ciento no dejaron la escuela; en comparación a un estudio realizado por Álvaro Janco Mamani, *et al*, en el Complejo Hospitalario de Miraflores, Bolivia, en el año 2005, la deserción escolar se observa en un porcentaje de 60.4 por ciento.

El 62.5 por ciento de las pacientes no usaban métodos anticonceptivos; en un estudio realizado por J. Guadalupe Panduro Barón, *et al*, en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, México, en el año 2012, no utilizaban métodos anticonceptivos un 85.0 por ciento.

El 72.1 por ciento de las pacientes tenían de 14-16 años al momento de su primer coito; en un estudio realizado por Alberto A. Llanes Rodríguez, *et al*, en el Policlínico Ignacio Agramonte, Cuba, en el año 2009, de 12 a 13 años ya tenían relaciones sexuales con un 80.0 por ciento.

El 76.9 por ciento de las pacientes no deseaban el embarazo; en un estudio realizado por J. Guadalupe Panduro Barón, *et al*, en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, México, en el año 2012, un 56.6 por ciento no desearon un embarazo.

El 74.0 por ciento de las pacientes estaban en su primer embarazo; en un estudio realizado por J. Guadalupe Panduro Barón, *et al*, en el Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, México, un 72.2 por ciento estaban en su primer embarazo.

## **X. CONCLUSIONES.**

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. La frecuencia de embarazos en adolescentes fue de un 45.8 por ciento.
2. La principal causa de embarazo en adolescentes fue el nivel socioeconómico bajo con un 63.9 por ciento.
3. El 65.9 por ciento de las pacientes tenían de 17-19 años.
4. El 92.1 por ciento de las pacientes son dominicanas.
5. El 68.8 por ciento de las pacientes conviven en unión libre.
6. El 52.9 por ciento de las pacientes son amas de casa.
7. El 63.9 por ciento de las pacientes están en bajo nivel socioeconómico.
8. El 57.7 por ciento de las pacientes cursaron hasta la secundaria.
9. El 50.5 por ciento no dejaron la escuela.
10. El 2.4 por ciento de las pacientes presentaron amigdalitis en los antecedentes personales patológicos.
11. El 62.5 por ciento de las pacientes tenían de 14-16 años al momento de la menarquía.
12. El 72.1 por ciento de las pacientes tenían de 14-16 años al momento de su primer coito.
13. El 62.5 por ciento de las pacientes no usaban métodos anticonceptivos.
14. El 39.9 por ciento de las pacientes tenían de 28-36 semanas de gestación.
15. El 76.9 por ciento de las pacientes no deseaban el embarazo.
16. El 74.0 por ciento de las pacientes estaban en su primer embarazo, un 10.6 por ciento habían tenido 1 aborto, un 6.2 por ciento habían tenido 1 cesárea y un 10.6 por ciento habían tenido 1 parto vía vaginal.

## **XI. RECOMENDACIONES.**

Luego de haber discutido, analizado y concluido los resultados procedemos a:

1. Recomendar al Estado Dominicano en su función de rector de la Salud Publica del Pueblo Dominicano crear más programas de prevención de embarazos para ampliar el conocimiento sobre el propio proceso de desarrollo y entender los cambios que se producen durante el embarazo en las adolescentes.
2. El Ministerio de Educación debe implementar programas de educación sexual adecuada según la etapa del individuo que muestren informaciones de salud sexual como un proceso que se inicia en la infancia y continúa por toda la vida.
3. En el ámbito familiar, respetar la forma de pensar y actuar de el/la adolescente acompañado de mucho afecto e interés por sus cosas.
4. Desarrollar la comunicación sincera y directa entre padres, hijos e hijas desde la infancia, donde se aborden temas tales como sexualidad, drogadicción, prevención, aborto, etc.
5. Los padres y madres deben informarse adecuadamente sobre sexualidad, prepararse, investigar, asistir a talleres y/o charlas, etc., para orientar debidamente a sus hijos/as sobre cómo prevenir el embarazo y otros tantos riesgos.
6. Los padres deben educar a los y las adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo y darles la oportunidad de obtenerlos, en caso de estar sexualmente activos/as.
7. Crear instituciones o centros para los adolescentes donde puedan discutir o exponer sus inquietudes y problemas, aclarar dudas y recibir orientación sobre temas y cuestiones relacionados con su desarrollo.
8. Promover en los/las adolescentes el deporte, el arte, la danza, el teatro, la pintura, etc., como maneras de canalizar energía e inquietudes hacia estas formas de expresión del ser humano y evitar el inicio de las relaciones sexuales tempranas.

9. Es importante promover entre adolescentes una educación no sexista, donde la mujer no solo se centre en su papel de madre y esposa, y el hombre también sea corresponsable de la planificación del embarazo. Se debe supervisar y controlar los medios de comunicación como la radio y la televisión que incitan a la práctica sexual irresponsable.
10. Implementar en el hospital un área solo para adolescentes para prevenir a las pacientes sobre la dificultad que pueden tener cuando salen embarazadas a temprana edad, evitando esto por medio de talleres sobre educación sexual, el uso de los métodos anticonceptivos, etc.

## XII. REFERENCIAS.

1. Banco Mundial embarazo adolescente y oportunidades en América latina y el caribe, sobre decisiones de fecundidad adolescentes la pobreza y logros económicos. 2011:8-16.
2. Santa Mateo. Embarazo en adolescentes es alarmante según expertos. Nuevo Diario. 2013.
3. María de Jesús Conde. Embarazos en adolescentes acentúa pobreza en República Dominicana. El Día. 2012.
4. Rojas García D.C.P., *et al.* Vivencia del Embarazo en Adolescentes en una institución de protección en Colombia. *Index Enferm* v.19 n.2-3 Granada abr.-sep. 2010.
5. Boletín de Monitoreo y Evaluación. Objetivos del desarrollo del milenio. Ministerio de Salud. Colombia. 2014: p; 10-11.
6. Castro, M. López, M. "Embarazos en Adolescentes". Acceso a adolescentes embarazadas a servicios de salud pública y salud reproductiva. CIDES-UMSA, OMS, OPS/OMS y UNFPA, (2014). 2014: p;25-27.
7. Binstock,G & Hadley, E.,El fracaso educativo: embarazo para no ir a clases .B.I.D, 2011.
8. instock, G., & Näslund-Hadley, E. Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima: una aproximación cualitativa. *Espacio Y Desarrollo*, 2010: (22).
9. Colomer Revuelta J. y grupo previnfad /PAPPS .Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Rev. Pediátrica Primaria*, 2013; V(15),(p:262-263).
10. Chávez, A.M. Estudio de diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes embarazadas en relación con la educación básica. *CRIM-UNAM*. México. 2010.
11. Centro y control de enfermedades C.D.C .Como romper el ciclo de embarazo en la adolescencia abril 2013.Recuperado de <http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/VitalSigns/EmbarazoAdolescencia/>

12. Arthur .Evans, 2007. "Manual de Obstetricia" 7aEdiccion. Madrid-Barcelona – Amsterdam, Editorial - Lippincott Williams & Wilkins Pag.186-194.
13. Azziz R. 2008. "Ginecología y Obstetricia". México D.F.Editorial McGrawHill Pág. 189-197.
14. Día Mundial del Embarazo NO Planificado en Adolescentes, 26 de septiembre del 2012, Gobierno del Estado de Veracruz, [en línea], fecha de consulta, febrero de 2016, en: <http://web.ssaver.gob.mx/saludpublica/files/2012/09/Embarazo-Adolescentes.pdf>.
15. Issler, Juan R. Embarazo en la Adolescencia, Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001, Página: 11-23, [en línea], fecha de consulta marzo de 2016, en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)
16. Ehrenfeld Lenkiewicz, Nohemí, Embarazo en adolescentes: encrucijada de varios universos, en Iztapalapa, Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, Año 19, Núm. 45, Enero-Junio de 1999, Universidad Autónoma Metropolitana, México, Pág. 223. 12 Edad ideal para el embarazo, [en línea], fecha de consulta abril de 2013, en: <http://www.infogen.org.mx/Infogen1/servlet/CtrlVerArt?clvart=9430>
17. Ordaz K ,Rangel R, Hernández C. Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México. Rev Ginecol Obstet Mex 2010; 78(7): 357-364.
18. Moreno H, Rangel H, Arce, Valdovinos S, Méndez D. Morbilidad a corto plazo del recién nacido en el periodo pretérmino tardío Ginecol Obstet Mex 2011; 79(3):116-124.
19. María J. Verdura, et al. bajo peso al nacer y prematuridad en hijos de madres adolescentes de un Centro Maternoneonatal de la ciudad de corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. N° 205 – Febrero 2011.
20. Comportamiento sexual y aborto provocado en adolescentes y jóvenes de escuelas de educación superior. Rev. Cubana Obste Ginecol vol. (38) N. (4) Ciudad de la Habana oct.-dic. 2012.
21. Aviña JA, Wilson BS. Síndrome dismórfico con anomalías congénitas múltiples: clasific Actual Rev Mex Ped 2009; 76(3): 132-135.

22. Bernabé A, White P, Carcamo P, Hughes J, Gonzales M, García P. Clandestine Induce abortion: and prevalence, incidence and risk factors Among women in a Latin American country. CMAJ 2009; 180(3):298-304.
23. Blanco A, Latorre F, Osma S, Monturio X, Medina M, Quintero L. Prevalencia de partos en adolescencia y factores asociados en el Hospital de Universitarios de Santander, Bucaramanga (Colombia) 2006. Rev Colomb Obstet Ginecol 2010; 61:113-120.
24. Benitez N B, Locatelli V A, Obregon K S, Abreo G I. Resultados Perinatales en Madres Adolescentes. Rev Post de la Cat. Med. 2008;11:6-9.
25. Fehlmanna E, Tapiab JL, FernándezR, Bancalarid A, Fabresb J, D' Apremontb,J, Garcia M J . Impacto del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos de muy bajo peso de nacimiento: estudio multicéntrico sud americano. Arch Argent Pediatr 2010;108(5):393-400.
26. González MP, Velarde C,. Actitud de los hombres adolescentes ante el embarazo en la adolescencia Evid. Pediat. 2011; 07:35.
27. Kalaivani K. Prevalence & consequences of anemia in pregnancy: The indian J Med. Res 2009; 130(11): 627-633.
28. Méndez R, Pacheco B, Noriega H, Quihui L, Morales G, Valencia J. Prevalencia de la deficiencia de hierro y de anemia por deficiencia de hierro en adolescentes embarazadas del noroeste de México,2007-2008 archivo latinoamericano de nutrición 2009; 59(2):147-151.
29. Mohammad Y, Yakoob E. Lawn G, Darmstadt A. Stillbirths Epidemiology evidence and priorities for Action. Semin Perinatol Elsevier 2010; 34:387.
30. Moreno H, Rangel H, Arce, Valdovinos S, Méndez D. Morbilidad a corto plazo del recién nacido en el periodo pretérmino tardío Ginecol Obstet Mex 2011; 79(3):116-124.
31. Nava P, Escobar V; Ruptura prematura de membranas y sepsis en el recién nacido de termino. Rev Mex Pedat 2009; 76(5): 205-208.
32. Ordaz K ,Rangel R, Hernández C. Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México. Rev Ginecol Obstet Mex 2010; 78(7): 357-364.

33. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad fetal, neonatal y perinatal. Situación de Salud en las Américas. Cita: [on line] Septiembre .2006. [fecha de acceso 15 de mayo de 2016]. URL Disponible [http://www.nacerlatinoamericano.org/ Archivos/ Menu \\_- principal/ 05\\_Preguntas/Temas/Respuesta/agosto/MortMaternal InfantilPerinatal.pdf](http://www.nacerlatinoamericano.org/ Archivos/ Menu _- principal/ 05_Preguntas/Temas/Respuesta/agosto/MortMaternal InfantilPerinatal.pdf)
34. Ortiz A , White P, Carcamo C, Hughes J, González M, García P, Garnett G, Clandestine induced abortion prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country CMAJ 2009; 3(3):180 298-304.
35. Pazmiño S, Guzmán N. Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia 1994-2004, Cali Colombia Rev. Colomb Obst Ginecol 2009 60(1):12-18.
36. Ramos R, Barriga J, Pérez J,. Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal Gineco Obstet Mex 2009;77(7):311-6
37. Pardo, C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Desarrollo Y Sociedad, 2012: (69).
38. U.S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute; January 2010.
39. Marysabel Z., Ochoa H., Alcides F. & Regner Á. Condiciones de vida familiar y conductas reproductivas: una mirada hacia la adolescencia en Honduras. DemomujeR.V (3).UNAH, 2014:(33).
40. Eifenbein DS, Felice ME. Adolescent pregnancy. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2011:112.
41. García M, Glorgetti M, González M, Sartori M, Rey P. Pomata P, *et al.* Embarazo adolescente ¿Una población de riesgo? *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.* 2010; 29 (4): 139-143.
42. Lisania Batista. Diario Libre. Un 29% partos que registra el país son de adolescentes. 01-10-2010.
43. Odalis Mejía. Encuesta Demográfica en Salud (Endesa). En tres provincias del Sur embarazos en adolescentes son los más altos. 2009.

44. Papalia, Diane E. "Desarrollo Humano". 4ª Edición. Pensilvania.2012.
45. Karina Corvalán. Estudio arroja que la tasa de embarazo en adolescentes en RD es un 23%. Diario de 3. 2012.
46. ENDESA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2011.
47. Arias De la Cruz Lucia Giselle y Paulino Díaz Miosotis. Frecuencia y repercusiones del consumo de alcohol en adolescentes en el barrio capotillo febrero-junio 2010.
48. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2000; VI (2): 321.
49. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations for Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Genova, 2002.

### XIII. ANEXOS

#### XIII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2016	
Selección del tema	2016	Febrero - Marzo
Búsqueda de referencias		Marzo
Elaboración del anteproyecto		Abril
Sometimiento y aprobación		Abril
Recolección de la información		Mayo - Junio
Tabulación y análisis de la información	2016	Julio
Redacción del informe		Agosto
Revisión del informe		Agosto
Encuadernación		Septiembre
Presentación		Septiembre

XIII.2. Formulario de recolección de datos.

FRECUENCIA Y CAUSAS DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL JUAN PABLO PINA. MAYO-JUNIO 2016.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Edad:  años
2. Nacionalidad: Dominicana  Extranjera
3. Estado civil: Soltera  Casada  Unión libre  Viuda
4. Ocupación: \_\_\_\_\_
5. Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_
6. Escolaridad: Analfabeta  Primaria  Secundaria  Universitaria   
Técnica
7. Deserción escolar: Si  No
8. Antecedentes personales patológicos: \_\_\_\_\_
9. Edad de la menarquía: \_\_\_\_\_
10. Edad del primer coito: \_\_\_\_\_
11. Uso de método anticonceptivo: Sí  No
12. Edad gestacional: \_\_\_\_\_

13. Embarazo deseado: Si  No

14. Antecedentes obstétricos: Gesta \_\_\_\_ Parto \_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_ Aborto \_\_\_\_

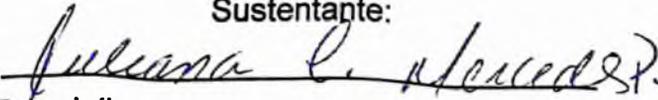
### XIII.3. Costos y recursos.

XIII.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una investigador o sustentante</li> <li>• Dos asesores</li> <li>• Archivistas y digitadores</li> </ul>			
XIII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	3 resmas	130.00	390.00
Papel Mistique	1 resma	80.00	80.00
Lápices	1 docena	20.00	20.00
Borras	1 unidad	5.00	5.00
Bolígrafos	1 docena	10.00	10.00
Sacapuntas	1 unidad	5.00	5.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragón Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	150.00	300.00
Calculadoras	1 unidades	500.00	500.00
XIII. 3.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XIII.3.4. Económicos *			
Papelería(copias )	300 copias	2.00	600.00
Encuadernación	6 informes	800.00	9,600.00
Inscripción	1 Inscripción	10,000.00	10,000.00
Alimentación			2,000.00
Transporte			2,000.00
Imprevistos			
<b>Total</b>			<b>\$25,510.00</b>

\*Los costos totales de la investigación serán cubiertos por la sustentante.

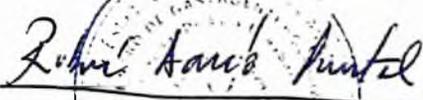
XIII.4. Evaluación.

Sustentante:

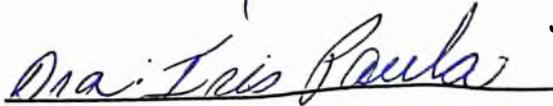
  
Dra. Juliana Carolina Mercedes Pujols

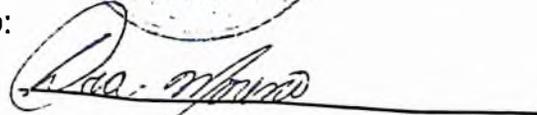
Asesores:

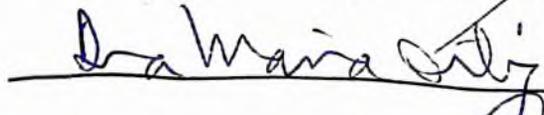
  
Dra. Concepción A. Sierra

  
Rubén Darío Pimentel

Jurado:

  
Dra. Iris Paula

  
Dra. Mariana

  
Dra. Mariana

Autoridades:

  
Dra. Concepción A. Sierra  
Jefa de Enseñanza

  
Dr. Eran David Jiménez  
Coordinador de Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

  
Dra. Iris Margarita Paula  
Jefa de Departamento  
Medicina Familiar y Comunitaria

  
Dra. Claridania Rodríguez  
Coordinadora de la Unidad de Postgrado y Residencias Médicas

  
UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRÍQUEZ UREÑA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Santo Domingo, R.D.  
DECANATO

  
Dr. José Asilis Zaiter  
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud  
de la Facultad de Ciencias de la Salud

Fecha de presentación: 31/oct/2016

Calificación: 98