

República Dominicana
Universidad Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Taiwán 19 de marzo.
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL
HOSPITAL REGION TAIWAN EN LA CONSULTA DE ADOLESCENTES EN EL
PERIODO SEPTIEMBRE - OCTUBRE 2016.



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

Sustentante:

Dr. Agrispino Geraldo De León

Asesores:

Dra. Evelin Ramírez (Clínico)

Claridania Rodríguez (Metodológico)

Los conceptos emitidos en la presente
Tesis de pos grado son de la exclusiva
Responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional: 2016

CONTENIDO

I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	3
I.1.1. Antecedentes nacionales	6
II. Planteamiento del problema	12
III. Objetivos	13
III. 1. General	13
III. 2. Específicos	13
IV. Marco teórico	14
IV.1. Embarazo en la adolescencia	14
IV.1.1. Adolescencia temprana (10 a 13 años)	17
IV.1.2. Adolescencia media (14 a 16 años)	17
IV.1.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)	17
IV.2. Aspectos clínicos	18
IV.2.1 Motivos de consulta	18
IV.2.2. Evaluación diagnóstica	19
IV.3. Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes y su abordaje con enfoque de derechos	20
IV.3.1. Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes	24
IV.4. Factores predisponentes	25
IV. 5. Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes.	26
IV. 5.1. La adolescencia de las adolescentes embarazadas.	26
IV.5.2. Actitudes hacia la maternidad	27
IV.5.3. El padre adolescente	28
IV.5.4. Consecuencias de la maternidad - paternidad adolescente	29
IV.5.5. Enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada.	30
IV.5.6. Grupo de alto riesgo obstétrico y prenatal	30
IV.5.7. Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal	31
IV.5.8. Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable	31
IV.6. Enfoque de salud sexual y reproductiva de la adolescente	31

IV.6.1 Control del embarazo de la adolescente	32
IV.6.2 Primer trimestre Trastornos digestivos	32
IV.6.3. Segundo y tercer trimestre	33
V. Operacionalización de las variables	34
VI. Material y métodos	36
VI.1 Tipo de estudio	36
VI.2. Demarcación geográfica.....	36
VI.3. Universo	37
VI.4. Muestra	37
VI.5. Criterios de inclusión	37
VI.6. Criterios de exclusión	37
VI.7. Instrumento de recolección de datos.....	37
VI.8. Procedimiento	38
VI.9. Aspectos éticos	38
VII. Resultados	39
VIII. Discusión.....	54
IX. Conclusiones.....	55
X. Recomendaciones.....	56
XI. Referencias	57
XII. Anexos	61
VII.1. Cronograma	61
XII.2. Instrumento de recolección de datos.....	62
XII.3. Costo y recurso	63

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Quien por su amor y su infinita misericordia, me permitió llegar a al final de esta etapa tan importante en mi vida. Guardándome y guiándome por el camino misterioso de la sabiduría y el conocimiento para hoy poder concluir la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Pidiéndole que me permita ser humilde en todo el camino que me toque recorrer.

A los profesores

Dr. De pediatría, Rey Reyes, por su enseñanza.

Dra. Elizabeth Lizardo, por su continuo seguimientos en nuestra enseñanza y Dra. Cuevas, y todos los demás pediatra del hospital que todos modos me ayudaron.

Medicina interna, Juan Reyes, Dr. Luis Matos. Dra. Rodis Guzmán.

Gastro, Dra. Dorisa Rossó, Dra. León, Dra. Díaz.

Neuroglia, Dra. Ana Rivera.

De endocrinología, Sandra Reyes, Dra. Díaz Cedano, gracias, los recuerdo con gratitud.

Cirugía, Dr. Bayohan Martínez, Dr. Samuel Mejía, Dr. Ubri, y todo el departamento, gracias por su infinita colaboración y ayuda

Obstetricia, Dra. Rosa Magali Pina, Dra. Tejeda, Auri Rojas y Jorge De La Cruz.

Medicina General, Dr. Danilo Marine, Dra. Sili Malcriadez Jiménez, Ibariones Alcántara, Ángela Monserrat, Díaz Heredia y todos los demás por compartir momentos variados.

Maribel Acosta, por siempre preocupada y atenta para mantener esta residencia

Kati De León, excelente médico familiar. Buena profesora y excelente persona.

Mis compañeros colegas

Mildred Flores, Maris Hernández, Rossana Portoreal Luna, Dra. De La Cruz, Dra. Yudelka Martínez, Dra. Yeny Beltré, Emiliana Sención, Alexandra Encarnación, Rossana Faria, Mercedes De León Mora, Erisbelis Ramírez, Elsa Canario, Bladimira Medina, Héctor Cedeño, Luis Méndez, Scarlet Agramonte, Miguel Taveras, Clara Fernández, Keila Corporán, y todos mis amigos gracia por soportarme.

Mis asesoras:

Evelin Ramírez, asesora clínica de esta tesis.

Claridania Berroa, metodológica.

A Las Autoridades Del Hospital Taiwán 19 De Marzo De Azua

Por permitirme realizar esta investigación colaborar con esta causa.

A los pacientes

Que acudieron a esta consulta. Que a pesar de ser adolescentes fueron las colaboradoras más importante de esta investigación.

El sustentante.

DEDICATORIAS

A Dios

Por permitir mi desarrollo intelectual, esperando que siga dándome la oportunidad de seguir superándome

A mi padre

Roberto Geraldo, por su apoyo confianza y amistad orientador con el objetivo de fortalecer mis aspiraciones

A mi madre

Bienvenida Dolores De León, es la persona con la que siempre se puede contar como madre y amiga, si no tengo una madre como tú eres, fuera imposible alcanzar mis metas

Mis hermanos

Roberto Geraldo Vargas, Domingo Geraldo, Albania De León, Malva Geraldo De León, Aristides Geraldo De León, Dennis Geraldo De León, Fidelina Geraldo De León, Gertrudis Geraldo De León, Pedro Antonio Geraldo de León, Lisette Geraldo De León, Rosmeris Geraldo De León, Droklin Julio Geraldo De León, Wendy Maritza Geraldo De León, Eunice De León Torres, gracias a todos por confiar en mí, esto es lo que se llama una familia.

A mi esposa

Rosa Nelly González, quien ha soportado tantas noches sola y compartir las amargas de una residencia médica.

A mis hijos

Ariadna Rosse Geraldo González y Cianer Geraldo González, mis dos principales inspiración, dueños de mi sueño y mejores deseo.

A mis sobrinos

Ronald, Victoria, Roberta, Carolin, Arismer, Emmanuel, son fuente de inspiración.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, de colección prospectivo y transversal de datos con la finalidad de determinar factores de riesgo de embarazo en adolescentes en el hospital Regional Taiwán en el período Septiembre-Octubre del 2016. El 50.5 por ciento de las pacientes presentaron riesgo de embarazo. El 54.2 por ciento de las entrevistadas tenía una edad de 17-19 años. El 86.4 por ciento de las adolescentes se encontraba en unión libre. El 51.0 por ciento de las adolescentes procedían de la zona rural del país. De las entrevistadas, el 63.5 por ciento cursaba la secundaria. El 84.4 por ciento al finalizar la investigación no habían completado las semanas de gestación presentó gesta, el 29.2 por ciento presentó parto antes de finalizar la investigación. De las pacientes, el 71.9 tuvo su menarquía entre los 11-13 años. El 73.9 por ciento tuvo su primera relación entre los 14-16 años de edad. El 26.0 por ciento tuvo 1 año de relación antes de salir embarazada. Según los métodos anticonceptivos, el 43.7 por ciento usaba píldoras. El 75.0 por ciento vivía con su madre antes de salir embarazada. El 96.9 por ciento no recibía maltrato. En cuanto a los antecedentes familiares presentados, el 12.5 por ciento presentó hipertensión arterial, diabetes un 7.3%, obesidad 2.1%. El 46.9 por ciento realizaba otras actividades como: un 37.5% escuchar música, un 26% leer, un 20.8% escribir. El 46.9 por ciento no tenía hábito tóxicos, los hábitos tóxicos que presentaron: 31.2 tomaba cerveza, 14.0 hookah, 13.5 otros tipos de alcohol, 9.4% marihuana, 8.3% cigarrillos.

Palabras claves: Embarazo, adolescentes.

ABSTRACT

A descriptive, prospective and cross-sectional study of data was carried out to determine the risk factors for pregnancy in adolescents at the Regional Taiwan Hospital in the period September-October 2016. Fifty-five percent of the patients presented Risk of pregnancy. 54.2 percent of the interviews were aged 17-19 years. 86.4 percent of the adolescents were in a free union. 51.0 percent of the adolescents came from rural areas of the country. Of the interviews, 63.5 percent were in high school. 84.4 percent to complete the research without having completed the weeks of gestation. Of the patients, 71.9 had their menarche between the 11-13 years. The 73.9 percent had their first relationship between 14-16 years of age. The 26.0 percent had 1 year of the relationship before they got pregnant. According to contraceptive methods, 43.7 percent used pills. 75.0 percent live with their mother before they get pregnant. 96.9 percent were not abused. As for the family history presented, 12.5 percent arterial high blood pressure, diabetes 7.3 percent, obesity 2.1 percent. 46.9 percent performed other activities such as: 37.5% listening to music, 26% reading, 20.8% writing. 31.2 had beer, 14.0 hookah, 13.5 other types of alcohol, 9.4% marijuana, 8.3% cigarettes.

Keywords: Pregnancy, adolescents.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el período de la vida comprendido entre los 10 a los 19 años, caracterizado por su gran capacidad de cambios y estar afectados de manera directa e indirecta por una serie de riesgos. El término adolescente deriva del latín «adolescere», que significa crecer y desarrollarse hacia la madurez.

Se entiende como embarazo en adolescentes, el desarrollo de una gestación en una joven con una edad oscilante entre los 10 y 19 años. Teniendo una serie de factores que condicionan su aparición.

Durante la adolescencia la mayoría de los embarazos no son planificados y se asocian a un mayor riesgo de complicaciones en el infante. Entre los riesgos más asociados a las adolescentes embarazadas está tener un parto prematuro, un infante de bajo peso al nacer, retraso o problemas en el desarrollo cognoscitivo, mayor incidencia de problemas de salud relacionada a la nutrición y a enfermedades en general.

En nuestro país los padres y madres son muy tradicionales y a menudo niegan a los(as) adolescentes el acceso a información sobre los métodos anticonceptivos. Además de esto, el decaimiento progresivo de la gran familia y de los ritos tradicionales de iniciación deja a los(as) adolescentes a merced de sistemas de valores que los exponen a embarazos no deseados, infección de transmisión sexual (ITS) y SIDA. Una cantidad desproporcionada de muchachas es actualmente víctima de estos problemas.

Los embarazos de adolescentes se deben a menudo a la falta de información confiable sobre salud reproductiva. Al mismo tiempo, hay reticencia entre miembros de la comunidad, padres y madres de familia a proporcionar educación sexual, por miedo a un desmoronamiento de los valores morales. Sin embargo la pobreza de algunas familias y la posibilidad de ganar dinero fácil, hacen que algunos(as) adolescentes sean inducidas a mantener una actividad sexual temprana.

Esta actividad resulta frecuentemente en abortos, enfermedades, muertes, anemia durante el embarazo, discontinuación del crecimiento del feto, alumbramientos prematuros, pérdida de estudios y, naturalmente, riesgo de ITS y SIDA.

La adolescencia es el ciclo de la vida que continua a la pubescencia y la pubertad. Se inicia entre los 10-12 años y culmina con la madurez, (18 a 20 años). No solo es la fase de mayores cambios psicológicos, sino que también está lleno de cambios físicos.

En esta etapa se toman grandes decisiones que marcaran a los jóvenes para siempre. Es el momento de poner a prueba todas las enseñanzas de nuestros padres, puesto que es la época de cuestionamientos.

Precisamente por las enseñanzas recibidas estamos en condiciones de ejercer con plenitud todas nuestras libertades interiores y decidir progresivamente en la formación de nuestra personalidad.

La aparente despreocupación, que percibe la sociedad, de los adolescentes, no es tal, ya que los jóvenes viven por dentro un conflicto interior.

A pesar de ser una etapa de alegría, los adolescentes pasan rápidamente de la euforia al bajón, del entusiasmo al desinterés, presentando conductas que lo ayudan a encontrar su propio equilibrio y le permitan emprender el camino hacia un futuro venturoso.

Es importante, en esta etapa de cambios, la presencia de los padres, estos deben actuar estableciendo límites apropiados para que todo no sea un desparramo, pero deben comprender que sus esfuerzos por cuidarlo y protegerlo, serán rechazados y cuestionados.

La indiferencia y la rebeldía del joven se harán presentes, y ante cualquier pregunta se sentirán invadidos, con miedo a defraudarlos y con el objeto de evitar cualquier pelea que pueda poner en juego sus salidas, las respuestas serán cortantes.

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. Se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo.

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud de primer orden en la actualidad. Cada año se embarazan en Estados Unidos 1.2 millones de adolescentes, lo que representa el 20 por ciento de nacimientos. Un 25

por ciento de estas niñas embarazadas tienen apenas 14 años de edad, y una de cada siete está decididas a abortar. Cabe señalar que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 y 16 años de edad, encontrándose en la clasificación de adolescentes en edad media.

Cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término su embarazo. Se ignora el número de abortos. Sin embargo, en la adolescencia se relaciona a factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, iniciación de la actividad sexual a muy temprana edad, por falta de conocimientos en educación sexual e irresponsabilidad por parte de los adolescentes. Además podemos evidenciar que los embarazos sucesivos en los adolescentes contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza y la miseria.

La incidencia de embarazos precoces en el grupo etario entre 12 y 14 años cada vez es mayor. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad.

I.1. Antecedentes

La fecundidad de los adolescentes de América Latina y el Caribe ha disminuido a lo largo de los últimos 15 años. Se prevé que entre 1995 y 2020 los partos de madres adolescentes disminuirán notablemente en los países más desarrollados de la región.

No obstante, el embarazo no deseado y la procreación muy prematura siguen siendo comunes, especialmente en los países más pobres. Las repercusiones de ello en los padres, los hijos y la sociedad pueden ser graves y perdurables.

La procreación prematura está profundamente arraigada en las culturas latinoamericanas y caribeña, tal como ocurre en muchas otras partes del mundo. El

matrimonio y la procreación a menudo se consideran como los acontecimientos capitales en la vida de una mujer joven. Pero las repercusiones médicas, económicas y psicológicas de la procreación prematura pueden ser considerables, especialmente para las mujeres que no están casadas.

En América Latina, las madres adolescentes tienen siete veces más probabilidades de ser pobres que las madres de mayor edad. Cuanto más pobre es el país, más elevado es el nivel de procreación prematura.

Alrededor de 18.000 menores de 19 años se quedan embarazadas cada año. Esta abultada cifra no debería extrañarnos a tenor de otro dato, referente al uso de anticonceptivos, facilitado por el Ministerio de Sanidad: del 25 por ciento de adolescentes de entre 15 y 17 años que reconoce tener relaciones sexuales, sólo el 12.7 por ciento asegura que utiliza algún método anticonceptivo. El aumento de los embarazos en adolescentes se debe, según algunos expertos, a la poca educación sexual que se imparte en colegios e institutos.

Un estudio realizado por Salaverry y col. (1993) encontró en adolescentes que se embarazaron a edades menores o iguales a 19 años; que las madres adolescentes tienen de 2 a más hijos; y que los abortos previos al primer embarazo en las madres adolescentes es de 11.6 por ciento.

La edad promedio de la primera relación sexual en las madres adolescentes es de 14-16 años.

El intervalo entre la primera relación sexual y el primer embarazo en las madres adolescentes es de 7.12 meses.

El 75.2 por ciento de las madres adolescentes se embarazaron por descuido.

En la madre adolescente la primera experiencia sexual estuvo mayormente relacionada con la salida a un paseo.

El 45 por ciento de las madres adolescentes tuvieron su primera relación sexual dentro de los 12 meses de conocer al padre de su hijo.

En el 89 por ciento de los casos de las madres adolescentes, el embarazo se produce después de varias relaciones sexuales

El 63 por ciento de las madres adolescentes no recibieron ningún tipo de educación sexual.

Las mayorías de las madres que recibieron educación sexual, la recibieron en el colegio.

El método más usado por la madre adolescente antes de su primer embarazo fue el método del ritmo (32.2%).

Dentro de las características familiares se observó en el estudio que el 64 por ciento de los padres de las madres adolescentes viven juntos; mientras que el 20 por ciento de los padres de la madre adolescente tuvo o tiene otra pareja; también encontramos que el 35.5 por ciento de las madres adolescentes pasaban solas la mayor parte del tiempo en casa antes del embarazo.

Las madres adolescentes después del embarazo siguen manteniendo la dependencia con la familia de ahí que más del 50 por ciento de los casos viven actualmente con sus padres o familiares.

Las adolescentes tienen quizá menos capacidad de tener hijos saludables y pueden sufrir más traumas durante el parto. Los hijos de las madres adolescentes tienden a tener mala salud pues éstas en su mayoría se hayan menos preparadas para buscar y recibir la atención prenatal adecuada y están menos aptas psicológicamente y materialmente para cuidar a sus hijos.

Casi la mitad de las madres adolescentes residen en pueblos jóvenes. La poblaciones de los Pueblos Jóvenes o Asentamientos Humanos se caracterizan por vivir en condiciones de bajo nivel socioeconómico, y si bien el vivir en este tipo de poblaciones es condicionante de embarazos en la adolescencia; también resulta en una consecuencia, pues las madres adolescentes de un nivel bajo van a tener menos acceso a la atención prenatal y van a ver frustradas sus ambiciones futuras y no van a encontrar muchas dificultades para salir de su nivel socioeconómico.

Es generalmente aceptado que las madres adolescentes son en alto grado carentes de un nivel educacional adecuado; sin embargo nuestro estudio encuentra que el 97 por ciento de ellas tienen algún grado de educación. Esta situación es observada a pesar de que se ha estudiado a una población de nivel bajo socio económico que se atiende en la Maternidad de Lima, se realizó un estudio encontrando que tan sólo el 82 por ciento de las madres adolescentes tenían algún nivel del educación, y que el 66 por ciento de las madres adolescentes sólo tenían

primaria. En otro estudio el 65 por ciento de las madres adolescentes tenían educación secundaria. De esto se deduce que si bien es cierto que el nivel educacional de las mujeres se ha incrementado en los últimos años, esto no ha producido una disminución de los embarazos en adolescentes.

Las madres adolescentes estudian mayormente en colegios estatales mixtos. Esto parece un factor importante puesto que 53 por ciento de las madres adolescentes estudiaron en colegios estatales mixtos. La discusión de este punto es controversial, pues existen muchas tendencias que apoyan la educación mixta; sin embargo queda por determinar en nuestras poblaciones al nivel de establecer una educación mixta en los colegios que aún.

El presente estudio también encontró que las madres adolescentes cuando estaban en el colegio se escapaban en horas de clase. Esto probablemente implique una característica de la personalidad y del entorno de la adolescente.

I.1.1. Antecedentes nacionales

En la Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia, el año pasado nacieron 5,828 bebés de madres adolescentes. Nada más y nada menos que el 27 por ciento del total de nacimientos registrados en este centro hospitalario.

Todas se parecen: tienen entre 11 y 19 años, suelen ser hijas de madres adolescentes, proceden de un estrato socioeconómico bajo y la mayoría —un 85 por ciento— quedó embarazada de su pareja. Aún hay más: casi todas estaban en la escuela, ya sea en la primaria o en la secundaria. Y la mayoría la abandonó cuando quedó embarazada.

Esther Portes, encargada del Programa de Adolescentes de esta maternidad, sabe mucho de esto. Lleva 11 años viendo cómo pasan «niñas» por este programa, que está integrado por cuatro ginecólogos, tres psicólogos, dos enfermeras y seis auxiliares de enfermería. Allí atienden a un promedio de 65 pacientes al día. Casi la mitad tiene entre 11 y 16 años.

¿Y la educación sexual?

Para Portes, la falta de educación sexual-tanto en la escuela como en el núcleo familiar- es la principal culpable de que demasiadas niñas se conviertan en madres

antes de tiempo. Muchas, ni siquiera conocen los métodos anticonceptivos a su alcance. «Y eso no significa que se debe repartir condones, sino que hay que hablarles sobre su cuerpo, decirles las verdades y las mentiras de quedar embarazadas, tratar de que posterguen las relaciones sexuales y hacerles entender que si estudian tendrán más oportunidades en el futuro», explica.

Una tarea nada fácil, como ella misma reconoce. Más todavía, porque estas adolescentes entran en la consulta pensando que un embarazo a su edad es algo absolutamente normal. «Pero, psicológicamente, no están preparadas para ser madres», recalca Portes.

En esto influye que, en muchos casos, sus parejas no tienen nada de adolescentes. «Son jóvenes adultos o ya adultos bien formados que quieren ser padres», añade Portes.

- En la Maternidad Nuestra Señora de La Altagracia se producen entre 90 y 100 nacimientos diarios. De ellos, el 27 por ciento corresponde a mujeres menores de 19 años.

- La Maternidad acoge el 10 por ciento de los nacimientos de todo el país, tanto del sistema público como del privado.

- La tasa de mortalidad materna está en 110 por cada 100,000 nacidos vivos, según datos suministrados por la dirección del hospital.

- La mortalidad perinatal en los primeros siete días de vida está en 15.3 por cada 1,000 nacidos vivos.

La Maternidad La Altagracia, tiene que responder a una sobredemanda de servicios de más de 40 por ciento. Cuentan con un programa especial para atender las adolescentes embarazadas.

En los últimos años nacieron en ese hospital 109,000 niños. Además, dieron medio millón de consultas médicas e hicieron 1.3 millones exámenes de laboratorios.

Es un hospital de referencia nacional, que recibe pacientes en estado graves, con excepción de los del Cibao.

La Maternidad San Lorenzo de Los Mina tampoco escapa a esta realidad. El año pasado hubo 2,340 nacimientos de madres adolescentes, lo que representó el 10.66 por ciento de los partos de este centro hospitalario.

En la Unidad de Adolescentes de este hospital que funciona desde 1997- trabajan dos psicólogos, un psiquiatra, dos ginecólogos, un médico general, un auxiliar de enfermería, una abogada, una trabajadora social y una educadora.

Atienden diariamente a partir de la 1:30 de la tarde- a unas 60 adolescentes. La mayoría procede de la provincia Santo Domingo, aunque también llegan de Boca Chica y Monte Plata.

Como subraya Belkis Altagracia Valerio, psicóloga de la Unidad de Adolescentes de la Maternidad de Los Mina, la mayoría de ellas procede de hogares disfuncionales. «En muchos casos, irse con un hombre es una vía de escape para salir del núcleo familiar», resalta.

Más de cien legrados a adolescentes se realizan cada mes en el hospital Dr. Marcelino Vélez Santana, en Herrera, donde además, se registra que el 17 por ciento de los partos son de adolescentes.

La comunidad de Herrera ofrece numerosos factores de riesgo para que se incrementen los embarazos en adolescentes. En ese municipio todavía las mujeres abortan por la ingestión de té de la más variada gama. Uno de esos factores es que numerosas niñas van a los liceos, colegios y escuelas durante las noches, horas que son aprovechadas por los pasoleros y otros jóvenes para sonsacarlas y dejarlas embarazadas.

Herrera es una zona que por su sobrepoblación, condiciones socio económicas y educativas, hace que ese grupo poblacional sea vulnerable. «Aquí hay una gran densidad poblacional, mucho hacinamiento, alta frecuencia de hogares rotos y una microeconomía fundamentada en chiriperos, ebanistas, desabolladores, y sobre todo muchos colmadones», para explicar la situación que viven las adolescentes del municipio Santo Domingo Oeste, el que la mayoría de escuelas a las que asisten las adolescentes sean diurnas constituye otro factor de riesgo, pues quienes no estudian, van en motores y paso las, las buscan y las llevan a moteles y sitios de prostitución.

El Marcelino Vélez es un hospital general, pero la realidad de la sobrepoblación de la zona, ha estado desbordando la capacidad de ese centro. Del 26 al 28 por

ciento de los partos que se producen en el país son adolescentes. El predominio de esa realidad está en la región suroeste y el Distrito Nacional.

El hospital Marcelino Vélez ha atendido cerca de 5000 partos en dos años, mientras que la maternidad Nuestra Señora de la Altagracia tiene más de 25 mil partos al año.

En el período 2000-2004 en el hospital Cabral y Báez se registraron 13,017 embarazos en adolescentes. Por parto normal fueron 9,230 y por cesárea 3,787.

Los abortos, dijo, son una consecuencia de embarazos. Estas son otras estadísticas aparte. Durante el citado período han tenido 2,724 abortos de adolescentes o embarazos que fracasaron por diferentes formas, entre ellos, provocados.

Por años hubo un ritmo promedio de 40 niños nacidos muertos. «También hay la mortalidad materna horrorosa».

El doctor Víctor Calderón, encargado de la dirección Materno Infantil de Salud Pública del pasado gobierno, advirtió que en e) país se incrementan esos casos de embarazos y que en el año 2003 hubo 53,000 nacimientos de madres adolescentes, entre once y 19 años.

«Pero lo grave de esto es que el 17 por ciento de nuestras muertas correspondieron a personas jóvenes en esa etapa de la vida», agregó.

De 25,000 niños que nacen anualmente en la maternidad La Altagracia, en esta capital, el 20 por ciento corresponden a madres adolescentes, informó su exdirector Gómez Sánchez.

En tanto, que en Santiago y gran parte de la región del Cibao el la situación es más grave, pues el 30 por ciento de los embarazos que se registran corresponden a adolescentes.

Además es creciente el número de madres adolescentes en poblaciones del sur como Azua y Elías Piña, indicaron.

En el país, coincidieron, son frecuentes los casos de adolescentes embarazadas de 16, 17 y 18 años, pero últimamente aumentan los casos de embarazos en niñas de once años.

«Este es un problema económico y social de gran presión porque dos niños están teniendo otro niño».

Además del grave problema social y de salud para la paciente, un embarazo en adolescente requiere de una serie de cuidados especiales.

«Tenemos que integramos todos para enfrentar la situación como una realidad. Se hace necesaria la labor de prevención como medida de contrarrestar el problema»

Creo que se necesita, también, hacer énfasis a través de los medios de comunicación electrónico para llevar mensajes de prevención hasta las zonas rurales más apartadas, donde por generaciones se tienen los embarazos en adolescentes como cultura.

Calderón citó que en República Dominicana el 65 por ciento de las adolescentes se han iniciado en las relaciones sexuales.

Es necesario de que en las escuelas se enseñe la educación sexual como las matemáticas, la química o la gramática.

Es de gran importancia que los niños a temprana edad conozcan su fisiología. «Que sepan lo que es el clítoris, el semen»

Esta problemática en República Dominicana son el Instituto de Estudios de Población y Desarrollo (IEPDIPROFAMILIA) y estas son sus conclusiones de un trabajo publicado «Madres Adolescentes en República Dominicana 1996a y dado a conocer marzo de 1997 con el auspicio del Fondo de Población de la Naciones Unidas (FNUAP) «El 13.3 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años ya ha sido madre. Esto significa que de cada mil adolescentes 13.3 ya habían sido madres para 1991. Sin embargo, el estudio de la Maternidad adolescente, al igual que todas las variables demográficas, no debe circunscribirse a su manifestación a nivel nacional, en especial cuando el análisis desea servir para la definición de acciones destinadas a la reducción de la incidencia de este problema». Este informe también analiza el embarazo de la adolescente en otra perspectiva... «La incidencia de la Maternidad adolescente varía sustancialmente cuando se analiza el problema en función del lugar de residencia de las adolescentes. Las diferencias son muy marcadas, en especial entre el Distrito Nacional y la región Suroeste, mientras entre las adolescentes residentes en el Distrito Nacional sólo el 6.4 por ciento es madre, es

decir, de cada mil jóvenes de 15 a 19 años 64 son madres, en el Suroeste el porcentaje se eleva a 24.4 por ciento, o sea, 244 de cada mil residentes en esa región. En el resto del Sureste y en el Cibao el problema tiene una incidencia más de dos veces y media mayor que en el Distrito Nacional, pero es alrededor de 7 y 9 puntos porcentuales menor que en el Suroeste. Las diferencias detectadas parecen estar relacionadas con los desequilibrados regionales típicos de los estilos de desarrollo de los llamados países del Tercer Mundo. En ese sentido se observa que en la región menos desarrollada en términos socioeconómicos la incidencia del problema es mayor, mientras que en la más desarrollada es menor. Esto se relaciona con las marcadas diferencias socioeconómicas entre regiones, observadas por otros investigadores. El Suroeste no sólo posee una mayor incidencia de la Maternidad adolescente. Es, además, la región en la que los indicadores de salud y en especial los de morbilidad infantil se encuentran en la peor situación».

Entendemos que este trabajo presentado por PROFAMILIA / IEPD, nos debe servir de guía ya que hasta los análisis que consideramos menos importante le dieron una notable connotación veamos. En lo que se refiere a la zona de residencia, de entrada se observa que la incidencia en la zona rural (20.0%) es el doble de la urbana (10.1%). Es decir, que una adolescente que resida en la zona rural tiene dos veces más posibilidades de salir embarazada que una residente en la zona urbana, y cuatro veces más que las residentes en el Distrito Nacional. Lo que de nuevo es explicado por el mayor porcentaje de adolescentes que residen en la zona urbana (67.8%). El último de los indicadores de las diferencias según el área de residencia lo constituye el lugar de residencia en la infancia. La probabilidad de que una adolescente sea madre es el doble para aquéllas que residían en un pueblo o campo durante los primeros 12 años de sus vidas que para las que se socializaron en una ciudad.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años el inicio de la vida sexual a edades muy tempranas se ha incrementado considerablemente, trayendo como consecuencia un aumento en el número de embarazos en adolescentes, esto asociado a diferentes factores que aumentan las probabilidades siendo esta situación uno de los principales problemas de salud tanto a nivel regional como local.

En República Dominicana, al igual que en todo el Caribe se ha incrementado el embarazo en adolescentes; tanto así, que en las consultas de embarazadas de los hospitales de todo el país, de las embarazadas que acuden a los centros de salud, un gran número corresponde a las adolescentes. Durante el quinquenio 1991-1996 la proporción de adolescentes embarazadas en República Dominicana, aumentó de un 18 por ciento según la ENDESA-91, a un 23 por ciento la ENDESA-96. Según ENDESA 2002 la tasa de fecundidad estimada en adolescentes (15 a 19 años) fue de 104 nacimientos por 1.000 mujeres en la zona urbana y 145 nacimientos por 1.000 mujeres en zonas rurales. El 50 por ciento de los y las adolescentes no ha recibido educación sexual. El 36 por ciento de las adolescentes inició su vida sexual antes de los 15 años de edad (ENDESA 2007).

En una proporción los embarazos en adolescentes son no deseados y los problemas que una pareja adulta afronta se intensifican para las adolescentes, trastornando su desarrollo y constituyéndose en una carga para la sociedad.

Es inquietante que en los hospitales de Santo Domingo cada día se ofrece asistencia a una gran población de adolescentes embarazadas y frente a esta situación surge una pregunta: ¿Cuáles los de factores de riesgo de embarazo en adolescentes en el hospital Región Taiwán en el período junio 2013-julio 2013?

III. OBJETIVOS

III. 1. General

1. Determinar los factores de riesgo de embarazo en adolescentes en el Hospital Regional Taiwán en la consulta de adolescentes en el período Septiembre-October 2016.

III. 2. Específicos

1. Determinar incidencia de embarazo en las adolescentes.
2. Determinar la edad de las madres adolescentes.
3. Identificar procedencia de las pacientes.
4. Determinar nivel de escolaridad de las madres adolescentes.
5. Identificar antecedentes ginecoobstétricos.
6. Determinar edad de primera aparición de menstruación.
7. Determinar edad de primera relación de las adolescentes.
8. Identificar tiempo de relación antes de salir embarazada.
9. Determinar métodos anticonceptivos usados.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Embarazo en la adolescencia

La OMS define como adolescencia al «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 socio - económica» y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25 por ciento de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estimó que para el año 2000 llegarían a 1.1 millones (cifras que fueron superadas). La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Se lo 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».

La «tasa de fecundidad adolescente (TFA)» ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la «tasa de fecundidad general (TFG)», condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11.2 por ciento; en 1980 del 13.3 por ciento; en 1990 del 14.2 por ciento; en 1993 del 15 por ciento. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11.1 por ciento en la década de los '80.

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7.45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9.53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27.14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991.

Los últimos datos hablan de un 35,4911 000 mujeres en 1994, descendiendo al 32.98 en 1995 y al 30.81 en 1996.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12 por ciento de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto.

En España, a partir de los años 80's, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 213 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4 por ciento son dados en adopción y un 50 por ciento permanecen en hogar de madre soltera. Un 8 por ciento de las adolescentes embarazadas abortan y un 33 por ciento permanece soltera durante el embarazo.

En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la «unión estable», aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado.

Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14.9 años para varones y 15.7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosas, laica, laica de sectores populares). El 95 por ciento de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70 por ciento de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

En 1985, en EE.UU, el aborto alcanzó el 42 por ciento; los matrimonios disminuyeron del 51 por ciento al 36 por ciento. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción).

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad-paternidad.

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

IV.1.1. Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo penpuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

IV.1.2. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

IV.1.3. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

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 los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: «una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el

simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes».

IV.2. Aspectos clínicos

A menudo no se sospecha el embarazo de la adolescente hasta que es obvio, lo que se traduce en un aumento de sus riesgos, ya que se ha comprobado una relación directa entre las complicaciones del embarazo, su interrupción, y la morbilidad con el número de semanas de embarazo sin atención médica. Esto es especialmente importante en América Latina, donde las muertes a raíz del aborto inducido entre las adolescentes entre 15 y 19 años es una de las principales causas de defunción de la población femenina en este grupo de edad.

Por lo anterior, es necesario destacar la importancia de un diagnóstico precoz y analizar las razones del error diagnóstico. Dado que pocas adolescentes consultan a especialistas (ginecólogos), los médicos generales, los médicos de familia, los pediatras y otros profesionales que atienden adolescentes deben estar alerta a la sintomatología vaga y heterogénea con que el embarazo suele manifestarse durante la adolescencia, así como incorporar a su anamnesis habitual, la historia y registro de sus ciclos menstruales. La causa principal del error diagnóstico es una historia y un examen físico incompletos; por ello, la anamnesis sexual debería ser parte de la historia clínica de todo adolescente.

IV.2.1 Motivos de consulta

Síntomas y signos típicos: Muchas adolescentes sospechan su gravidez y van a la consulta para obtener una confirmación, relatando síntomas de amenorrea secundaria, congestión y aumento de volumen mamario, náuseas matutinas.

Síntomas «distractores», sin embargo, en gran número de jóvenes la sintomatología del embarazo puede ser escasa o muy confusa. Entre los síntomas más comunes en las adolescentes en las cuales el diagnóstico de embarazo no fue hecho desde un comienzo, están la fatiga, desmayos recurrentes, mareos, depresión, irritabilidad, náuseas, vómitos, epigastralgia, constipación, aumento de

peso, urticaria, cefalea, calambres musculares en miembros inferiores, dolor de espalda y aumento de frecuencia urinaria.

No sorprende, entonces, que se formulen diagnósticos equivocados, como reacción de ajuste de la adolescencia, enfermedad depresiva, somatización, úlcera péptica, constipación, reacción alérgica, anemia, obesidad, infección urinaria, espasmo muscular y jaqueca.

La experiencia muestra que las adolescentes en quienes se pasa por alto la existencia de un embarazo pueden ser divididas en dos grupos. En el primero se encuentran las que se niegan a aceptar la posibilidad de un embarazo y que pueden llegar a consultar, por primera vez, de emergencia por "dolor abdominal" cuando en realidad están en trabajo de parto; a veces insisten en que tienen períodos menstruales regulares y lo que nunca han tenido relaciones sexuales. No es raro que también los padres nieguen haber notado el evidente embarazo. El otro grupo, más numeroso, son adolescentes que se encuentran solas y confundidas y que, a la defensiva, no revelan sus problemas; ponen a prueba al médico para ver si pueden confiar en él, esperando que se descubra "el segundo diagnóstico", la realidad dramática para ellas del embarazo.

IV.2.2. Evaluación diagnóstica

Dado que la mayoría de las adolescentes se encuentran bajo una considerable tensión emocional, debe obrarse con cautela para ganar su confianza. El apoyo del profesional para informar en conjunto a los padres es fundamental, así como también a la pareja. El examen físico, puede detectar cloasma, cambio en la areola (tubérculo de Montgomery), cianosis y reblandecimiento del cérvix, y un útero agrandado. En la adolescente obesa el embarazo avanzado muchas veces no es evidente, y sólo se pone de manifiesto por el hallazgo de partes fetales o el latido fetal cuando la joven es examinada médicamente por otro motivo.

La confirmación del diagnóstico mediante pruebas de laboratorio es útil. Se debe tener en cuenta que las pruebas de laboratorio pueden ser falsas positivas o falsas negativas, por lo que el médico debe conocer la sensibilidad, especificidad y valor predictivos de las pruebas de embarazo que utiliza.

IV.3. Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes y su abordaje con enfoque de derechos

Al referirse al embarazo en la adolescencia generalmente asoma a nuestro pensamiento la siguiente frase «Qué problema esto del embarazo adolescente, hay que hacer algo con ello», constituyéndose en un tema o mejor dicho en un problema de Salud Pública. Sin embargo, examinemos esta formulación en detalle.

Lo primero que sugiere dicha afirmación es que el embarazo en adolescentes intrínsecamente es negativo y por tanto debe ser erradicado. En este sentido no hay discusión y pareciera que ya hemos definido absolutamente qué es lo mejor para los y las adolescentes, al estilo de Aldous Huxley en su obra *Un mundo feliz*, donde todo está organizado y claramente ordenado por un grupo que así lo decide; una muy buena jugada a favor del control social y del establecimiento de reglas autoritarias.

Pero siguiendo en este proceso de asociación libre, se nos viene a la mente los patrones de socialización donde nuestras madres y abuelas tenían los hijos e hijas en la adolescencia, porque las uniones consensuales (matrimonio, unión libre) ocurrían en la edad de la adolescencia. Tal vez debido a que la expectativa de vida no era muy elevada, o porque se convertía en una forma de control social de la sexualidad adolescente, donde eran reclutadas muy rápidamente por hombres adultos y las embarazaban para recluirlas en el ámbito doméstico y en el cuidado de los hijos e hijas. Queremos hacer notar que la elección de pareja estaba en manos del hombre y no de la mujer. Eso nos deja (a interrogante de si el patrón sociocultural más bien convoca a que los hijos son de la adolescencia en las mujeres.

Por otro lado, el hombre que disfrazó el dominio hacia la mujer con el argumento que era instintivo y que eso marcaba una diferencia profunda y radical con ella, se dedicó a procrear hijos fuera de la unión consensual y por tanto, a la proliferación de madres con hijos y sin pareja permanente, esto validado por la cultura que conoce de ese hecho. Y se contribuye profundamente a dos aspectos: el hombre procrea y renuncia a la paternidad y la mujer se queda sola con su prole. Es decir, si los hijos se tienen en la adolescencia, la mujer tiene claro que ella está sola con sus hijos e hijas.

Siguiendo en esta línea, la sexualidad en las adolescentes se dirigía por tres grandes derroteros: la madre-esposa, la madre-amante o la mujer que se abstiene. El proyecto de vida apunta en ese sentido a llenar cada uno de estos huecos, indiferentemente de si trabaja dentro del hogar o fuera de él. Por ello, algunos autores hablan de la doble o triple jornada de la mujer. Hacemos notar que hablamos de las adolescentes, porque para los hombres nunca ha resultado ser un problema sociocultural el ejercicio de su sexualidad-coital a cualquier edad.

Estas argumentaciones que datan de nuestras madres y abuelas, (o tal vez no, habría que hacer un análisis más exhaustivo de los diferentes sectores); han recibido algunas modificaciones en los últimos años. La mujer busca construir un proyecto de vida que no la reduzca a ser una vagina o un útero caminando, aunque a veces así las vemos cuando pensamos o sentimos que el principal problema o preocupación de la mujer adolescente es el embarazo. Un proyecto que la coloque dentro de la sociedad con sus intereses, orientaciones vocacionales y que se le permita vivir en igualdad genérica. Además, ha tomado en sus manos la elección de pareja y por ende el poder experimentar varias relaciones, la postergación de la unión consensual, y todo ello enmarcado en un desarrollo más temprano de su sexualidad. Y hablando de sexualidad, no hemos revisado algo que es obvio, el embarazo en la adolescencia ocurre porque hay un ejercicio de la sexualidad-genital. Ahora ¿en dónde colocamos nuestra preocupación? Seamos honestos y honestas: en el embarazo que no se encuentra en unión consensual. Entonces a lo que nos estamos refiriendo es al embarazo-solterismo adolescente, a que las adolescentes están haciendo uso de la sexualidad genital sin pedir permiso al mundo adulto y sin tomar en cuenta los intereses de los y las adultas; o a lo que estamos apuntando es a que el embarazo adolescente es producto, no tanto de ellas mismas, sino de la seducción que hace el mundo adulto, bajo la forma del consumismo (venta de productos seductores, películas pornográficas que fragmentan al sujeto, entre otras) o de las relaciones coitales directamente.

La sexualidad de la adolescente parece ser el punto dave. Entonces tenemos cuatro propuestas:

Que no se les hable: lo que tememos es que sigan los patrones socioculturalmente promovidos, es decir, los hijos e hijas se tienen en la adolescencia, el hombre funciona como procreador y los designios del mundo adulto es ser sexuales (no significa que los disfruten) y dejarse seducir por ellos. Tenemos alta probabilidad de embarazo en adolescentes.

Que se les hable pero de forma represiva y culpógena: con esto construyen una sexualidad para otros (se les niega el disfrute, situación también bastante tradicional), se hace un mecanismo de negación de los procesos psicosociales y psicosexuales que vive el y la adolescente y los invitamos a que realicen «actingout», es decir, a que actúen impulsivamente frente a la sexualidad y, por tanto, no se protejan. Al igual que la anterior, tenemos alta probabilidad de embarazo en adolescentes.

Que se les hable, pero en función de la reproducción: esto es que reduzcan todas sus preocupaciones como adolescentes y su sexualidad a los genitales, con ello se verán informados de las posibilidades anticonceptivas, pero seguirán instalados en el mecanismo cultural de tener relaciones sexuales-coitales desprovistas de afecto; y por consiguiente, casuales e impulsivas. Nuevamente, no nos eximimos de una alta probabilidad de embarazo adolescente.

Que se les hable a partir de la construcción de igualdad de género: con ello apuntaríamos a la revisión de lo aprendido, al desarrollo de una posición crítica frente a lo que el exterior les ofrece (el mundo adulto); también se permitiría desarrollar aspectos diferentes de su propia sexualidad, de la relación entre los géneros, de la maternidad y de la paternidad. Quiero rápidamente resaltar la paternidad, ya que este es un aspecto que no se toca más allá del no abandono (denominada falsamente paternidad responsable) y que significa la posibilidad masculina de vivir la relación con el hijo o hija más allá de los aspectos represivos. Con este último camino habría la posibilidad de ir reduciendo el embarazo en la adolescencia, ya que el embarazo se inscribiría dentro del desarrollo deseado del hombre y la mujer, tomando en consideración su propio proyecto de vida.

Pero con lo expuesto anteriormente, regresamos al punto con que iniciamos esta exposición, es el embarazo en sí mismo un problema. Considero que si tomamos en

cuenta el derecho del y la adolescente de construir su propia vida, de elaborar su proyecto personal, de elaborar su identidad y con ello de ser crítico y crítica ante lo que el mundo adulto le ofrece, de ser informado e informada por los padres y madres, las personas adultas que le rodean acerca de su sexualidad y de otros temas de interés para ellos y ellas. Así, el embarazo pasaría a ser una decisión adscrita al deseo de la maternidad y la paternidad que no obstruye el progreso del y la adolescente, y por consiguiente, no me atrevería a afirmar que todo embarazo en la adolescencia es negativo y que debe erradicarse absolutamente.

Así las cosas, de lo que tendríamos que estar preocupados no es de reducir el embarazo adolescente en sí mismo, como un aspecto patológico. Sino de colaborar en los procesos educativos sobre la construcción de la masculinidad y la feminidad alternativas a los patrones de manejo de la sexualidad desafectivizada, deserotizada (diría Marcúse en su libro «El hombre unidimensional»), y por tanto, de la maternidad y la paternidad que no obstruya los proyectos de vida de los adolescentes. Y en los casos donde el embarazo es un hecho, colaborar para que no se constituya en la imposibilidad de realización de la madre.

A manera de conclusión, proponemos lo siguiente

1. El embarazo adolescente es promovido en nuestra cultura a través de procesos de socialización, de la hedonización y de la seducción del adulto.
2. La construcción de la masculinidad actual propone al hombre el ser procreador. Así, para el desarrollo de la paternidad, no se le brindan herramientas.
3. La información que se les brinda a los y las adolescentes acerca de su sexualidad, a través de los mecanismos del silencio, de la censura de los padres y madres y sectores educativos, así como la visión reproductiva, acrítica y poco dialogante, facilita el embarazo en la adolescencia.
4. La posibilidad de incidir en la disminución del embarazo en la adolescencia atraviesa por la construcción del género, en un diálogo abierto, crítico y franco con los y las adolescentes.
5. Por último, no todo embarazo en la adolescencia en sí mismo es negativo si no obstruye la construcción del proyecto de vida del y la adolescente.

Con lo expuesto, es fácil admitir que cuando se trata de embarazo en adolescentes, no es únicamente peso, talla y aspectos de orden biomédico, sino que implica un proceso de escucha y de diálogo con alguien que busca comprender el significado personal, familiar y social de su condición de madre o padre adolescente y el derrotero que le propone el asumir la maternidad y la paternidad.

IV.3.1. Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes

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

- a. **Sociedad represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b. **Sociedad restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- c. **Sociedad permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- d. **Sociedad alentadora:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los

estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

IV.4. Factores predisponentes

1. Menarca temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres-hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y/o sola
5. Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. Pensamientos mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50 por ciento de la población femenina.
12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

IV. 5. Aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes.

IV. 5.1. La adolescencia de las adolescentes embarazadas.

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el período en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asumen responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del abuso sexual», en la mayoría de los casos por su padre biológico. El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

IV.5.2. Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobreimpone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque eVa exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que «dramaticen» la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como «poderoso instrumento» que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan

entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

IV.5.3. El padre adolescente

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

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

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo,

comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y (a familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de «ser padre».

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser «adoptado» como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo-padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca «huida».

IV.5.4. Consecuencias de la maternidad - paternidad adolescente

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad-paternidad en la segunda década de la vida.

1. Consecuencias para la adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2. Consecuencias para el hijo de la madre adolescente.

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

3. Consecuencias para el padreo adolescente.

Es frecuente la deserción escolar para absorber la manutención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un estrés inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

IV.5.5. Enfoque de riesgo para la atención de la adolescente embarazada.

La primera pregunta a responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de algo riesgo obstétrico y perinatal. La segunda pregunta es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

IV.5.6. Grupo de alto riesgo obstétrico y prenatal.

1. Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.
2. Antecedentes de abuso sexual.
3. Enflaquecimiento (desnutrición).
4. Estatura de 1,50 m o menor.
5. Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.

6. Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

IV.5.7. Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal

1. Menarca a los 11 años o menos.
2. Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
3. Ser la mayor de los hermanos.

IV.5.8. Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor «actitud negativa» de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable.

La aplicación de un programa de estas características en CAPS del norte de la ciudad de Santiago de Chile, ha permitido descender la tasa de mortalidad materna a casi 0 en adolescentes y la de partos pretérmino igualarlos prácticamente a la de la población de adultas (7 a 8% en Chile).

IV.6. Enfoque de salud sexual y reproductiva de la adolescente

Para aplicar este enfoque es necesario desarrollar actividades y acciones integrales y coordinadas que abarquen el programa destinado a resolver los fenómenos y problemas del crecimiento y desarrollo normal y sus derivaciones, relacionados con la evolución del proceso endocrinológico sexual y mental del adolescente, la feminidad y su entorno social.

Las actividades del programa se dividen en 5 periodos según el momento de la aplicación de las acciones, incluyendo aspectos obstétricos y no obstétricos, siendo éstos los más complejos de aplicar, pero indispensables para lograr buen impacto en los niveles de salud materna y perinatal y el ejercicio de una salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.

6. Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

IV.5.7. Grupo de mediano riesgo obstétrico y perinatal

1. Menarca a los 11 años o menos.
2. Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.
3. Ser la mayor de los hermanos.

IV.5.8. Grupo de riesgo obstétrico y perinatal corriente o no detectable

Incorpora a todas las demás adolescentes hasta la edad que determine el programa. Poseen diferentes normas de control prenatal, en base a nivel de complejidad de la atención.

Actualmente no se considera el grupo de mediano riesgo. El factor «actitud negativa» de la adolescente al inicio del embarazo, pasó al grupo de alto riesgo y los otros 2 factores pasaron al grupo de riesgo corriente o no detectable.

La aplicación de un programa de estas características en CAPS del norte de la ciudad de Santiago de Chile, ha permitido descender la tasa de mortalidad materna a casi 0 en adolescentes y la de partos pretérmino igualarlos prácticamente a la de la población de adultas (7 a 8% en Chile).

IV.6. Enfoque de salud sexual y reproductiva de la adolescente

Para aplicar este enfoque es necesario desarrollar actividades y acciones integrales y coordinadas que abarquen el programa destinado a resolver los fenómenos y problemas del crecimiento y desarrollo normal y sus derivaciones, relacionados con la evolución del proceso endocrinológico sexual y mental del adolescente, la feminidad y su entorno social.

Las actividades del programa se dividen en 5 periodos según el momento de la aplicación de las acciones, incluyendo aspectos obstétricos y no obstétricos, siendo éstos los más complejos de aplicar, pero indispensables para lograr buen impacto en los niveles de salud materna y perinatal y el ejercicio de una salud Sexual y Reproductiva en adolescentes.

IV.6.3. Segundo y tercer trimestre

Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejenzo encuentra un 16.99 por ciento de anemias en las adolescentes gestantes y un 3.97 por ciento en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53.8 por ciento de anemias ferropénicas en adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13.5 por ciento de anemias en las controladas y 68 por ciento en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández, entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

Infecciones urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23.1 por ciento.

Amenaza de parto pretérmino

Afecta aproximadamente al 11.42 por ciento de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente el porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

Hipertensión arterial gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20 por ciento de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la edamsia (0.10 a) Adolescentes embarazadas es frecuente el déficit de hierro, calcio, vitamina C, tiamina, riboflavina y proteínas. Las adolescentes embarazadas presentan un gran riesgo para la madre y el niño debido a las dificultades nutricionales, problemas emocionales, relaciones sociales; se presenta más en las familias de bajos recursos económicos. La composición del calostro y de la leche materna también está relacionada con la edad y los factores socioeconómicos.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la adolescente hasta el momento de la entrevista	10-13 años 14-16 años 17-19 años	Ordinal
Estado civil	Condición de compromiso de manera legal con su cónyuge o pareja ante la sociedad	Casada Soltera Unión libre Viuda Novio	Nominal
Escolaridad	Grado de educación de alcanzado por las pacientes	Primaria Secundaria Universitaria Técnica	Nominal
Procedencia	Lugar, cosa o persona de que procede alguien o algo.	Rural Urbana	Nominal
Antecedentes Ginecoobstetrico	Este término engloba aquellas situaciones que pueden perjudicar el desarrollo normal del embarazo o el parto y que, en algunos casos, se han manifestado en embarazos previos	Gesta Parto Aborto Cesárea	Nominal
Edad de menarquía	Aparición de la primera menstruación	8-10 años 11-13 años 14-16 años	Nominal
Edad de primera relación	Edad en la que la paciente tuvo su primer encuentro sexual.	11-13 años 14-16 años 17-19 años	Nominal

<p>Tiempo de relación antes de salir embarazada</p>	<p>Tiempo de encuentros sexuales que tuvo la paciente antes de salir embarazada.</p>	<p>1-3 meses 4-6 meses 7-9 meses 10-12 meses 1 año 2 años 3 años 4 años 5 años</p>	<p>Nominal</p>
<p>Métodos anticonceptivos</p>	<p>Es «cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción o un embarazo viable». También es llamado anticoncepción o contracepción. Se usa en vistas del control de la natalidad. La planificación, provisión y uso de métodos anticonceptivos llamado planificación familiar.</p>	<p>Píldoras Inyecciones Condomes Ninguno</p>	<p>Nominal</p>

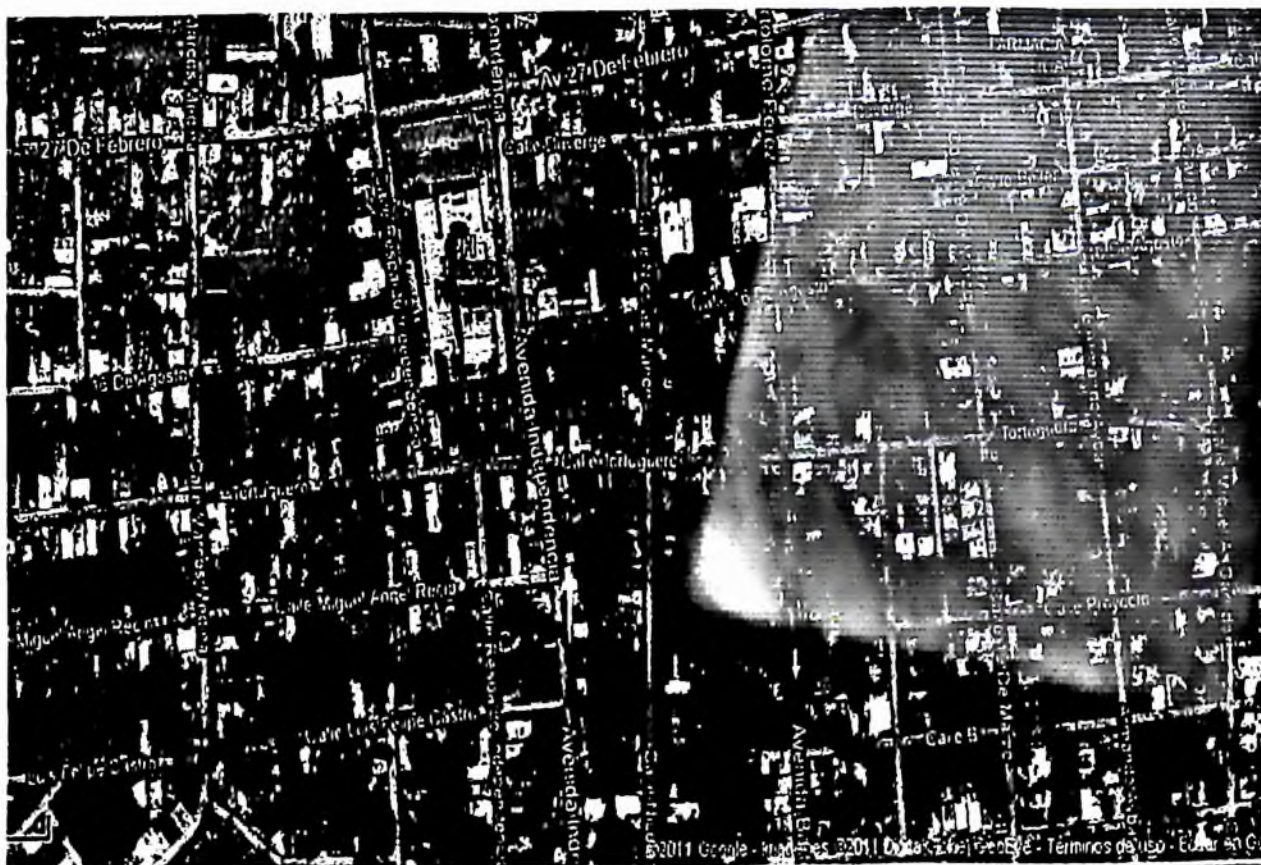
VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de colección prospectivo de datos con la finalidad de determinar factores de riesgo de embarazo en adolescentes en el hospital Regional Taiwán en el período Septiembre-Octubre, 2016.

VI.2. Demarcación geográfica

El estudio se realizó en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo es un estamento de salud que está ubicado en el sector Simón Stridels de esta ciudad, en la calle Independencia Esquina 27 de Febrero, Delimitado al Norte: Calle 27 de Febrero, al Sur: Calle Tortuguero, al Este: Calle Independencia y al Oeste: Calle Teresa de Estrada. (Ver mapa de vista aérea).



Fuente: ©2011 Google - Imágenes - TerraMetrics, Datos Mapa ©2011 Digital

VI.3. Universo

El universo estuvo constituido por 198 adolescentes embarazadas que asisten a la consulta externa del hospital Regional Taiwán en el período Septiembre-Octubre 2016.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo representada por todas las adolescentes embarazadas calculadas a partir de la población de Septiembre-Octubre 2016 y tomando en cuenta una confiabilidad de 95 por ciento y un error estándar de 5 por ciento. Esta muestra se escogió de las adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta del Hospital en Septiembre-Octubre 2016, mediante un muestreo probabilístico (aleatorio simple) (Ver anexo VIII 1. Cronograma).

VI.5. Criterios de inclusión

Estuvo representado por las pacientes embarazadas con edades comprendidas entre 10 y 19 años, que acudieron a la consulta externa del hospital Regional Taiwán en el período Septiembre-Octubre 2016.

VI.6. Criterios de exclusión

Estuvo representado por las que no acuden a la cita.

Las que no aceptaron llenar el formulario.

Se excluyó el jueves.

VI.7. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se elaboró un cuestionario, bajo la responsabilidad de la sustentante y comprende rubro referente a los datos, sobre la identidad de la paciente son la edad, factores de riesgo, conocimiento y desconocimiento de embarazo, hábitos tóxicos, síntomas, abortos anteriores, número de gestas, diagnósticos, las preguntas contenidas en el formulario se llevarán directamente con las pacientes.

VI.8. Procedimiento

La investigación contó de dos fases: en la primera fase estará encargado de la recolección de los datos basados en el protocolo estandarizado, descrito y aplicado a las adolescentes embarazadas.

VI.9. Aspectos éticos

La información a manejar fue estrictamente confidencial, así como los nombres de las pacientes involucradas en el estudio. Por otra parte, es bueno destacar que todas las pacientes que acudieron a la consulta de dicho Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo durante el período Septiembre-October 2016.

VII. RESULTADOS

Cuadro 1. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 2016

Según años de edad

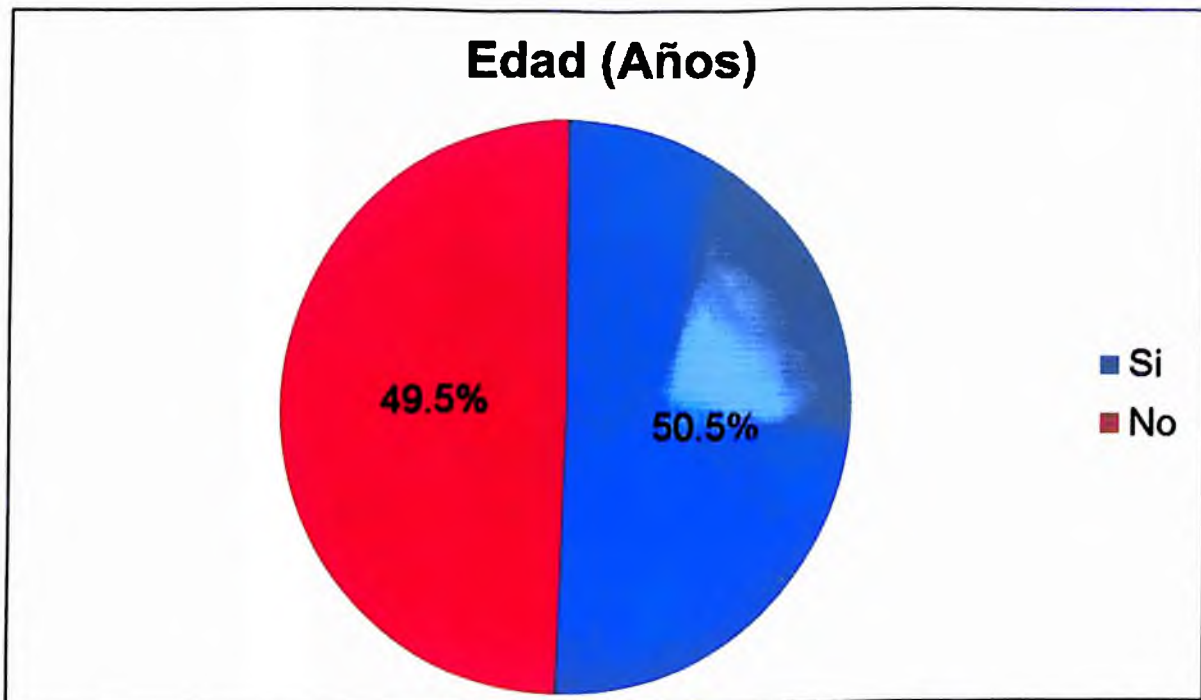
Factores de Embarazo	Frecuencia	%
Si	100	50.5
No	98	49.5
Total	198	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

El 50.5 por ciento de las pacientes presentaron riesgo de embarazo, mientras que el 49.5 por ciento restante no.

Gráfico 1. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Según años de edad



Fuente: Cuadro 1.

Cuadro 2. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 201.6

Según años de edad

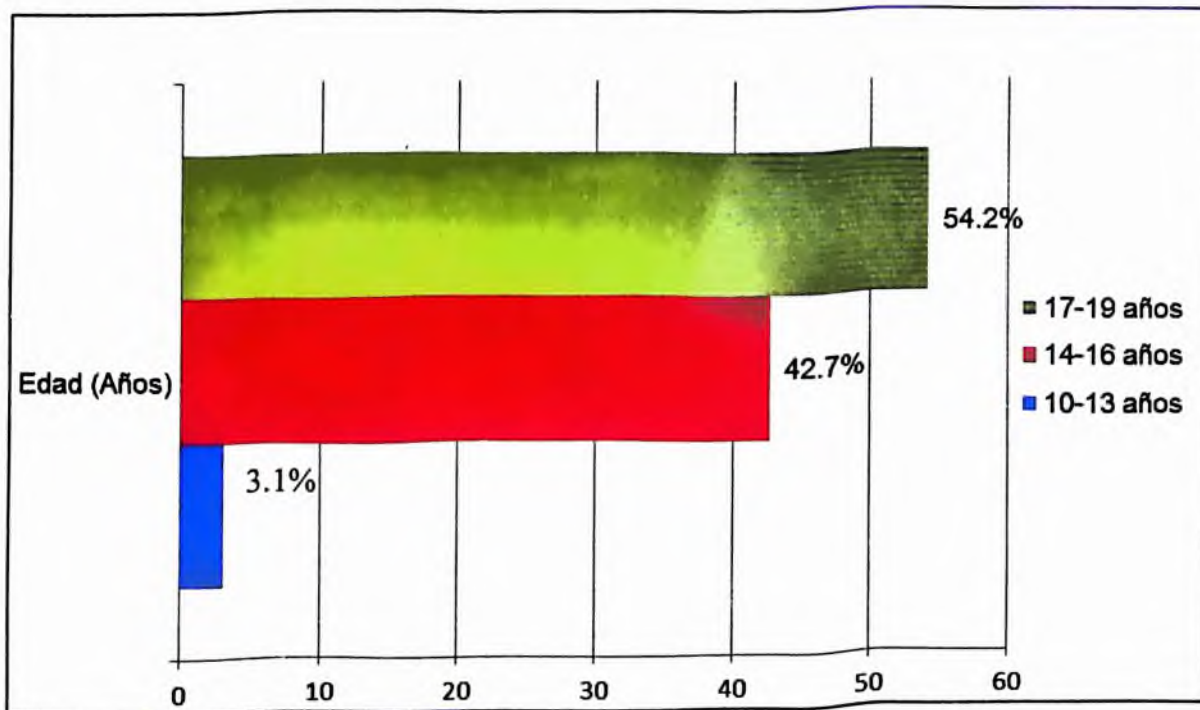
Edad (Años)	Frecuencia	%
10-13 años	3	3.1
14-16 años	41	42.7
17-19 años	52	54.2
Total	96	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

El 54.2 por ciento de las entrevistadas tenía una edad de 17-19 años, el 42.7 por ciento de las pacientes tenía una edad de 14-16 años, y el 3.1 por ciento de 10-13 años.

Cuadro 2. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Según años de edad



Fuente: Cuadro 2.

Cuadro 3. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 2016

Según estado civil

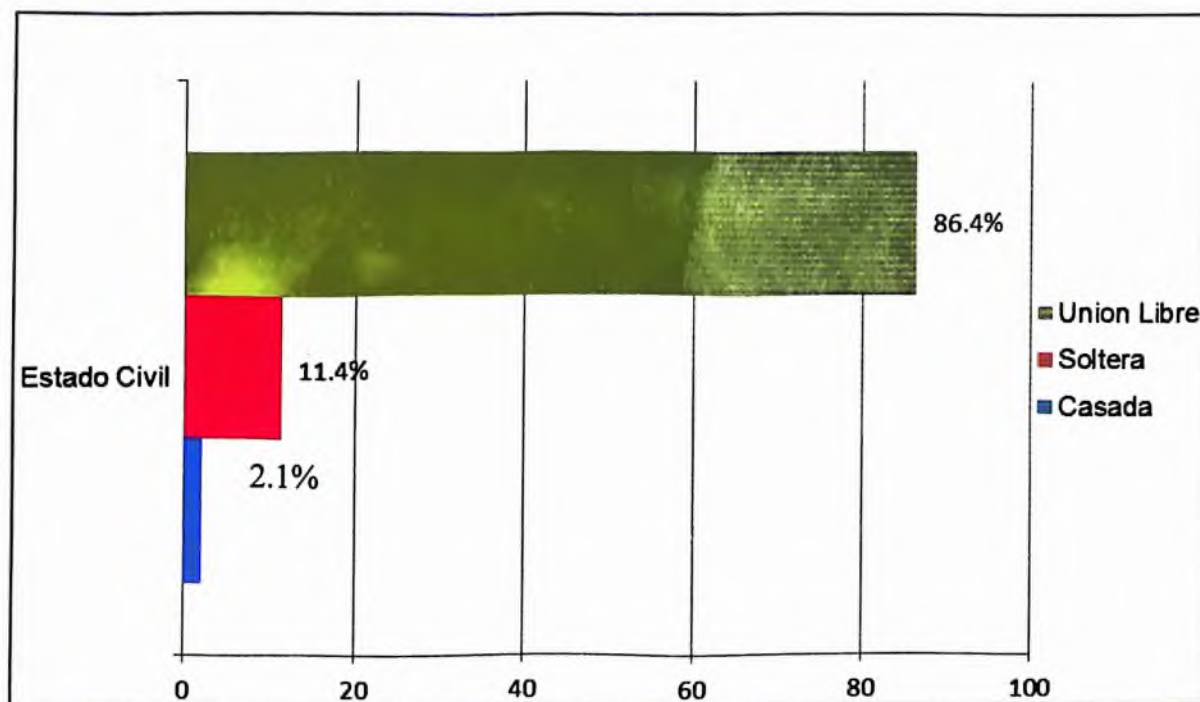
Estado Civil	Frecuencia	%
Casada	2	2.1
Soltera	11	11.4
Unión Libre	83	86.4
Total	96	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

El 86.4 por ciento de las adolescentes se encontraba en unión libre, el 11.4 por ciento de ellas estaba soltera, y sólo el 2.1 por ciento estaba casada.

Cuadro 3. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Según estado civil



Fuente: Cuadro 3.

Cuadro 4. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 2016

Según procedencia.

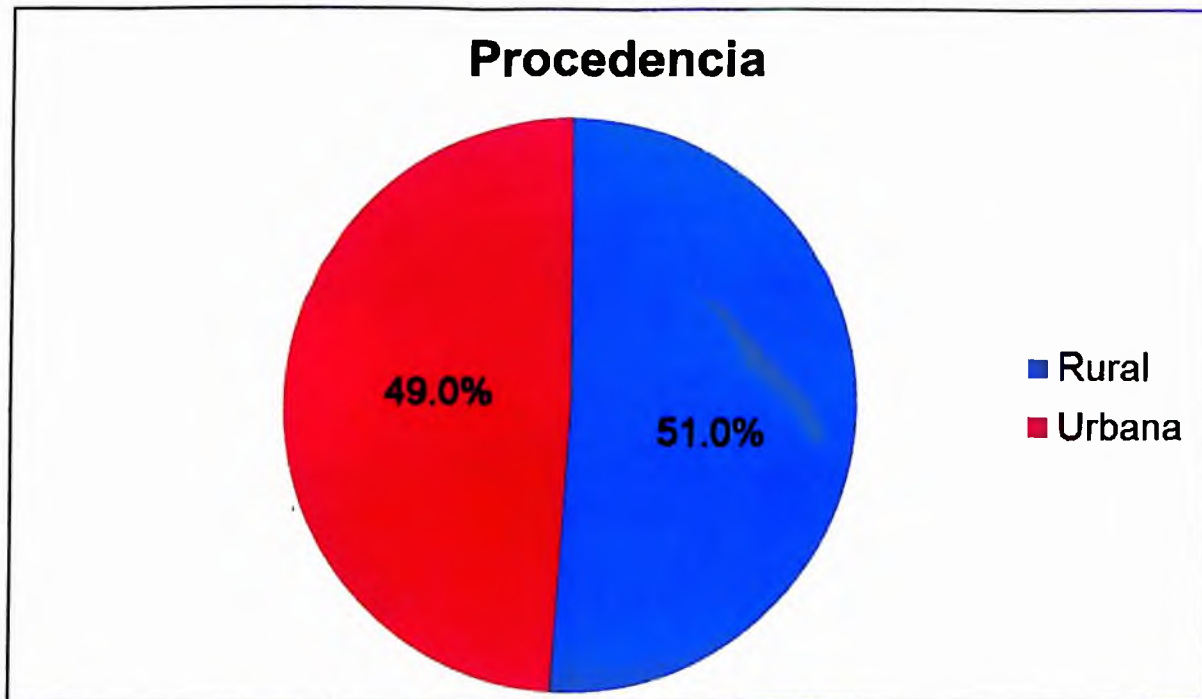
Procedencia	Frecuencia	%
Rural	49	51.0
Urbana	46	49.0
Total	95	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

El 51 por ciento de las adolescentes procedían de la zona rural del país, y el 49.0 por ciento de la zona urbana.

Gráfico 4. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Según procedencia



Fuente: Cuadro 4.

Cuadro 5. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 201.6

Según escolaridad.

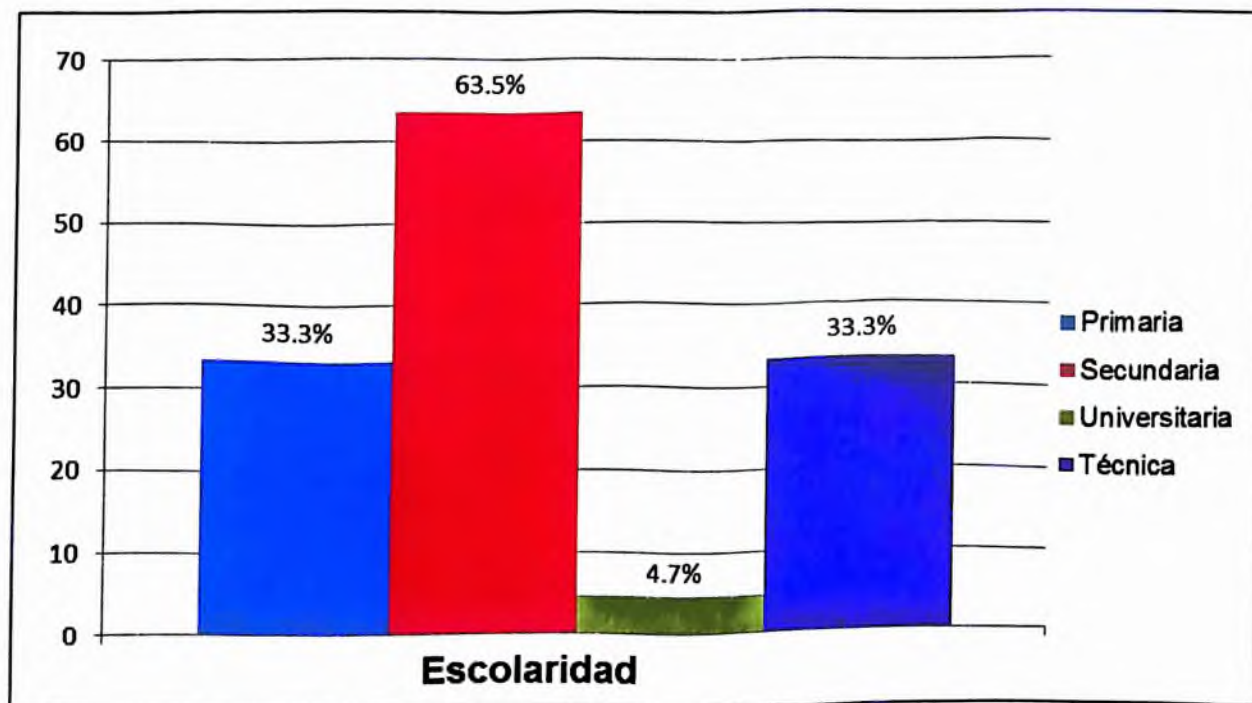
Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria	31	33.3
Secundaria	61	63.5
Universitaria	4	4.7
Técnica	32	33.3
Total	128	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

De las entrevistadas, el 63.5 por ciento cursaba la secundaria, el 33.3 por ciento la primaria, el otro 33.3 por ciento técnica, y el 4.7 por ciento universitaria.

Gráfico 5. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Según escolaridad



Fuente: Cuadro 5.

Cuadro 6. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 201.6

Según antecedente ginecoobstétrico

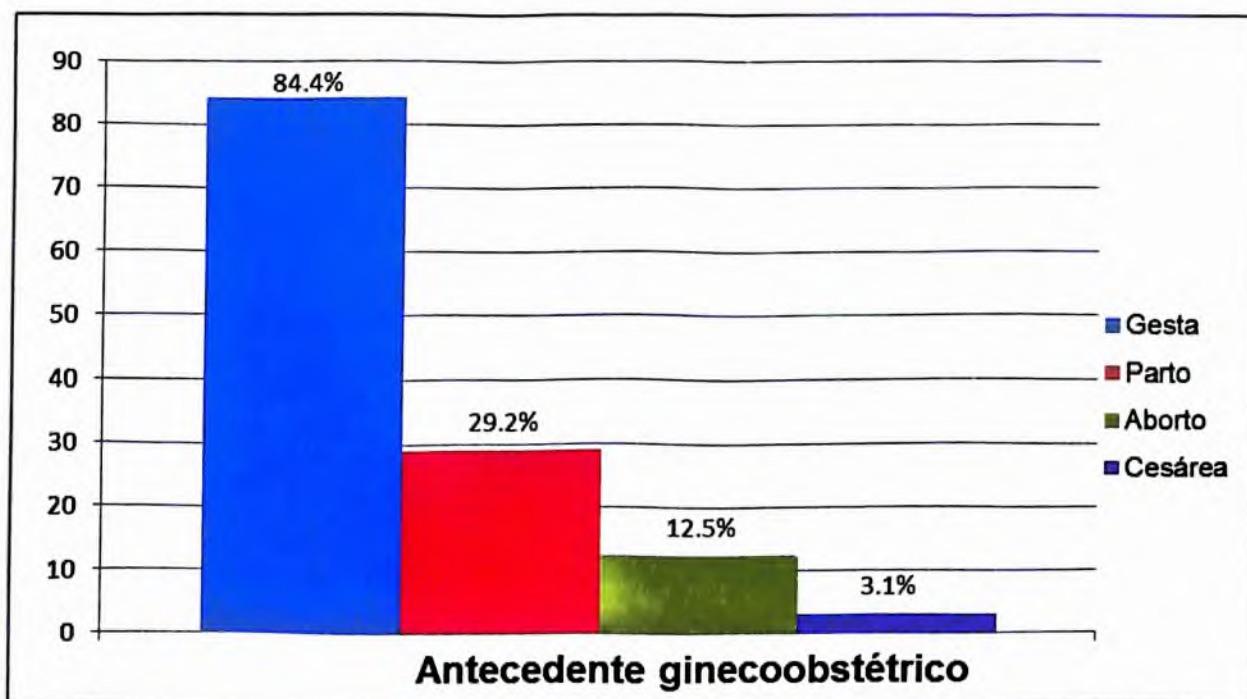
Antecedente ginecoobstétrico	Frecuencia	%
Gesta	81	84.4
Parto	28	29.2
Aborto	12	12.5
Cesárea	3	3.1
Total	124	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

El 84.4 por ciento presentó gesta, el 29.2 por ciento presentó parto, el 12.5 por ciento presentó aborto, y el 3.1 por ciento cesárea.

Gráfico 6. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Según antecedente ginecoobstétrico



Fuente: Cuadro 6.

Cuadro 7. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 201.6

Según edad de menarquía

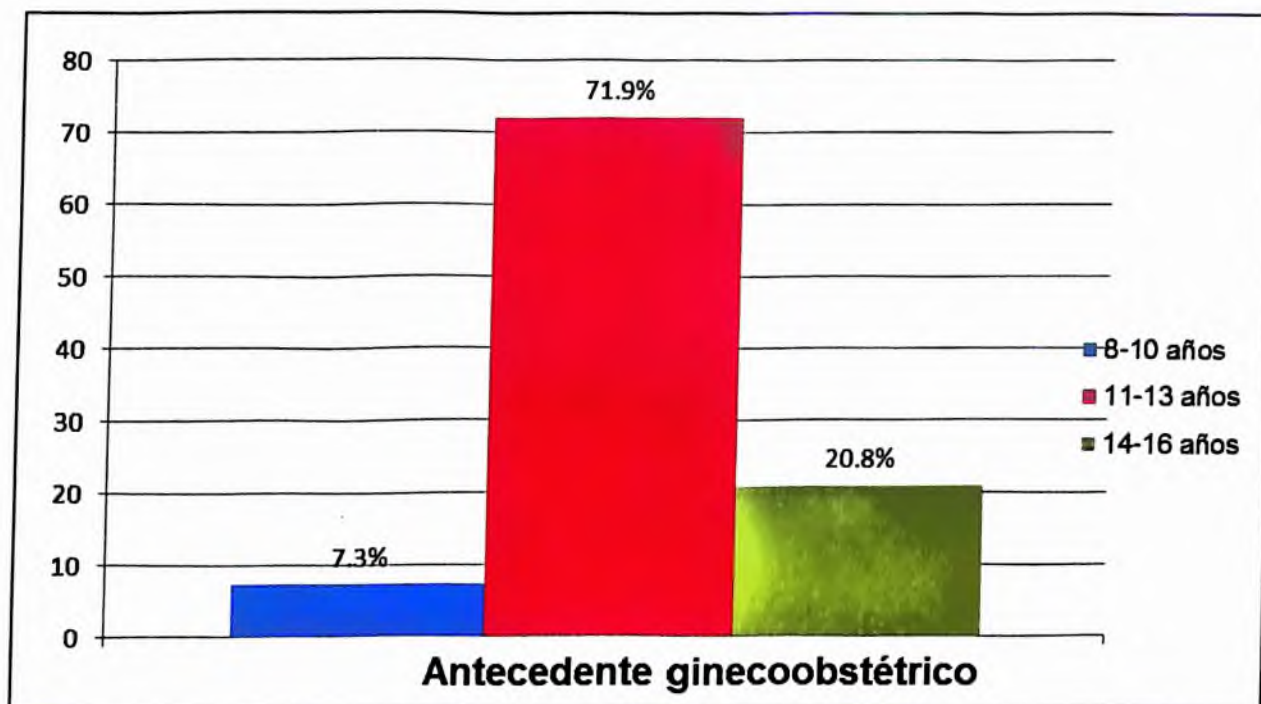
Edad de menarquía	Frecuencia	%
8-10 años	7	7.3
11-13 años	69	71.9
14-16 años	20	20.8
Total	96	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

De las pacientes, el 71.9 tuvo su menarquía entre los 11-13 años, el 20.8 por ciento la tuvo entre los 14-16 años, y el 7.3 por ciento entre los 8-10 años.

Gráfico 7. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Según edad de menarquía



Fuente: Cuadro 7.

Cuadro 8. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 2016

Según edad de primera relación

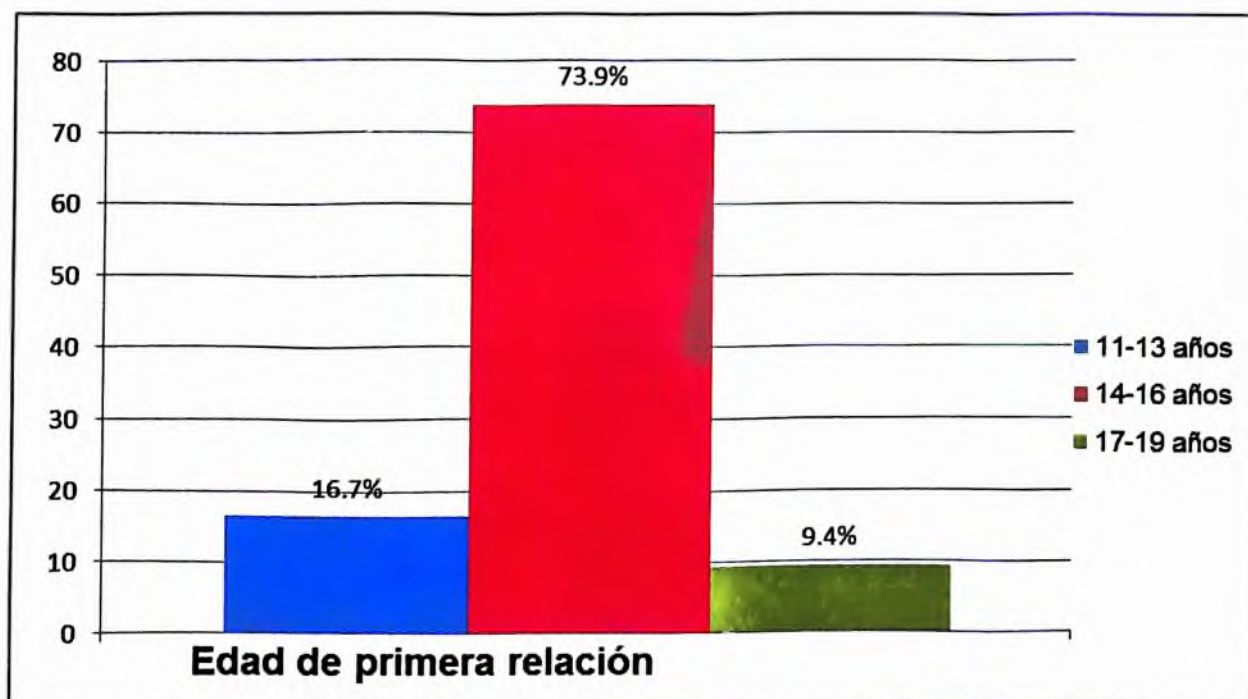
Edad de primera relación	Frecuencia	%
11-13 años	16	16.7
14-16 años	71	73.9
17-19 años	9	9.4
Total	96	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

El 73.9 por ciento tuvo su primera relación entre los 14-16 años de edad, el 16.7 por ciento entre los 11-13 años de edad, y el 9.4 por ciento entre los 17-19 años.

Gráfico 8. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Según edad de primera relación



Fuente: Cuadro 8.

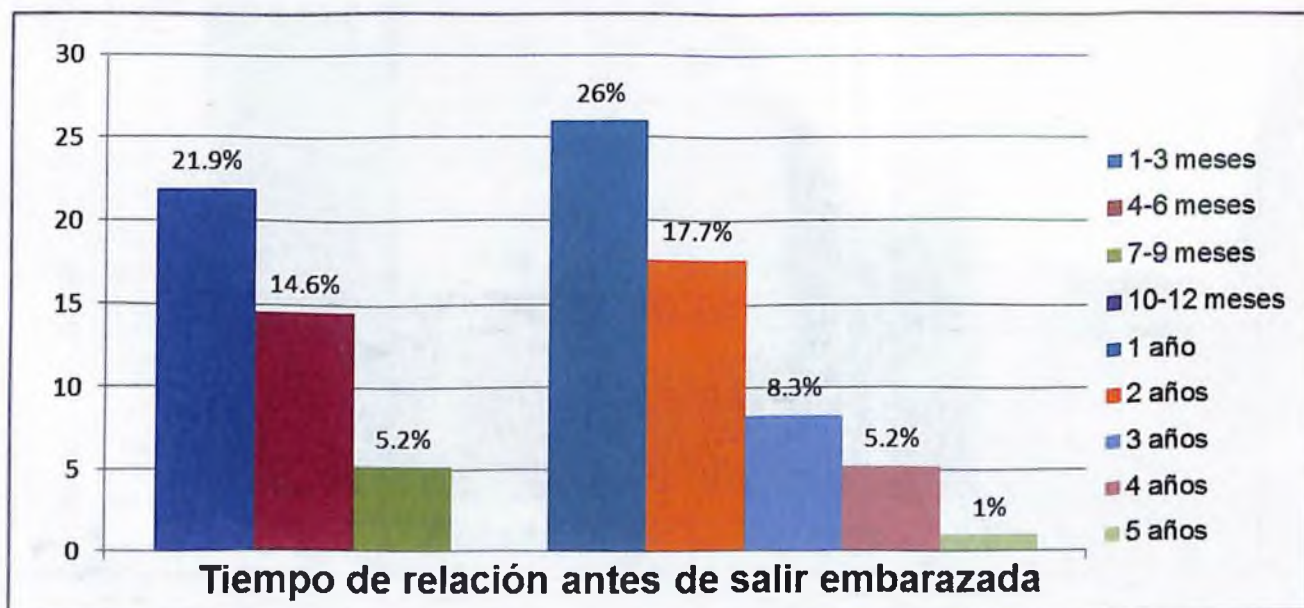
Cuadro 9. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 201.6 Según tiempo de relación antes de salir embarazada.

Edad de primera relación	Frecuencia	%
1-3 Meses	21	21.9
4-6 Meses	14	14.6
7-9 Meses	5	5.2
10-12 Meses	0	0.0
1 año	25	26.0
2 años	17	17.7
3 años	8	8.3
4 años	5	5.2
5 años	1	1.0
Total	96	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

El 26.0 por ciento tuvo 1 año de relación antes de salir embarazada, el 21.9 por ciento de 1-3 meses, el 17.7 por ciento tuvo 2 años de relación, el 14.6 por ciento de 4-6 meses, el 8.3 por ciento tuvo 3 años, el 3.2 por ciento de 7-9 meses, y el 1.0 por ciento tuvo 5 años de relación antes de salir embarazada.

Gráfico 9. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016. Según tiempo de relación antes de salir embarazada



Fuente: Cuadro 9.

Cuadro 10. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 2016

Según método anticonceptivos

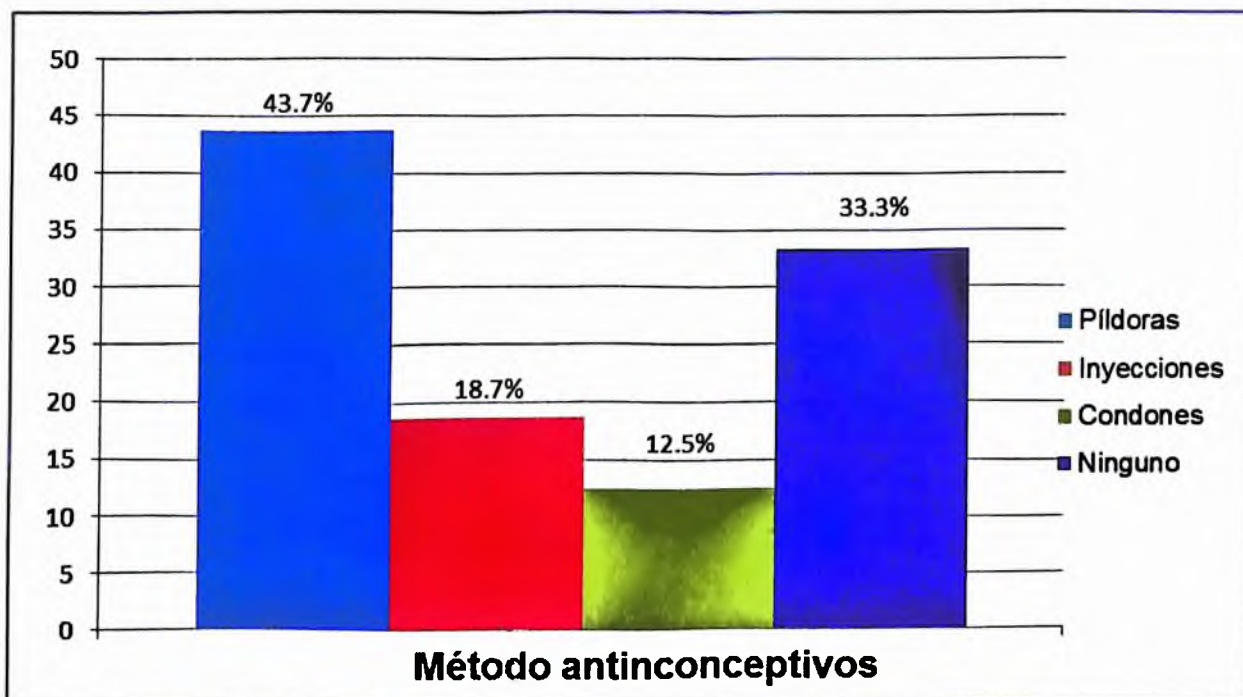
Según método anticonceptivos	Frecuencia	%
Píldoras	42	43.7
Inyecciones	18	18.7
Condomes	12	12.5
Ninguno	32	33.3
Total	104	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

Según los métodos anticonceptivos, el 43.7 por ciento usaba píldoras, 18.7 por ciento de las pacientes usaban inyecciones, el 12.5 por ciento usaba condones, y el 33.3 por ciento no usaban ningún método anticonceptivo.

Gráfico 10. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Según método anticonceptivos



Fuente: Cuadro 10.

Cuadro 11. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 2016

Con quién vivía antes de salir embarazada

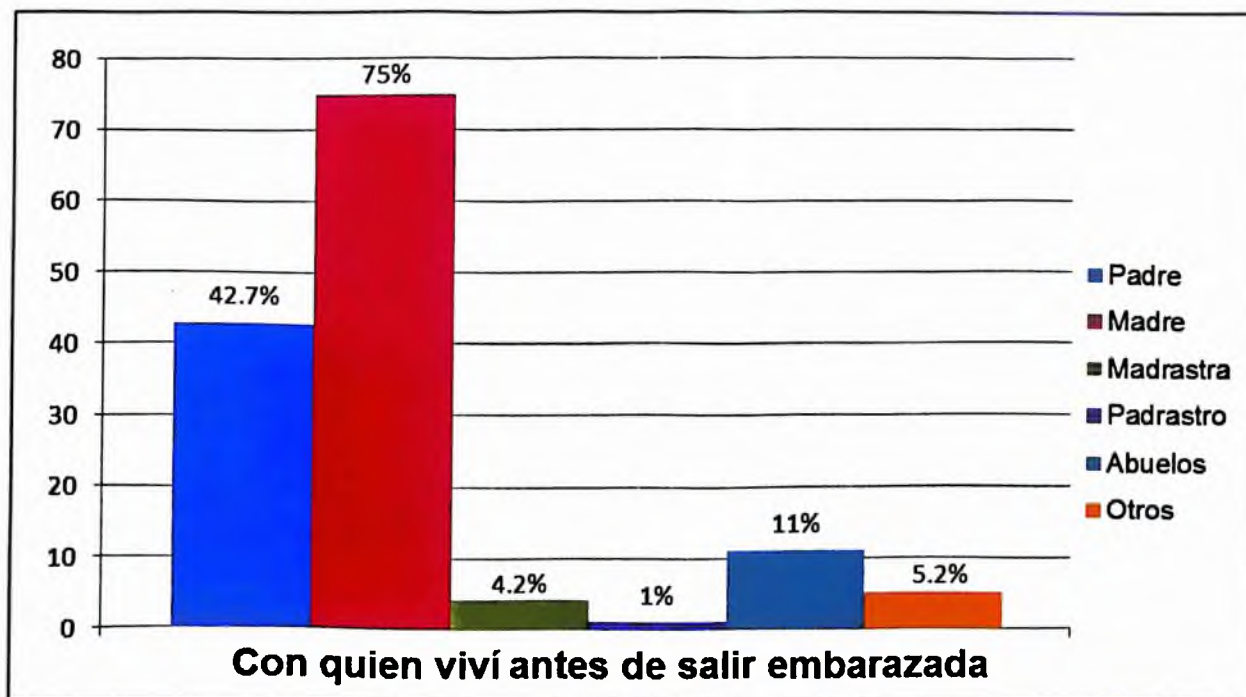
Con quién vivía antes de salir embarazada	Frecuencia	%
Padre	41	42.7
Madre	72	75.0
Madrastra	4	4.2
Padrastro	1	1.0
Abuelos	11	11.0
Otros	5	5.2
Total	134	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

El 75.0 por ciento vivía con su madre antes de salir embarazada, el 42.7 por ciento con su padre, el 11.0 por ciento con sus abuelos, el 4.2 por ciento vivía con su madrastra, el 1.0 por ciento con su padrastro, y el 5.2 por ciento con otros parientes.

Gráfico 11. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Con quién vivía antes de salir embarazada



Fuente: Cuadro 11.

Cuadro 12. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 2016

Según si ha recibido maltrato

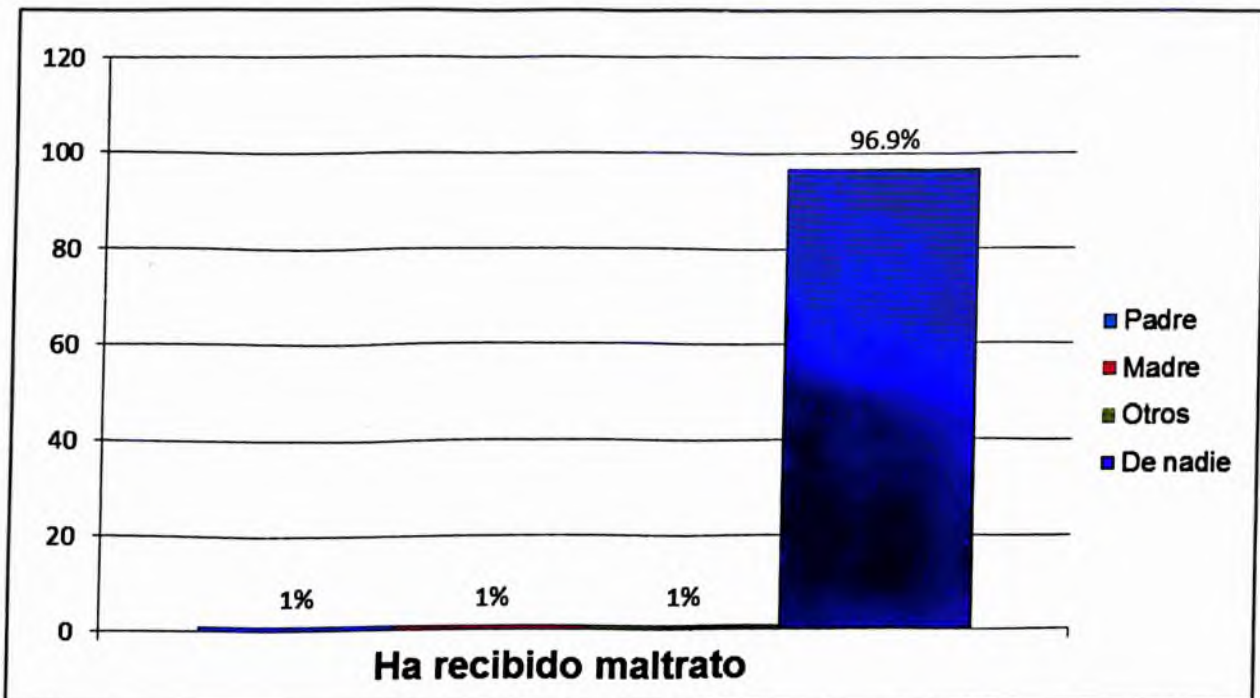
Ha recibido maltrato	Frecuencia	%
Padre	1	1.0
Madre	1	1.0
Otros	1	1.0
De nadie	93	96.9
Total	96	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

El 3.0 por ciento recibía maltrato por padre, madre u otro familiar, el 96.9 por ciento no recibía maltrato.

Gráfico 12. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Según si ha recibido maltrato



Fuente: Cuadro 12.

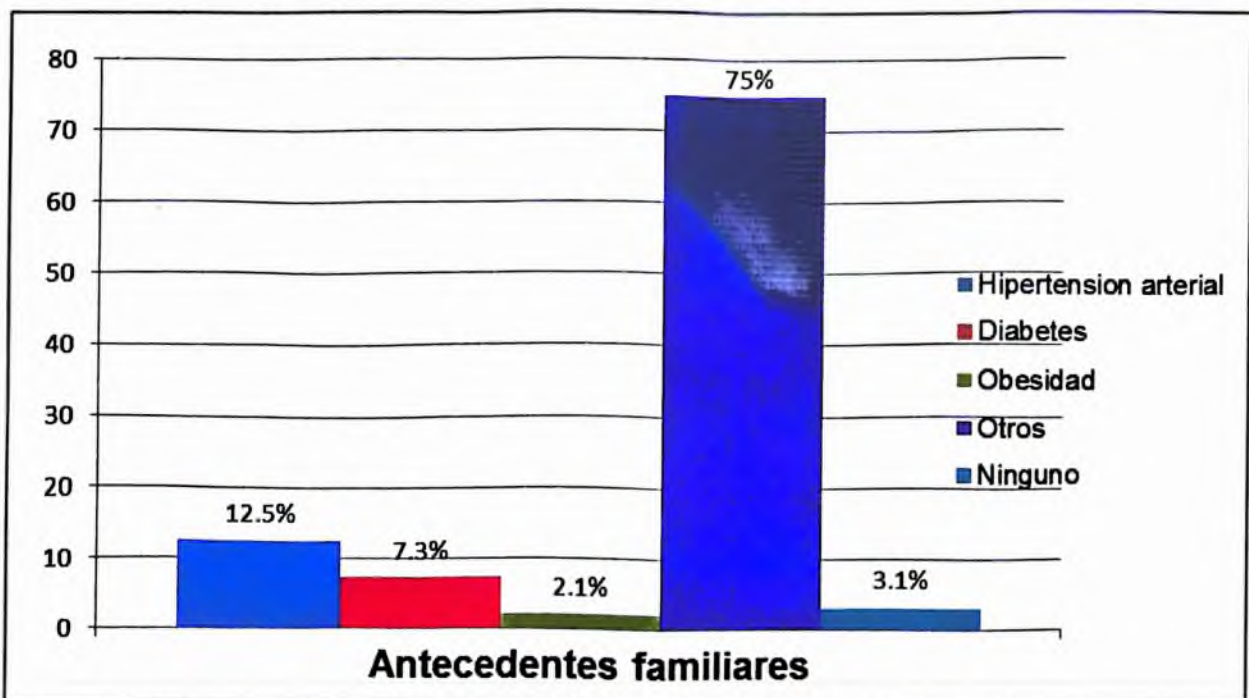
Cuadro 13. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 201.6
Según antecedentes familiares

Antecedentes familiares	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	12	12.5
Diabetes	7	7.3
Obesidad	2	2.1
Otros	72	75.0
Ninguno	3	3.1
Total	96	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

El 3.0 por ciento recibía maltrato por padre, madre u otro familiar, el 96.9 por ciento no recibía maltrato.

Gráfico 13. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.
Según antecedentes familiares



Fuente: Cuadro 13.

Cuadro 14. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 2016

Según qué hace en su tiempo libre

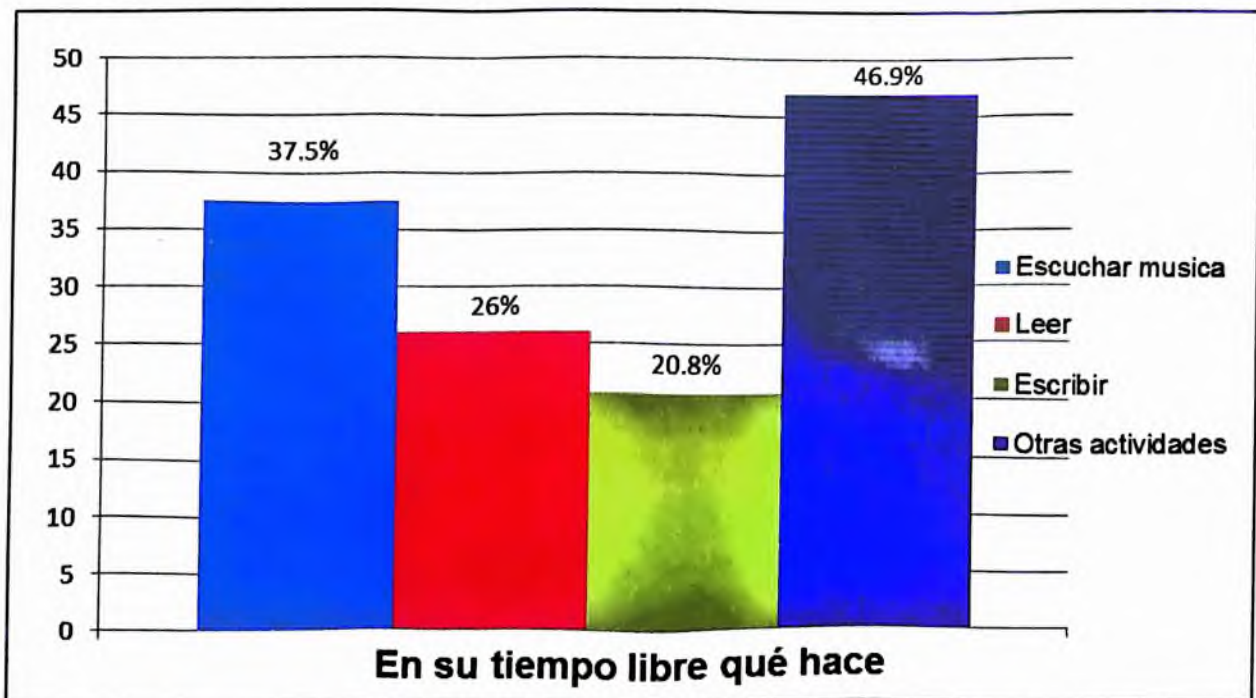
En su tiempo libre qué hace	Frecuencia	%
Escuchar música	36	37.5
Leer	25	26.0
Escribir	20	20.8
Otras actividades	45	46.9
Total	96	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

De las entrevistas, el 37.5 por ciento escuchaba música en su tiempo libre, el 26.0 por ciento leía, el 20.8 por ciento escribía, y el 46.9 por ciento realizaba otras actividades.

Gráfico 14. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.

Según que hace en su tiempo libre



Fuente: Cuadro 14.

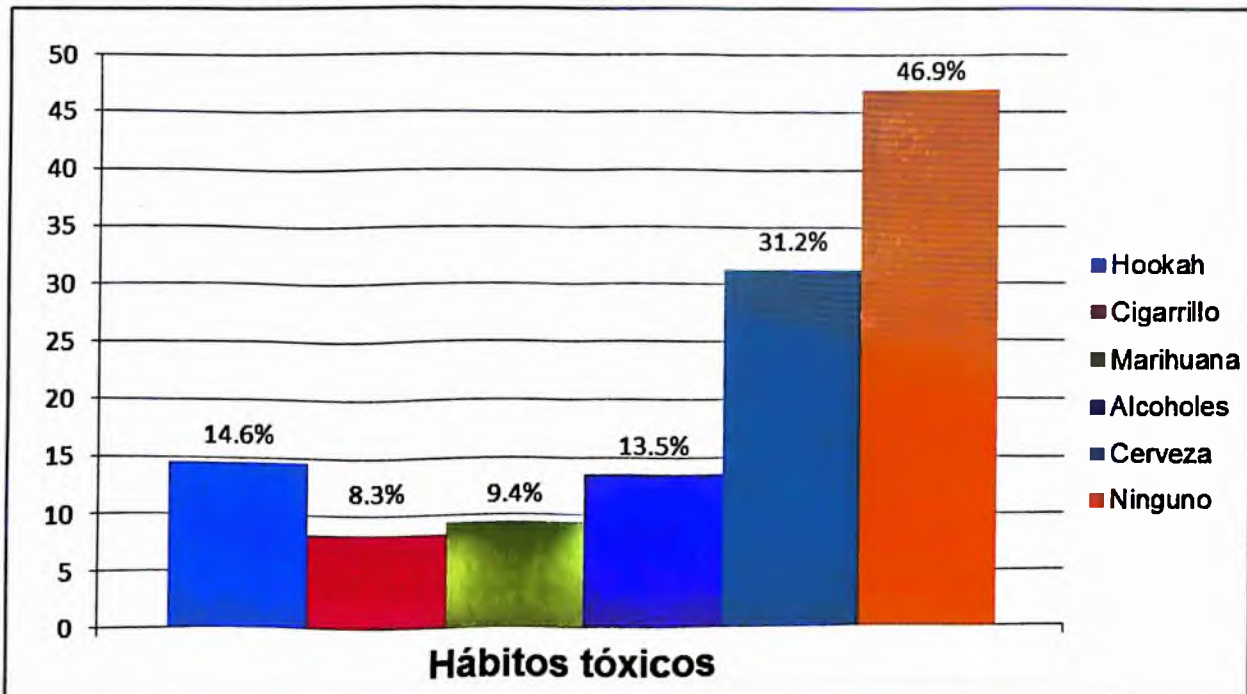
Cuadro 15. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre. 2016
Según hábitos tóxicos

En su tiempo libre qué hace	Frecuencia	%
Hookah	14	14.6
Cigarrillo	8	8.3
Marihuana	9	9.4
Alcoholes	13	13.5
Cerveza	30	31.2
Ninguno	45	46.9
Total	119	100.0

Fuente: Pacientes que acudieron a consulta de adolescentes en el Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo.

En cuanto a los hábitos tóxicos de los pacientes, el 31.2 por ciento tomaba cerveza, el 14.6 por ciento fumaba hookah, el 9.4 por ciento fumaba marihuana, el 8.3 por ciento fumaba cigarrillos, y el 46.9 por ciento no tenía hábitos tóxicos.

Gráfico 15. Factores de riesgo de embarazo en adolescentes que asisten a la consulta del Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Septiembre-Octubre del 2016.
Según hábitos tóxicos



Fuente: Cuadro 15.

VIII. DISCUSIÓN

Al analizar diferentes investigaciones no es infrecuente encontrar riesgos asociados a la adolescente embarazada. En ocasiones muy conocidos los relacionados con alteraciones de la madre o el recién nacido; pero continuar el embarazo presupone tronchar los proyectos de vida, abandonar el sistema educacional, el abandono o rechazo de su pareja y se convierten en una sobrecarga económica para la familia o la de su pareja.

El 73.9 por ciento tuvo su primera relación entre los 14-16 años de edad, coincidiendo con los datos proporcionados por la fecundidad de los adolescentes de América Latina y el Caribe, donde la edad más frecuente para la primera relación sexual eran los 14-15 años de edad.

El 26.0 por ciento tuvo 1 año de relación antes de salir embarazada, mientras en el estudio realizado por la fecundidad de los adolescentes de América Latina y el Caribe, las madres adolescentes duran un período de 7 meses teniendo relaciones sexuales antes de salir embarazadas.

Según los métodos anticonceptivos, el 43.7 por ciento usaba píldoras, mientras que en los datos recogidos por la fecundidad de los adolescentes de América Latina y El Caribe, El método más usado por la madre adolescente antes de su primer embarazo fue el método del ritmo 32.2 por ciento.

El 51.0 por ciento de las adolescentes procedían de la zona rural del país, coincidiendo con el estudio realizado por PROFAMILIA, donde los embarazos de madres adolescentes eran más frecuente en las zonas rurales del país.

En concordancia con este trabajo se encuentran investigaciones realizadas por varios autores, que manifiestan el frecuente desconocimiento de los adolescentes para enfrentar aspectos relacionados con la sexualidad y el embarazo.

IX. CONCLUSIONES.

Luego de haber realizado un análisis detallado de los resultados de esta investigación, plantea las conclusiones a las que he llegado:

1. El 71.0 por ciento de las pacientes presentaron riesgo en el embarazo.
2. El 54.2 por ciento de las entrevistadas tenía una edad de 17-19 años.
3. El 86.4 por ciento de las adolescentes se encontraba en unión libre.
4. El 51.0 por ciento de las adolescentes procedían de la zona rural del país.
5. De las entrevistadas, el 63.5 por ciento cursaba la secundaria.
6. El 84.4 por ciento no había completado las semanas de embarazo al final la investigación, el 29.2 por ciento presentó parto.
7. De las pacientes, el 71.9 tuvo su menarquía entre los 11-13 años.
8. El 73.9 por ciento tuvo su primera relación entre los 14-16 años de edad.
9. El 26.0 por ciento tuvo 1 año de relación antes de salir embarazada.
10. Según los métodos anticonceptivos, el 43.7 por ciento usaba píldoras.
11. El 75.0 por ciento vivía con su madre antes de salir embarazada.
12. El 96.9 por ciento no recibía maltrato, sólo el 3.1% recibía maltrato.
13. En cuanto a los antecedentes de morbilidad presentados, el 12.5 por ciento presentó hipertensión arterial, diabetes, obesidad, entre otros.
14. El 46.9 por ciento realizaba otras actividades.
15. El 46.9 por ciento no tenía hábitos tóxicos.

X. RECOMENDACIONES.

Después de obtener esos resultados procedemos a las siguientes recomendaciones:

1. Desarrollar programas de educación sexual y educación para la vía familiar, que incluyan orientación para la toma de decisiones, manejo de los sentimientos, temores y la autoestima. Alentar la postergación de la actividad sexual, hasta que los adolescentes tengan madurez cognoscitiva y emocional para manejar en una forma adulta todas las implicaciones de una relación sexual.
2. Capacitar a los padres, maestros y profesores de la comunidad en educación para la vida sexual.
3. Desarrollar políticas tendientes a resolver el problema de la vivienda. Evitar las viviendas inadecuadas que favorecen el hacinamiento, la promiscuidad y el incesto.
4. Fomentar la comunicación entre padres e hijos especialmente sobre sexualidad.
5. Realizar campañas por el Ministerio de Salud Pública, tendente a retrasar la primera relación sexual, ya que éste es un factor importante que favorece la ocurrencia de embarazo en adolescente.

XI. REFERENCIAS

1. Crooke R. y Low C. Complicaciones peri y post parto en adolescentes embarazadas ingresadas en el hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, enero-marzo 2003. Sto. Dgo. (Rep. Dom.) 2003: 57-61.
2. Rosario J. y Rodríguez C. Evolución de las puérperas adolescentes que asisten a la consulta externa del hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Octubre 1999- Octubre 2000. Sto. Dgo. (Rep. Dom.) 2001: 36-37.
3. Peña S. y Méndez H. Trabajo de parto en adolescentes: Evolución octubre-diciembre 1999: Sto. Dgo. (Rep. Dom.) 2000:62-64.
4. Montes de Oca 1. y Guzmán A. Incidencia de Morbilidad en Adolescentes Embarazadas Admitidas a la Sala de Pre Parto de Alto Riesgo Obstétrico, hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Marzo-Mayo 1999. Sto. Dgo. (Rep. Dom.) 1999: 27-29.
5. Laus J. Incidencia de enfermedad de transmisión sexual en adolescentes gestantes hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia, Mayo -Julio 1997. Sto. Dgo. (Rep. Dom.) 1997: 61-63.
6. Bautista A., De la Rosa L. y Sosa M. Factores de riesgos psicosociales y familiares predispuestos al embarazo en adolescentes embarazadas que asisten a la consulta de Obstetricia: Hospital Juan Pablo Pina Abril-Julio 1995: 93-97.
7. Cruz H., Merejo F. y García J. Morbimortalidad perinatal en embarazadas adolescentes en el Hospital Infantil San Lorenzo de Los Mina: Febrero-Junio 1994: Sto. Dgo. (Rep. Dom.) 1994: 57-58.
8. Almanzar A. y Pichardo J. Morbimortalidad perinatal en embarazadas adolescentes en la Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia Enero-Diciembre 1994: Sto. Dgo. (Rep. Dom.) 1994: 25-27.
9. Calderón M. y López L. Perfil Epidemiológico de Pacientes Adolescentes que acuden al Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia: Sto. Dgo. (Rep. Dom.) 1993: 65-67.

10. Pérez E. y Toribio E. Factores condicionantes de embarazo en adolescentes; Hospital Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia: Junio-Julio 2002. Sto. Dgo. (Rep. Dom.) 2002: 76-79.
11. Pérez S. Obstetricia; 3 ed. Santiago (Chile): Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1999: 245-256.
12. Mona-Báez E. Crecimiento y Desarrollo desde la Concepción hasta la Adolescencia; Sto. Dgo. (Rep. Dom.): Impresos Mendoza; 2002: 141-149.
13. Beers M. y Berkow R. El Manual Merck, 10a ed. Madrid España: Harcourt; 1999: 2433-2438.
14. Schwarz R. et... al. Obstetricia, 6 ed, Argentina: editorial el Ateneo; 2005:172-187.
15. Cunnigham et. al. Williams Obstetricia, 21 Ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2002: 188-210.
16. Berek. J. et. al. Ginecología de Nova; 13 Ed. México: Mc-Graw-Hill; 2003: 657-667.
17. Sánchez R. Ginecología, Sto. Dgo. (Rep. Dom.): Editora Buho; 2001: 23-28.
18. Pimentel R. Tesis: Guía para su elaboración y redacción: Sto. Dgo. (Rep. Dom.): Mediabyte; 2001: 21-345.
19. Botero J., Júbiz A. y Henao G. Obstetricia y Ginecología, 6ta edición: Bogota Colombia: Quebecor word; 2000: 454-466.
20. National Center for Health Statistics. Births to Teenagers in the United States, 1940-2000. National Vital Statistics Reports, 9125101.
21. National Center for Health Statistics. Births: Final Data for 2002. National Vital Statistics Reports, 12117103.
22. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Teen Pregnancy, So What? Updated 2/04, accessed 5/11/04.
23. Centers for Disease Control and Prevention. Healthy Youth: Health Topics: Sexual Behaviors. Updated 4/26/04, accessed 5/10/04.
24. The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Not Just Another Single Issue: Teen Pregnancy's Link to Other Critical Social Issues. Washington, D.C., 2002.

25. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. (1991) Dirección materno-infantil. Normas del Programa de Atención Integral del Adolescente.
26. Pérez G. Programa de Salud Sexual y Reproductiva para Población Adolescente. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER. SEGOB, 2000; 11-7.
27. Zúñiga O, Delgado D, Zubieta B. Tendencias Recientes del Embarazo Adolescente en México. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER. SEGOB 2000:18-23.
28. American Academy of Pediatrics. Committee on adolescence. Contraception and adolescents. Pediatrics 1999;104:1161-6.
29. Mejía G. Embarazo en Adolescentes. Programa Gente Joven de Mexfam. Foro: Embarazo en Adolescentes. Avances y Retos. CONMUJER SEGOB. 2000:33-7.
30. Jones H. y col. Prevalence of unmet needs among pregnant women's prevalence of unmet needs. Medical Center, 200W. Arbor Dr., San Diego, CA 92103. 2000. USA.
31. Bengel, O., Murphy, D. L., Andrews, A. M., Wichems, adolescent pregnant women for lack of information due to the unmet Ca. USA. (1998).resources economicos.
32. Vaca A. y col. Estudio observacional adolescentes embarazadas con estudios truncados por falta de apoyo 1998. Monterrey, México medigraphic, año 2 Vol. III Pág. 20-26
33. Frederich W. Unverzagt Psicología y embarazos no deseados Atención Médica, Vol. 16 No. 10 Octubre de 1999 Marzo
34. Méndez A. Prevalencia de embarazos en menores de edad en el D.F www.estadisticasdf.net.mx Febrero del 2001.
35. Nieto M. Casos de embarazos en menores de 18 años en la provincia de Buenos Aires Argentina www.saludvbienestar.com.ar Abril del 2000.
36. Sánchez M. Embarazo en menores de edad www.embarazoseQuero.com.mx Mayo del 2002
37. Vaca F. Preeclampsia en mujeres jóvenes embarazadas JAMA Vol. 9 No. 10 Noviembre del 2001 Septiembre del 2000

38. Padilla G. Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rey. Sogia 2000; 7(1): 16-25.
39. Vera G, Gallegos MS, Varela M: Salud mental y embarazo en adolescentes. Contexto de la gestación y consecuencias biográficas tempranas. Rey. Méd. Chile 1999; 127: 437-43.

XII. ANEXOS

VII.1. Cronograma

Actividades	Tiempo: 2013	
Selección del tema	2013	Marzo
Búsqueda de referencias		Abril
Elaboración del anteproyecto		Mayo
Sometimientoy aprobación		Mayo
Recolección de la información		Junio
Tabulación y análisis de la información		Julio
Redacción del informe		Julio
Revisión del informe		Agosto
Encuadernación		
Presentación		

XII.2. Instrumento de recolección de datos

FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL REGION TAIWAN EN EL PERIODO JUNIO 2013-JULIO 2013.

1. Edad: 10-13 años___ 14-16 años___ 17-19 años___
2. Estado civil: Casada___ Soltera___ Unión libre___ Viuda___ Novio___
3. Escolaridad: Primaria___ Secundaria___ Universitaria___ Técnico___
4. Procedencia: Rural___ Urbano___
5. Antecedentes ginecoobstetrico: Gesta___ Parto___ Aborto___ Cesárea___
6. Edad de menarquía: 8-10 años___ 11-13 años___ 14-16 años___
7. Edad de primera relación 11-13 años___ 14-16 años___ 17-19 años___
8. Tiempo de relación antes de salir embarazada: 1-3 meses___ 4-6 meses___ 7-9 meses___ 10-12 meses___ 1 año___ 2 años___ 3 años___ 4 años___ 5 años___
9. Método anticonceptivo: Píldoras___ Inyecciones___ Condones___ Ninguno___
10. Con quien vivía antes de salir embarazada: Padre___ Madre___ Madrastra___ Padrastro___ Abuelos___ Otros___
11. Ha recibido maltrato: Padre___ Madre___ Otros___ De nadie___
12. Antecedente familiar: Hipertensión arterial___ Diabetes___ Obesidad___ Otros___ Ninguno___
13. Qué hace en su tiempo libre: Escuchar música___ Escribir___ Leer___ Otras actividades___
14. Hábitos tóxicos: Hookah___ Cigarrillo___ Marihuana___ Alcoholes___ Cerveza___ Ninguno___

XII.3. Costo y recurso

XII.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • Un investigador o sustentante • Dos asesores • Archivistas y digitadores 			
XII.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	3 resmas	130.	390.00
Papel Mistique	3 resmas	00	540.00
Lápices	1 docena	80.0	36.00
Borras	6 unidades	0	24.00
Bolígrafos	1 docena	180.	36.00
Sacapuntas	6 unidades	00	18.00
Computador Hardware:		3.00	3.00
Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x		4.00	
Impresora HP 932c		3.00	
Scanner: Microteck 3700			
Software:			
Microsoft Windows XP			
Microsoft Office XP			
MSN internet service			
Omnipage Pro 10			
Dragon Naturally Speaking			
Easy CD Creator 2.0			
Presentación:			
Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades		1,200.00
Calculadoras	2 unidades		150.00
			10,000.00
XII.3.3. Información			
Adquisición de libros			
Revistas			
Otros documentos			
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
XII.3.4. Económicos			
Papelería(copias)	1200 copias	2.00	2,400.00
Encuadernación	12 informes		9,600.00
Alimentación		800.00	2,200.00
Transporte			3,000.00
Imprevistos			3,000.00
Total			\$33,197.00

Sustentante

Agrispino Geraldo de León
Dr. Agrispino Geraldo De León

Asesores:

[Signature]
Dra. Evelyn Ramírez Beras
(Asesor Clínico)

[Signature]
Dra. Claridania Rodríguez
(Asesor Metodológico)

Jurados

[Signature]

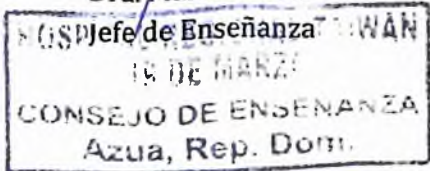
[Signature]

[Signature]

Autoridades

[Signature]
Dra. María Acosta

[Signature]
Dra. Yenny Beltre
Coordinador de Residencia



[Signature]

Dr. José Javier Asilis Záiter
Decano Facultad Ciencias de la Salud (UNPHU)

Fecha de Presentación: 6/Dic/2016
Calificación: 90