



**UNIVERSIDAD MICHOCANA DE  
SAN NICOLAS DE HIDALGO**

**ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**“ REPERCUSIONES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS  
Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ”**

**TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:  
**MARTHA ELENA RICO CALDERÓN**

ASESORAS:  
**L.E. AURORA ROMERO VENCES  
L.E. ELVA ROSA VALTIERRA OBA**

CO - ASESOR:  
**MAT. CARLOS GÓMEZ ALONSO**

**MORELIA, MICHOCAN, ENERO DEL 2006.**



## **DIRECTIVOS**

**M. C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA**

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

**L. E. D. ANA CELIA ANGUIANO MORA**

SECRETARIA ADMINISTRATIVA

**L. E. O. MARTHA MARIN LAREDO**

SECRETARIA ACADEMICA

**JURADO**

**L. E. AURORA ROMERO VENCES**

PRESIDENTE

**L. E. ELVA ROSA VALTIERRA OBA**

VOCAL 1

**Dr. BRUNO MONTESANO CASTELLANOS**

VOCAL 2

**Ing. RICARDO JOSE GUADALUPE MARTINEZ MOLINA**

SUPLENTE

## **AGRADECIMIENTOS**

**A mi familia:**

**Quienes me dieron su apoyo incondicional confiando en que podría lograr mi sueño y que ahora se ha convertido en el mejor legado que pudieron darme, por que me han alentado a nunca desistir, por los consejos que de ustedes recibí cuando estuve confundida, por su paciencia cuando yo más me desesperé, por ayudarme a mantener siempre la fe viva y la esperanza fuerte pese a la adversidad, por los esfuerzos y sacrificios tan grandes e invaluables que ustedes han hecho siempre para que yo lo tenga todo, por sus innumerables muestras de cariño, por todo esto me siento muy orgullosa de ustedes y eternamente agradecida.  
Son Ustedes Mi mayor Tesoro.**

**A mis amigas y amigos:**

**Que me han dado un lugar en su corazón, y quienes siempre mostraron su interés y apoyo para que yo concluyera satisfactoriamente mis estudios motivándome a siempre seguir adelante, por que siempre han estado conmigo en las buenas y en las malas dándome su confianza, cariño y comprensión, los quiero mucho.**

**A mis asesores:**

**Les agradezco infinitamente a cada uno el haberme dedicado su tiempo, por haber sido atentos conmigo, por ayudarme a ver y corregir mis errores y por reconocer mis aciertos, por atender siempre mis dudas y por haberme compartido sus conocimientos.**

**Muchas Gracias.**

## DEDICATORIA

A Cheche, a Tine, a la Internacional, a Cavia, a Peche, a Lulís y a mis Torbellinos, quienes también se esforzaron junto conmigo para lograr terminar esta Tesis, ya que con su muy generosa e inmensa contribución todo fue mucho más fácil; su amor y apoyo constante me han dado la fortaleza para que me sintiera capaz de lograr esto y más.

El fruto de mi esfuerzo también es suyo.

Los amo y ¿Ahora que sigue?

“Que Bonita Familia”.

## CONTENIDO

I.	INTRODUCCION .....	7
II.	MARCO TEORICO .....	8
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	50
IV.	JUSTIFICACION .....	50
V.	OBJETIVOS .....	51
VI.	HIPOTESIS .....	52
VII.	MATERIAL Y METODOS .....	52
VIII.	DISEÑO METODOLOGICO .....	53
IX.	ANALISIS ESTADISTICO .....	54
X.	RESULTADOS .....	55
XI.	DISCUSION .....	68
XII.	CONCLUSIONES .....	70
XIII.	SUGERENCIAS .....	73
XIV.	BIBLIOGRAFIA .....	74
XV.	ANEXOS .....	77

## I. INTRODUCCION

La adolescencia es el periodo de desarrollo que separa a la niñez de la etapa adulta, comprendido de los 10 a los 19 años de edad, en que la persona además de adquirir madurez física y capacidad reproductiva adapta su comportamiento infantil por el de una persona adulta dentro de las normas sociales aceptables, desarrolla su personalidad (identidad), adquiere educación y destrezas cognoscitivas que le permitan a futuro lograr independencia personal. Como parte normal de este desarrollo se encuentra la experimentación sexual que incluye las fantasías sexuales, la masturbación, los primeros encuentros sexuales que incluye los primeros encuentros sexuales (besos, caricias), y las relaciones sexuales que incluyen el coito, este ultimo puede conducir al adolescente a contraer enfermedades de transmisión sexual, disfunciones sexuales y embarazo precoz que por lo general no es intencional y deseado; si embargo sea o no bien aceptado por la adolescente, su pareja y su medio social, un embarazo a temprana edad trae repercusiones biológicas, psicológicas y sociales para las partes involucradas, principalmente para la madre y su hijo, ya que durante la gestación están expuestos a una serie de condiciones adversas que ponen en riesgo su salud y su vida.

En el aspecto psicológico y social la adolescente limita el desarrollo de una escolaridad que le permita a futuro obtener un empleo bien remunerado, trastorna la secuencia de la maduración emocional, se ve obligada a asumir un papel materno para el que no esta totalmente preparada y a causa de esta deficiencia expone a su hijo a riesgos de carácter psicológico y social que quizá lo limiten en su desarrollo. En caso de que el padre sea también un adolescente las repercusiones psíquicas y sociales son similares a las de la madre, tiende a realizar menos estudios, se integra a la fuerza de trabajo con menor preparación, se casa a corta edad y llegan a tener una familia mas numerosa, además de que son pocos los padres que con su capacidad económica y cultural están dispuestos a ayudar a la adolescente para que pueda criar a su hijo de manera adecuada, con afecto e independencia. Por todo lo anterior el embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo así como un problema de salud publica.

## II. MARCO TEORICO

### PUBERTAD

Pubertad, término derivado del latín que significa aparición de vello púbico, es un proceso de crecimiento y maduración biológica que se desarrolla bajo control genético. Abarca un periodo de tiempo que se extiende desde que comienzan a desarrollarse los caracteres sexuales secundarios hasta que finaliza la maduración del sistema reproductor; dura en promedio tres años con un rango de variabilidad de dos a cinco años, comienza más tarde en los hombres que en las mujeres, pero su duración es mas breve, lo que hace que ambos sexos completen su maduración a edades similares.

Aparece como consecuencia del desarrollo y crecimiento humano en etapas previas, se alcanza cuando se producen hormonas procedentes de la adenohipófisis que facilitan la maduración de las gónadas de ambos sexos. Para que las hormonas entren en el torrente circulatorio es necesaria la maduración del sistema hipotálamo-hipófisis-gónadas (es la relación que existe entre el sistema nervioso central, el hipotálamo, las gonadotrópas hipófisiarias y las gónadas), se manifiesta somáticamente en ambos sexos con los siguientes cambios:

1. Crecimiento y maduración del aparato genital.
2. Aparición de los caracteres sexuales secundarios.
3. Crecimiento acelerado del sistema músculo esquelético.
4. Adquisición de la capacidad de procreación.<sup>1</sup>

Inicia comúnmente entre los 8 y 14 años en las niñas y entre los 9 y 15 años en los niños, en las niñas comienza por lo general dos años antes que en los niños. Existen

---

<sup>1</sup> DULANTO Enrique. "El Adolescente". Pág. 8. 1ª edición, Ed. Mc Graw – Hill Ineteramericana, México 2002

diversos factores que influyen en la edad de inicio, entre ellos: códigos genéticos particulares e individuales, crecimiento y desarrollo de las etapas pediátricas previas, condiciones de salud personal y ambiental, nutrición y diferentes estímulos psíquicos y sociales que con calidad y constancia estimulen el desarrollo biológico, psicológico y social hasta la pubertad.<sup>1</sup>

La serie de cambios que se presentan durante la pubertad tienen por resultado la capacidad de reproducción, los primeros meses de la pubertad comúnmente pasan desapercibidos ya que los cambios en el organismo son escasos hasta que la producción de estrógenos o testosterona alcanzan un nivel relevante.

El crecimiento óseo se extiende desde etapas embrionarias y continúa a diferentes velocidades y ritmos hasta el final de la pubertad cuando se sierran totalmente las epífisis óseas (maduración esquelética) que impiden el crecimiento longitudinal, sin embargo emerge con mayor fuerza en el segundo brote de crecimiento (pubertad) o crecimiento pubescente, también conocido como “estirón”.<sup>2</sup>

El primer brote de crecimiento del ser humano se extiende desde la segunda mitad de la vida intrauterina hasta los nueve años de edad, disminuyendo progresivamente, aunque crecen entre 4 y 6 cm. un año antes de que inicie la pubertad y de que la velocidad de crecimiento aumente, teniendo a los 9 años los niños mayor altura que las niñas para luego ellas rebasarlos hasta alrededor de los 13 años y medio, dado que comienzan la pubertad dos años antes que los niños. En cuanto al brote de crecimiento de la pubertad existen diferencias individuales, durante los tres años que dura el “estirón” las mujeres crecen un promedio de 20 cm. siendo mas bajo que en los hombres, durante el segundo año del estirón alcanzan 8 cm. en el pico máximo de crecimiento (crecimiento más veloz) que ocurre un año antes de la primera menstruación (12.6 años), continúan creciendo aunque la velocidad de crecimiento disminuye y cesa dos años después de la menarquia, alcanzando su máxima estatura, por lo general ,a los 16 años. En tanto los hombres alcanzan 23 cm. en promedio y durante el segundo año del estirón pueden alcanzar en promedio de 7 a 12 cm. en el

---

<sup>1</sup> DULANTO Enrique. “El Adolescente”. Pág. 10, 11. 1ª edición, Ed. Mc Graw – Hill Interamericana, México 2002.

<sup>2</sup> Op. Cit. DULANTO.Pág. 15. .

pico máximo de crecimiento que se presenta entre los 14 y 15 años, alcanzando la altura máxima entre los 17 y 18 años. Aunque el estirón aparece de forma tardía al contrario de las mujeres, al ser adultos los hombres alcanzan una talla mayor de 12 cm. (en promedio) que las mujeres.<sup>1</sup>

El crecimiento de las proporciones corporales se presenta en un orden peculiar, ya que “crecen por segmentos”, primero se presenta en el segmento inferior (extremidades inferiores) posteriormente el segmento superior (cabeza, cuello y tronco) aunque con mayor lentitud; así, la longitud de las piernas aumenta notoriamente unos seis o nueve meses antes que la longitud del tronco; la anchura de los hombros y tórax es más pronunciado en los hombres y las transformaciones pélvicas en las mujeres (ensanchamiento de caderas) son los últimos en manifestar la transformación esquelética completa dado que lo hacen con lentitud y además son necesarios en la definición permanente de la figura corporal (silueta femenina o masculina). Como el estirón afecta primero la periferia (extremidades inferiores y superiores) y avanza después hacia el tronco, durante un tiempo los adolescentes dan un aspecto de “patilargos”, hasta conseguir las proporciones definitivas de su cuerpo al finalizar el estirón.

Los huesos se vuelven más gruesos y más anchos, en los hombres el tamaño del corazón y de los pulmones aumenta mucho más que en las mujeres, adquiriendo mayor capacidad respiratoria, disminuyen el número de respiraciones y de latidos del corazón por minuto y aumenta la presión arterial en ambos sexos. Las formas y dimensiones de la cara se alteran por las modificaciones óseas, musculares y por la redistribución de grasa facial, influidos además por las hormonas inherentes de cada sexo. Ambos sexos denotan un incremento en la grasa y en la masa muscular que va acompañado de un incremento en la fuerza, este último es mucho más notable en los hombres que en las mujeres, debido a cambios bioquímicos en las células musculares producidos por la hormona sexual masculina (testosterona); mientras que la ganancia de grasa es más notoria en las mujeres por lo que no consiguen fuerza muscular, pero se distribuye de tal manera que se adquiere la silueta femenina.

---

<sup>1</sup> CASTELLS Paulino. “Tus hijos en el Siglo XXI, Guía Práctica de la Salud y Psicología del Adolescente”. 1ª edición, Ed. Planeta. México 2002.

Los caracteres sexuales secundarios son los elementos biológicos que acentúan la masculinidad o feminidad desde la pubertad hasta la edad adulta. Su presencia oportuna y adecuada fomenta la autoestima y ayuda a formar un autoconcepto en el transcurso de la pubertad y adolescencia. Su aparición, al igual que todo fenómeno biológico, sigue una secuencia con grandes variantes en tiempo y magnitud.<sup>1</sup>

Bajo la influencia de los estrógenos aparece el primer signo que marca el inicio de la pubertad en las mujeres, la telarquía o primer brote de crecimiento mamario, inicia entre los 10 y 11 años de edad (varia de los 9 a los 14 años) y dura aproximadamente 3 años, su inicio se percibe con la aparición de un endurecimiento o nódulo sensible en el pezón (protrusión del pezón), llamado “botón mamario” (es precisamente cuando comienza la aceleración del crecimiento corporal), continúan creciendo progresivamente hasta que la areola aumenta de tamaño y se pigmenta, posteriormente el pezón sobresale y aumenta de tamaño (aparece la primera menstruación), los pechos se desarrollan completamente por desarrollo del tejido glandular, se marcan con precisión los contornos y toman la forma de la mama adulta.

En ese mismo año, del desarrollo mamario, los andrógenos se encargan de la aparición del vello púbico el cual es ralo y no pigmentado sobre el monte de Venus, aumenta en cantidad progresivamente y posteriormente se pigmenta y se hace mas grueso hasta que adquiere las características peculiares del vello púbico de la mujer adulta , aparece primero en el pubis o monte de Venus (toma la forma de un triangulo de base superior), después se extiende lateralmente hacia los labios mayores y al nacimiento de los muslos, la completa extensión del vello pubiano (pilosidad adulta) se logra en dos años y en las axilas aparece a media pubertad y se desarrolla en dos o tres años.

Por influencia también de los andrógenos aparece el acné principalmente por la hormona dihidrotestosterona, actúa sobre las glándulas sebáceas haciéndolas mas activas, transformando los folículos pilosebáceos en los llamados “barritos”, que se inflaman cuando son rascados o apretados, el acné inicia uno o dos años después de la

---

<sup>1</sup> DULANTO Enrique. “El Adolescente”. Pág. 14. 1ª edición, Ed. Mc Graw – Hill Interamericana. México 2000.

pubertad; aparece solo en la cara (frente, nariz y mejillas) pero suele manifestarse en espalda, regiones escapulares, hombros y tórax.

Las glándulas sudoríparas por acción de la testosterona, se vuelven mas activas y aumentan la transpiración, con el típico olor ácido y penetrante del sudor, haciendo la diferencia del sudor de un niño pequeño.<sup>1</sup>

El cambio de voz en las mujeres consiste en un ligero descenso en el timbre o tono, se presenta entre los 14 y 15 años de edad, depende del crecimiento de la laringe y del ensanchamiento de la caja de resonancia que se forma en la laringe.

En el aspecto fisiológico, para las mujeres la pubertad termina con la primera menstruación o “menarquia”, es uno de los hechos más significativos en el desarrollo, aparece uno o tres años después del inicio del desarrollo mamario.

## **MENARQUIA**

La menarquía es la primera menstruación en una joven durante la pubertad, que por lo general ocurre a los 13 años de edad, con un margen de inicio de los nueve a los dieciséis años de edad.

Las niñas secretan cantidades pequeñas y constantes de estrógenos, pero entre los ocho y once años de edad aparece un incremento, ya que al iniciar la pubertad aumenta la liberación de gonadotropinas de la hipófisis que estimulan los ovarios para que secreten mayor cantidad de estrógenos, así se desarrollan un patrón cíclico por lo menos un año antes de que se presente la primera menstruación, “y en ese momento, cuando la producción de estrógenos es suficiente para ocasionar la proliferación del endometrio, se presenta en consecuencia la menarquia, lo que sucede durante el periodo de desarrollo mamario (etapa III y IV de la escala de Tanner),”.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> CASTELLS Paulino. “Tus Hijos en el Siglo XXI, Guía Practica de la Salud y Psicología del Adolescente”. 1º edición, Ed. Planeta, México 2002.

<sup>2</sup> REEDER Sharon J. “Enfermería Materno Infantil”. Pág. 110. 2ª Edición, Ed. Mc Graw - Hill Interamericana. México, 1995.

Al comienzo los periodos menstruales son irregulares, impredecibles, indoloros y anovulatorios en casi todas las jóvenes, así los primeros años puede ocurrir que pasen varios meses hasta la siguiente regla o que esta ocurra antes de lo esperado.

“La mayoría de los óvulos casi nunca maduran para su liberación porque el ovario es incapaz de mantener las concentraciones de estrógenos y progesterona necesarias para la ovulación, la cual se da hasta que esta bastante avanzada la maduración sexual”<sup>1</sup>, “lo que ocurre después de 1 año o mas de haberse presentado la menarquia, se desarrolla un patrón ciclo hipotálamohipofisiario y el ovario produce cantidades suficientes de estrógenos para lograr óvulos maduros. Los periodos ovulatorios tienden a regularizarse y en algunas mujeres se asocia a la dismenorrea”<sup>2</sup>.

“A pesar de que los primeros ciclos menstruales tras la menarquia no están relacionados con la ovulación y sean irregulares, una vez que se produjo la menstruación debe suponerse que existe ovulación, y por lo tanto que la joven es fértil y tiene el potencial de embarazarse”.<sup>3</sup>

Nivel de nutrición, herencia, raza, clima y medio ambiente de cada persona influyen en el inicio de la menarquia. Hasta la actualidad tiene un alto significado social ya que en algunas culturas se reconoce la nubilidad de las mujeres con capacidad para contraer matrimonio, lo que varía según estrato social, grupo étnico y cultura.

La adquisición de la capacidad de procrear es el resultado final del proceso de maduración sexual, que es un conjunto de cambios y transformaciones en la morfología y funciones sexuales (maduración del aparato reproductor) del cuerpo de un menor durante la pubertad.<sup>4</sup> Los cambios físicos que ocurren durante la pubertad van acompañados de una maduración cerebral y de cambios psíquicos que desembocan en la adquisición de la personalidad adulta. El periodo de los cambios psíquicos es más prolongado que el de los cambios físicos de la pubertad y se denomina adolescencia.

---

<sup>1</sup> DULANTO Enrique. “El Adolescente”. Pág. 12. 1ª edición, Ed. Mc Graw – Hill Interamericana. México, 2000.

<sup>2</sup> LOWDERMIK. “Enfermería Materno Infantil”. Pág. 65. Tomo II. 6ª edición. ED. Océano. Madrid, 1998.

<sup>3</sup> REEDER Sharon J. “Enfermería Materno Infantil”. Pág. 111. 2ª edición, ED. Mc GRaw – Hill México 1995.

<sup>4</sup> Op. Cit. DULANTO. Pág. 17.

## APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor de la mujer está compuesto por los genitales internos y los genitales externos. Los genitales externos se denominan de manera colectiva región pudenda o vulva; y los genitales internos son vagina, cuello uterino, útero, trompas de Falopio y ovarios.

### GENITALES INTERNOS

#### Ovarios:

Son dos glándulas de secreción interna, que constituyen las gónadas de la mujer, durante la infancia su superficie es lisa, para hacerse rugosa con la edad, en esta etapa crecen muy poco y desde el inicio de la pubertad es evidente, al terminar su crecimiento pesan de entre 4 a 8 gr., tienen una longitud de entre 3 a 4 cm., de ancho entre 1 y 2 cm., y 1.5 cm. de grosor. De forma ovoide ligeramente aplanada, forma y tamaño semejante a una almendra, de color blanco nacarado. “Descienden hasta el borde de la porción superior de la pelvis durante el tercer mes de desarrollo prenatal”<sup>1</sup>. Situados a uno y otro lado del útero, en las paredes laterales de la pelvis menor o verdadera, a nivel de las fosa iliacas (derecha e izquierda). En la superficie medial de los ovarios están cubiertos por la trompa uterina respectivamente.

No es un órgano móvil, su situación puede variar según la postura y repleción de los intestinos. “Están sostenidos por el ligamento ancho, que es parte del peritoneo, se une a los ovarios mediante un repliegue peritoneal de doble capa, el mesoovario; se une al útero por medio del ligamento ovárico y al pared pélvica por el ligamento suspensorio”.<sup>2</sup>

Su irrigación depende de la arteria y la vena ovárica que penetran en su interior por el hilo ovárico. Sus funciones son formar óvulos (ovogénesis) y secretar hormonas reguladoras de la actividad reproductora, los estrógenos y la progesterona (hormonas ováricas). Se dividen en zona cortical o corteza (constituida por estroma areolar fino,

---

<sup>1</sup> TORTORA Gerard J. “Principios de Anatomía y fisiología” Pág. 999, 9ª edición. Oxford México, University Press.

<sup>2</sup> JAMES E. Crouch. “Anatomía Funcional”. Pág. 635, 4ª edición. Ed. CECSA. México, 2000.

muchos vasos sanguíneos células epiteliales diseminadas distribuidas en folículos; y la zona medular o medula (consiste en numerosos vasos sanguíneos, linfáticos, nervios, tejido conectivo y músculo liso).

### **Salpinges o Trompas de Falopio:**

Son dos estructuras delgadas y tubulares que unen los ovarios con el útero, al llegar la pubertad aumentan su longitud, engruesan sus paredes y amplían su diámetro interior; alcanzando una longitud entre 8 a 10 cm., una luz de 3 a 4 mm., y un grosor de entre 2 y 3 cm. lo que depende mucho de la postura, adquieren motilidad al transformarse las células cilíndricas de la mucosa que las recubren en células ciliadas.

Se sitúan entre los pliegues de los ligamentos anchos llamado mesosalpinx, en la parte superior del útero, una a cada lado, se dividen en tres partes: 1) El Infundíbulo, semejante a un embudo, esta cerca del ovario y formado por barios procesos ramificados, las fimbrias, una de las cuales se fija al extremo lateral del ovario; 2) Ampolla o parte intermedia, es la porción mas ancha y larga; 3) Istmo, es la porción distal, corta y de pared gruesa, se estrecha para unirse a el útero por el orificio uterino de la trompa.

Están constituidas por tres capas, la mucosa es la capa interna con epitelio cilíndrico ciliado, mas abundante en la ampolla y acaban en las fimbrias, los cilios se mueven hacia el útero y junto las contracciones de la capa muscular conducen el ovulo hacia el útero; la capa intermedia es muscular, consiste en un anillo circular grueso e interno con fibras circulares y espirales y una región externa delgada de tejido liso longitudinal; y la capa externa o serosa, esta formada por peritoneo.

“Su innervación provienen de los plexos, parasimpático y simpático, pélvico y ovárico. El riego sanguíneo se deriva de la rama tubaria de la arteria uterina y de la rama ovárica de la misma arteria”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Benson. Pernol. “Manual de Obstetricia y Ginecología”. Pág. 42, Ed. Interamericana, México 1995.

Su función es conducir los óvulos desde los ovarios hacia el útero después de la ovulación, además favorecen la subida de los espermatozoides y su contacto con el ovulo, y ya que la fecundación suele producirse en su interior, producen sustancias que nutren al ovulo en su recorrido hacia el útero.

### **Utero:**

Es un órgano hueco, de pared muscular, en forma de pera invertida, situado en la mitad de la pelvis, se relaciona por detrás con el recto y por delante con vejiga urinaria. Durante la pubertad la maduración y el crecimiento uterino son de gran importancia, la pared muscular uterina crece y con ello adquiere su capacidad de contracción, por primera vez el cuerpo del útero es mayor que el cuello uterino. Lo cual modifica en forma radical y para siempre la relación existente durante la infancia entre estos dos elementos. En el endometrio aparecen cambios debido a actividades hormonales que lo hacen funcionar como epitelio proliferativo con descamación consecuente, regulada por un ciclo hormonal propio de esta etapa. Alcanza una longitud entre 7 y 9 cm., 5 cm. de ancho y 2.5 cm. de grosor; siendo mas grande en mujeres que se han embarazado recientemente y menor (atrófico) cuando so bajas las concentraciones de hormonas sexuales femeninas, como ocurre en la menopausia.

Se divide en: fondo uterino, cuerpo, istmo y cuello uterino. El fondo uterino es la parte que se encuentra por arriba de la entrada de las trompas de Falopio, por arriba este se relaciona con los intestinos; El cuerpo, es la porción de mayor tamaño, ocupa la mitad del útero, el istmo o parte intermedia es estrecho y muy corto de apenas 1 cm. se sitúa entre el cuerpo y el cuello uterino, este ultimo es la parte inferior, es angosto, de forma cilíndrica y moderadamente firme, mide de 2 a 4 cm. de largo y cerca de 2.5 cm. de diámetro externo, esta rodeado por la vagina en este se distinguen una porción superior o supravaginal y una porción inferior que forma el hoció de tenca y da salida al contenido del útero. Con un conducto fusiforme central revestido por epitelio cilíndrico secretor, casi la mitad del cérvix esta cubierta por células escamosas estratificadas, que suelen extenderse hasta cerca de la boca externa, la unión de estos dos epitelios es variable.

El útero se encuentra sostenido por tres ligamentos pares que lo mantienen en suposición normal. Los ligamentos anchos, son prolongaciones del peritoneo o cordones fibromusculares que envuelven al útero y las trompas de Falopio. Los ligamentos redondos son bandas de tejido conectivo fibroso que pasan desde el fondo uterino por delante de las trompas uterinas hacia el conducto inguinal interno (unen el útero con la pared anterior de la pelvis). Los ligamentos uteroováricos y los ligamentos úterosacros estos se extienden desde cada inserción sacra hacia la unión úterocervical. Los ligamentos cardinales, se extienden en sentido inferior a la base de los ligamentos anchos, uno a cada lado de la parte inferior de las trompas uterinas, hacia el cuello uterino y la vagina, fijos a la pared pélvica lateral.

El útero mantiene un ángulo entre su cuerpo y el cuello (retroflexión) y un ángulo con la vagina de 100 a 110 ° (anteversión), el ángulo de estos depende en cierta manera del estado de la vejiga y del recto. <sup>1</sup>

Las paredes del útero están constituidas por tres capas:

1) *Perimetrio*, es la capa externa, es serosa, cubre la mayor parte de la superficie uterina a excepción del cérvix. Se deriva del peritoneo visceral consiste en epitelio escamoso sencillo, tejido conectivo areolar y hacia los lados se convierte en el ligamento ancho, en sentido anterior cubre la vejiga, mientras que en sentido posterior cubre el recto.

2) *Miometrio*, es la capa media, es más gruesa en el fondo y más delgada en el cérvix, esta compuesta de tres capas de fibras de músculo liso entremezcladas con tejido conectivo fibroso elástico. La capa intermedia es la más gruesa, esta formada de músculo liso circular, mientras que la interna y externa son longitudinales u oblicuas. Durante el embarazo sus fibras musculares alcanzan una gran longitud, durante el trabajo de parto y el nacimiento las contracciones del miometrio ayudan a que el feto salga del útero.

---

<sup>1</sup> JAMES E. Crouch. "Anatomía Humana Funcional". Pág.641, 4ª edición. Ed. CECSA, México, 2000.

3) *Endometrio*, capa interna, es una mucosa muy vascularizada con epitelio cilíndrico sencillo, células ciliadas y secretoras dispersas que se mueven hacia la vagina, abundan glándulas tubulares simples y poco ramificadas que penetran en el estroma endometrial. El endometrio se divide en estrato funcional que es el revestimiento de la cavidad uterina y que se desprende durante la menstruación y el estrato basal, más profundo, permanente y que origina el estrato funcional después de cada menstruación.

La sangre llega al útero por ramas de la arteria iliaca interna, las arterias uterinas, las cuales emiten las arterias arqueadas que circulan el miometrio y se ramifican en arterias radiales y se dividen en arteriolas rectas que irrigan el estrato basal para formar el estrato funcional y las arterias espirales distribuyen sangre el estrato funcional y cambian durante cada ciclo menstrual; la sangre sale por las venas uterinas, que se vacían en las iliacas internas.

El útero se encarga de recibir y anidar el cigoto u óvulo fecundado, para que se alimente de sus secreciones hasta la formación de la placenta; alberga al feto hasta completar su desarrollo, contribuye a la expulsión del feto mediante las contracciones del miometrio, prepara el endometrio en forma cíclica para recibir el ovulo y expulsarlo con la menstruación si no hay fecundación.

### **Vagina:**

Es un órgano muscular, tubular, delgado, en colapso parcial y de aspecto rugoso. Se extiende desde el himen a nivel de la hendidura urogenital hasta el cuello uterino, se curva hacia arriba y hacia atrás desde la vulva. Se relaciona con la vejiga urinaria y la uretra por delante y con el recto por detrás, al unirse al cérvix forma una área semejante a un foso denominado Fórnix o fondos de saco posterior (Douglas), anterior y dos laterales. Se encuentra sostenida por los ligamentos cervicales transversos y los músculos elevadores del ano”.<sup>1</sup>

Al llegar la pubertad se incrementan sus pliegues, crece en sus ejes longitudinal y transversal, su profundidad se logra a expensas del fondo de saco posterior (fondo de

---

<sup>1</sup> BENSON Ralph C. “Manual de Obstetricia y Ginecología”. Pág. 36. 9ª edición, Ed. Mc Graw – Hill Interamericana, México 1995.

saco de Douglas) y alcanza de 10 a 12 cm. de longitud y cerca de 4 cm. de diámetro. La pared vaginal adquiere mayor elasticidad, incluso en sus pliegues. La mucosa cambia de espesor, el medio vaginal se acidifica y con ello cambia su ecología y su flora: aparecen los bacilos de Doderlein, cuya función es crear una barrera de protección a las posibles infecciones ascendentes (ph de 4 – 5). Los cambios del epitelio vaginal ocurren por influencia de factores estrógenicos y producen modificaciones que incluyen desde un epitelio monoestratificado (epitelio infantil) hasta un epitelio pluriestratificado (epitelio adulto). La secreción vaginal aumenta y forma el llamado flujo estrógeno, visible en la parte externa de este órgano.

Esta constituida por tres capas, 1) La mucosa vaginal o capa interna, está cubierta por un epitelio escamoso estratificado, carente de glándulas, está vascularizada y constituida de tejido laxo y fibras musculares lisas. “La mucosa contiene grandes reservas de glucógeno, cuya descomposición produce ácidos orgánicos, este entorno ácido retarda la proliferación microbiana”.<sup>1</sup> 2) “La capa muscular o capa intermedia, está constituida de un revestimiento circular externo y otro longitudinal interno de músculo liso, que se estira para dar capacidad al pene durante el coito y al feto durante el nacimiento”.<sup>2</sup> 3) La capa externa o adventicia, es una capa de tejido conectivo, fija a la vagina a otros órganos adyacentes como la uretra y la vejiga en el plano anterior, al recto y el conducto anal en el plano posterior.

Es el órgano de la copulación y constituye la parte final del canal del parto. Da salida al flujo menstrual, en el extremo inferior, que se abre al exterior, existe un pliegue delgado de mucosa vascularizada, el himen, que puede cerrar parcialmente el orificio vaginal en la mujer virgen. Las paredes de la vagina están en contacto, por lo que la cavidad vaginal parece ser muy estrecha.

Su riego sanguíneo proviene de la arteria vaginal (rama descendente de la arteria uterina) y de las arterias hemorroidal media y pudenda interna.; el drenaje sanguíneo se produce por las venas pudenda, hemorroidal externa y uterina. La innervación se produce por los nervios pudendos y hemorroidales y el sistema simpático.

---

<sup>1</sup> JAMES E. Grouch. “Anatomía Humana Funcional”. Pág. 1008, 4ª edición, ED. CECOSA, México, 2000.

<sup>2</sup> Op. Cit. JAMES. Pág. 1008.

## **GENITALES EXTERNOS**

Los genitales externos, también llamados Vulva, están constituidos por las estructuras localizadas en el perineo de la mujer, los cuales son el monte de Venus, labios mayores, labios menores, clítoris y vestíbulo vaginal. Su crecimiento durante la pubertad se caracteriza por el ensanchamiento de los labios mayores y el crecimiento de los labios menores al igual que el del clítoris, el cual adquiere capacidad eréctil; y además, en respuesta al efecto estrógeno el himen aumenta casi duplicando su tamaño y la piel que cubre la vulva se pigmenta, al igual que la piel que cubre el pezón y la areola.

“So los responsables de la atracción sexual y la lubricación, la atracción entra dentro de la esfera psíquica y física, prepara a la pareja mediante la excitación para el acto sexual; y la lubricación es indispensable para la copulación la cual esta dada por la secreción de la glándulas de Bartholin situadas una a cada lado del orificio vaginal”.<sup>1</sup>

### **Monte de Venus**

Se encuentra sobre la sínfisis del pubis, es una prominencia de tejido graso y se desarrolla a partir del tubérculo genital. No es un órgano, sino una región o zona de referencia, en la que al comenzar la pubertad aparece pelo oscuro y áspero (vello púbico), durante la vida reproductiva este pelo es abundante, pero después de la menopausia se vuelve escaso, en la mujer por lo general se distribuye en forma de triángulo con la base hacia arriba. La piel contiene glándulas sudoríparas y sebáceas. Sus nervios sensitivos son los nervios abdominogenital y genitocrural. El riego sanguíneo esta dado por la arteria y la vena pudendas externas.

### **Labios mayores**

Son dos pliegues longitudinales elevados, de tejido adiposo, cubiertos de piel y, son la parte más prominente de los genitales externos y son homólogos del escroto del

---

<sup>1</sup> ESCUDERO Bibiana. “Estructura y Función del Cuerpo Humano”. Pág. 409, 2ª Edición, Ed. Mc Graw – Hill Interamericana, España, 2002.

varón. Se extienden a partir del cuerpo perineal, hacia adelante alrededor de los labios menores para fusionarse con el monte de Venus. La piel de las superficies laterales o cara externa, es gruesa, a menudo pigmentada y cubierta de vello púbico. En su cara interna contienen glándulas sebáceas y sudoríparas, y esta constituida por tejido conectivo y alveolar. Están inervados hacia delante por los nervios abdominogenital y pudendo, hacia los lados y hacia atrás por lo el nervio cutáneo posterior del muslo. Reciben sangre de la arteria pudenda interna y pudenda externa, y la sangre se drena por las venas pudendas interna y externa.

### **Labios menores**

Son dos pequeños pliegues cutáneos, estrechos y alargados, que se encuentran entre los labios mayores y forman el límite del vestíbulo vaginal. Contienen numerosas glándulas sebáceas, por delante rodean el clítoris formando el prepucio de este. La superficie lateral exterior de cada labio suele estar pigmentada y su cara interna es lisa, de color rosado y húmeda, parecida a la mucosa vaginal. La innervación llega por los nervios abdominogenital, pudendo y hemorroidal; y su riego sanguíneo está dado por las arterias pudenda externa e interna.

### **Clítoris**

Es un órgano cilíndrico constituido de tejido eréctil, es homólogo del pene, mide de 2 a 3 cm. de largo, se encuentra situado en la unión de los labios menores, en la línea media un poco por delante del meato uretral. Está compuesto por dos pequeños cuerpos cavernosos (eréctiles) separados por un septo, unidos a la rama isquiopública y provistos de músculo isquiocavernoso adherido al periostio de la sínfisis del pubis, está cubierto de piel y forman el cuerpo del clítoris y el extremo libre forma el glándulo, el cual contiene tejido eréctil y es altamente sensitivo. Está inervado en forma generosa por terminaciones nerviosas sensitivas. El glándulo se encuentra parcialmente oculto por la unión de los labios menores en forma de orquilla. Está inervado por los nervios hipogástrico, pudendo y por los nervios simpáticos pélvicos, su riego sanguíneo proviene de la arteria y la vena pudenda internas. Desempeña funciones en la excitación de la mujer.

### **Vestíbulo Vaginal**

Es una hendidura en forma triangular entre los labios menores, por detrás del clítoris, en la que se abre la uretra (meato urinario) por delante y por detrás con el orificio de la vagina que esta delimitado por el Himen (membrana de forma y tamaño variable que determina el tamaño del orificio vaginal). Se deriva del seno urogenital y se encuentra cubierto por epitelio escamoso estratificado. Está inervado por el nervio pudendo y el riego sanguíneo proviene de la arteria y la vena pudenda interna. Contiene además a ambos lados conductos de diversas glándulas, como las glándulas Parauretrales o de Sken, y las glándulas Vestibulares o de Bartholin.

### **Glándulas de Sken**

Son dos conductos o glándulas tubulares que se encuentra por detrás del la uretra o en su superficie posterolateral, están revestidos por células transicionales y son los homologas a la próstata del varón. Son inervadas por el nervio pudendo y su riego sanguíneo es por la arteria y la vena pudendas internas.

### **Glándulas de Bartholin**

Por fuera del himen se encuentran las gandulas de Bartholin, una a cada lado, entre los labios menores y la pared vaginal, son homologas de las glándulas de Cowper en el varón. Secretan una sustancia lubricante durante la excitación y el coito.

## ADOLESCENCIA

La adolescencia es el periodo de transición que separa a la niñez de la vida adulta; en el que se presentan un conjunto de manifestaciones de tipo biológico, psicológico y social originadas por el crecimiento y desarrollo propio del individuo en esta etapa, desde el inicio de la pubertad, entre los 10 y 14 años para las mujeres y entre los 12 y 14 años para los hombres y que culmina al cumplir 20 años.

“Erikson en su teoría del desarrollo social, considera a la adolescencia como un periodo decisivo para la formación de la identidad. Los adolescentes deben formarse por derecho propio en individuos responsables de su propia vida y que saben quienes son”.<sup>1</sup>

Una de las principales tareas del desarrollo de la adolescencia es resolver el conflicto de alcanzar su propia identidad y evitar la difusión de la misma, la cual es considerada como la organización de las actitudes, valores y creencias de la persona que se modifican en forma constante. Ya que al desarrollarse permite estar consiente de sus capacidades y singularidad, de lo contrario la persona no es capaz de definir sus puntos débiles y fuertes y no tiene un sentido congruente de mismo.

La adolescencia se distingue de la niñez por que la capacidad cognoscitiva de la persona se expande para lograr llegar a la etapa de las operaciones formales o concretas, esto entre los 15 y 20 años; lo que depende de las experiencias sociales, escolares y del desarrollo neurológico individual (Piaget).<sup>2</sup> En ello contribuye la sociedad a través de las instituciones con las que el adolescente cuenta en su medio, estas le permiten adquirir actitudes, normas y pautas de comportamiento que le permiten ser miembro activo en el sistema sociocultural (socialización), además de permitirle prepararse para la vida adulta, de tal forma que comience a ser productivo debiendo adaptarse a los requerimientos del sistema socioeconómico, sin embargo, se

---

<sup>1</sup> REEDER Sharon J. “Enfermería Materno Infantil”. Pág. 924, 2ª Edición, Ed. Mc Graw – Hill Interamericana, México 1995.

<sup>2</sup> OP. Cit. REEDER. Pág. 925.

ven en una ambivalencia ya que se le sigue tratado como un niño y se le pide se comporte como un adulto al demandarle dependencia y recriminarle la falta de autonomía, por una parte se prohíben casi todas las actividades de un adulto, al mismo tiempo se le pide ser responsable y desempeñarse como una persona mayor. Esta ambivalencia le ocasiona al individuo vivir esta etapa como una crisis en la cual, en consecuencia, experimentan dificultad para planear el futuro e implantar cambios de comportamiento. Por lo que los adolescentes presentan cambios de carácter, que pueden variar desde las cumbres del regocijo y la autoconfianza, hasta las profundidades de la depresión y la desconfianza.

“El adolescente se enfrenta a tareas de desarrollo que varían según la cultura, como son:

- Desarrollo de la identidad.
- Desarrollo de la autonomía e independencia.
- Desarrollo de intimidad en una relación.
- Desarrollo de bienestar con su propia sexualidad.
- Desarrollo del sentido de logro”.<sup>1</sup>

Estas tareas le permitirán tener un comportamiento socialmente responsable, así como valores y una ideología propia, lograr una carrera profesional, independencia emocional, desempeñar un papel masculino y femenino en la sociedad, así también, alcanzar relaciones mas maduras con compañeros de ambos sexos. Al lograr llevar con éxito estas etapas los adolescentes pasan a la etapa adulta como una persona bien ajustada, competente y capaz de adaptarse a demandas futuras de desarrollo.

Esta etapa de crecimiento se divide en tres subetapas:

- Adolescencia temprana.
- Adolescencia intermedia.
- Adolescencia tardía.

---

<sup>1</sup> BURROUGHS Arlene. “Enfermería Moderna Infantil”. Pág. 348, 8ª Edición, Ed. Interamericana, USA, 2002.

## ADOLESCENCIA TEMPRANA

Se produce desde iniciada la pubertad hasta los 14 años de edad, se caracteriza por el crecimiento y desarrollo rápido del organismo, en especial el cardiovascular, el musculoesquelético y el reproductor, con cambios rápidos de estatura, conformación del cuerpo y repercusiones en el proceso de maduración sexual (cambios puberales). Para las mujeres la menstruación en algunas causa temor, incertidumbre dudas, para otras en cambio, es un símbolo de madurez. Los hombres se preguntan si son normales las erecciones y las poluciones nocturnas, el tamaño de los testículos y del pene, e incluso se comparan con sus compañeros, se sienten orgullosos y lo ven como un símbolo de virilidad. En ambos sexos se les puede observar ansiosos y muy inquietos, lo que hace clara su necesidad de actividad física, para agotar su energía. También llegan a sentirse insatisfechos por su apariencia física y destreza idealizada por la nueva percepción de su cuerpo.

Su pensamiento comienza a ser crítico dirigido primero a los padres, aunque sigue siendo concreto con cierto grado de esfuerzo para la resolución de problemas abstractos y presenta egocentrismo. La aceptación y la conformidad son importantes y son fuente de conflicto con sus padres. Forma un grupo de amigos de su misma edad, formando la “pandilla”, así comienza la separación emocional de los padres, además, cambiando gradualmente los valores que ellos le inculcaron, buscando una autoafirmación y autoidentificarse con personas fuera del hogar, así, “se comporta mejor en la escuela que en la casa”.<sup>1</sup>

“El impulso sexual, que aun no tiene un objeto sexual, lo liberan a través de la masturbación, somatización o sublimación, lo que los lleva al aislamiento o al encierro, sobretodo en los hombres, en las mujeres la tensión sexual se libera por medio de fantasías, sueños y proyecciones”.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> MARTINEZ Y MARTINEZ. “La Salud del Niño y del Adolescente”. Pág. 1438. 4ª edición, Ed. Manual Moderno. México DF. 2001.

<sup>2</sup> MARTINEZ y MARTINEZ. ”La salud del niño y del adolescente”. Pág. 1438, 4ª Edición, Manual Moderno, México, DF. 2001.

## **ADOLESCENCIA MEDIA**

Abarca de los 15 a los 17 años, el egocentrismo propio de esta edad se hace mas notorio ya que el cuerpo alcanza su forma adulta, y se hace frecuente observar a los jóvenes, sobre todo a las mujeres, invertir horas en su arreglo personal y al joven admirando su cuerpo. Ya que las características sexuales secundarias suelen terminar en este periodo, es importante para ellos lograra una apariencia personal lo mas atractiva posible, para los menos favorecidos puede ser el inicio de un sentimiento de desesperanza.

Se distingue el desarrollo de la capacidad para el pensamiento abstracto formal, la introspección, el aumento de la orientación hacia el futuro y además comienza a darse cuenta de los límites de sus posibilidades. La discrepancia entre lo real y lo posible le provoca una actitud rebelde al considerar que las cosas no tienen que ser necesariamente como los adultos dicen, por lo que critica a los sistemas políticos, sociales y religiosos. Se centra mas en si mismo y se siente invencible, por lo que comienza a tener conductas de alto riesgo, “probar limites”, y comienza entonces a experimentar con alcohol, drogas y sexo en su intento por revelarse, ya que no siempre aceptan que su comportamiento puede traer consecuencias.

En el área afectiva su conducta se orienta a la heterosexualidad, y es notoria su preferencia por hacer actividades con sus compañeros. Comienza la idealización romántica, en la que tienen enamoramientos intensos y apasionados pero corta duración, lo que conlleva a soñar con el amor perfecto. Sufren fácilmente cambios en el humor, sus comentarios son irónicos y llegan a tomar conductas antisociales provocadas a veces por emociones como celos, envidias y frustraciones.

Es una etapa de conflictos en el hogar, pues surge en el adolescente la arrogancia y la rebeldía ante el autoritarismo, restricciones de tiempo y espacio por sus padres, con los cuales se hace más notoria la separación.

## **ADOLESCENCIA TARDIA**

Esta etapa comprende de los 17 años hasta cumplir los 20 años de edad, en este periodo el crecimiento y el desarrollo se estabilizan, la mayoría logran la aceptación realista de sí mismos y se sienten seguros con su apariencia, logrando con ello identidad de género.

Desarrolla destrezas para la resolución de problemas en forma realista, logra una propia capacidad para pensar, crear y descubrir, alcanzando así una consolidación del pensamiento científico, logra analizar las posibles consecuencias de su comportamiento y sus planes los orienta más a futuro.

“El impulso sexual encuentra su objeto sexual, la pareja, al vivir o expresar su sexualidad va integrando con el amor una vivencia completa; el amor fugas de años anteriores se va convirtiendo en una experiencia plena de amor”.<sup>1</sup>

El equilibrio de las funciones mentales le permite cierta armonía emocional, así sus relaciones son más estables y recíprocas, le da importancia a la familia y se intensifica la necesidad de independizarse de sus padres, con los que se logra una reconciliación, toma una actitud con un tono de autonomía y de respeto, adoptando gradualmente su nuevo rol de adulto.

---

<sup>1</sup> MARTINEZ y MARTINEZ. “La salud del niño y del adolescente”. Pág. 1438, 4ª Edición, Manual Moderno, México DF. 2001.

## **FACTORES CONDICIONANTES DEL AMBIENTE QUE PRESENTAN UN RIESGO EN EL DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES.**

- Aceptación o rechazo de los progenitores, familiares, maestros o miembros de grupo social del niño o del adolescente.
- Desajustes familiares, abandono, separación, divorcio de los padres. Senectud de los progenitores al llegar los hijos a la adolescencia. Carencia de requerimientos mínimos, incluyendo afecto y recreación.
- Ignorancia y pobreza de la familia o del grupo social. Carencia de atención médica o prestaciones defectuosas sin rehabilitación de los procesos patológicos.
- Desconocimiento por parte de los padres y educadores de las características cambiantes de los adolescentes.
- Estímulos mediocres y falta de oportunidades para los jóvenes. Métodos de educación obsoletos o ausentes. Familias numerosas y crecimiento demográfico desproporcionado que dificulta la utilización de los recursos y oportunidades. Guerras, hambre, pestes, etc.
- Pérdida de la autoridad y de la relación afectiva familiar. Carencia de educación sexual y permisivismo sexual. Iniciación en prostíbulos o trato heterosexual frecuentando este ambiente. Promiscuidad, seducción, maduración sexual más temprana y maduración psicoemocional y técnicocultural más tardía en relación con los adolescentes contemporáneos.
- Inducción y proselitismo hacia actividades antisociales.
- Desenfreno sexual, asociación con pandillas de agresores sexuales; unión a grupo de drogadictos y homosexuales.

- Acción masiva de la comunicación y publicidad moderna, con implantación de patrones ideales falsos y ejemplificación objetiva de sistemas de agresión y robo. Propaganda desmedida de bebidas alcohólicas, tabaco y de drogas.
- Prolongación de una dependencia económica de los jóvenes hasta el término de su preparación vocacional. Dificultades excesivas en la competencia con las habilidades técnicas de los adultos en las sociedades industrializadas.
- Pandillas de agresores que prometen aventura, popularidad e impunidad, con la presencia de un líder promotor.
- Carencia de solidez formativa primaria familiar y comunal, ausencia de comunicación afectiva que lo orillan a buscar seguridad y apoyo en otros grupos y sistemas.

Este complejo de valores de riesgo obra con variables de tiempo e intensidad sobre el equipo orgánico y psíquico en plena crisis del adolescente. La realización del crecimiento y desarrollo y la estructuración de una personalidad sana, representan en realidad un reto para su consecución.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> MARTINEZ y MARTINEZ. “La salud el niño y del adolescente”. Pág. 1440, 4ª edición, Manual Moderno, México, DF. 2001

## EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El tener un hijo puede ser considerado como empezar de nuevo, una experiencia vital enriquecedora que conduce a sentimientos de creatividad y suficiencia, y cuando llega el momento, la transición a la maternidad y paternidad por primera vez es brusca, a menudo, los padres no se sienten preparados para enfrentarse a las responsabilidades reales. Por ello la edad es importante al momento de embarazarse, ya que puede ser un factor en la adaptación física y psíquica de la mujer y del hombre. Se considera de manera general que no es sino hasta los 20 años de edad cuando existen las condiciones biológicas, psicológicas y sociales para tener y atender un hijo.<sup>1</sup>

Al ocurrir un embarazo en una adolescente es considerado de alto riesgo ya que su desarrollo físico y psíquico no está totalmente consolidado y su desempeño social es limitado. Por ello sea o no deseado y aceptado se enfrentan a riesgos importantes de salud; los cuales pueden ser graves. “Por lo que el riesgo de mortalidad materna es entre 2 y 4 veces más alto que en las mujeres mayores de 20 años de edad; además la mortalidad infantil es alrededor de 30 veces más alto en los recién nacidos de madres de 19 años de edad y menos, que en los nacidos de mujeres de más de 20 años”.<sup>2</sup>

El embarazo en la adolescencia se define como “aquel que ocurre durante los primeros años de vida reproductiva de la mujer” (entre los límites de 10 y 19 años de edad señalados por OMS).<sup>3</sup> En el terreno de la salud sexual y reproductiva, el embarazo en la adolescencia implica enfrentarse a un desajuste personal y a un impacto social, por ello es considerado un problema de salud pública México.

Según el lugar de socialización de la mujer en la infancia, se relaciona la incidencia de la fecundidad con la significación cultural de la maternidad, como en algunos grupos la aceptación del matrimonio a edades muy tempranas, así, puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola (comunidad rural) y transformarse en un

---

<sup>1</sup> ACOSTA Saucedo Sixto. “Guía de atención Médica y Manual de Consejería en Salud Reproductiva del Adolescente”. Pág. 61, 1ª edición, Pathfinder, México 1999.

<sup>2</sup> BENDOLLE Rivera José. Antología, diplomado en salud pública de la UMSNH, módulo de salud reproductiva. 2002.

<sup>3</sup> MARTINEZ y MARTINEZ.” La salud del niño y del adolescentes”. Pág. 1188, 4ª edición. Manual Moderno, México, DF. 2001.

problema social en la sociedad industrial (comunidad urbana). Para la población rural la mayoría de los casos de embarazos en la adolescencia no representa mayor conflicto para la Adolescente embarazada o para su familia, ya que comúnmente el embarazo a temprana edad forma parte de su forma de vida, de la trayectoria que se sigue para formar una familia, ya sea viviendo en unión libre con su pareja con el consentimiento de sus padres o el matrimonio a edad temprana, sin embargo, en esta área la madre soltera también se ve inmersa en un mundo de símbolos que explica su embarazo, y aunque los factores predisponentes son, en muchos casos, semejantes a los de la jóvenes urbanas, la comunidad y la familia en la población rural aceptan el embarazo en un contexto cultural y social diferente, y habitualmente la joven da una solución positiva al embarazo.

Dentro de las comunidades rurales, sobretodo en las menos favorecidas, las adolescentes apenas terminada la pubertad se convierten en esposas y madres para adquirir estatus que aunque precario les permite subsistir. Al contraer matrimonio, vivir en unión libre (con aprobación de los padres) e incluso tener relaciones maritales viviendo en hogares diferentes; no lo hacen comúnmente con el hombre de su elección; mucho menos con un igual; sino con hombres mayores de hasta 10 años o mas que ellas.

En contraste la joven adolescente de la comunidad urbana o de grupos socioeconómicos favorecidos, ante un embarazo precoz e inesperado la actitud es a la inversa, que la de las jóvenes del área rural; ya que tienen mayor probabilidad de que el embarazo termine en un aborto o dándolo en adopción al hijo o en caso extremo lo abandonan. Por lo regular sus matrimonios son forzados y de corta duración, la mayoría de ellas se ven solas, y quizá no por convicción propia si no de su propia familia, incluso se quedan sin el apoyo de su pareja, que suele ser de su misma edad.<sup>1</sup>

“El embarazo en cualquier subetapa de la adolescencia dificulta la resolución del desarrollo normal durante este periodo. Las preocupaciones con respecto al cambio de la imagen corporal, el aumento de la dependencia con respecto a los miembros de la

---

<sup>1</sup> BURROUGHS Arlene. “Enfermería Materno Infantil”. Pág.228, 8ª edición, Ed. Interamericana, USA, 2002.

familia para obtener apoyo emocional y financiero, aunado a los cambios de tipo fisiológico y psicológico del embarazo crean tensión interna y con frecuencia la adolescente no esta preparada para ello. Recordando además que la adolescente enfrenta al mismo tiempo la tarea de desarrollo propia de su edad y las tareas de la maternidad, esta ultima dificulta aun mas la situación, al tener que asumir un papel adulto prematuramente y corre el riesgo de permanecer en la etapa de desarrollo y desarrollar una identidad con prejuicios”.<sup>1</sup>

Pero el embarazo en la adolescente no siempre es imprevisto, llegan a desear tener un hijo, suelen sentirse gratificadas y contentas de satisfacer su instinto maternal y su necesidad de compañía. Sin embargo, en términos de sus consecuencias cualquier embarazo a temprana edad se asocia con una situación biológica, psicológica y social menos ventajosa. A pesar de que en muchas ocasiones los jóvenes están dispuestos y deseosos de poder hacerse cargo de una familia

“Un conflicto de la mujer al embarazarse también cita como factor la actividad sexual sin el uso de anticonceptivos, las adolescentes usan el embarazo por razones subconscientes o conscientes: para mantener dependencia respecto de sus propias madres, castigar a uno o ambos padres, escapar de una situación familiar molesta, llamar la atención o sentir que tienen a alguien a quien amar y que las ame. Algunas mujeres jóvenes logran una relación estrecha con su “suegra” y la nueva familia extensa, así pues, para algunas el embarazo constituye la oportunidad de una nueva experiencia familiar mas estable que la de su propia familia de origen”.<sup>2</sup>

“El embarazo en adolescentes también puede resultar del incesto, el problema psicológico de la victima de este delito puede opacar la consideración del riesgo de embarazo, sobretodo en adolescentes de corta edad, las de mayor edad quizá teman embarazarse, pero niegan esta realidad por diversas razones psicológicas. En adolescentes embarazadas de muy corta edad, el incesto o el abuso sexual deben suponerse como la causa del embarazo”.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> REEDER Sharon J. “Enfermería Materno Infantil”. Pág. 926, 2ª edición, Ed, Interamericana, México 1995.

<sup>2</sup> OLDS Salli B. “Enfermería Materno Infantil”. Pág. 376, 4ª edición, México 1995.

<sup>3</sup> OLDS Rally B. “Enfermería Materno Infantil”. Pág. 377, 4ª edición. México, 1995.

## **FACTORES QUE PUEDEN RELACIONARSE CON EL EMBARAZO**

El embarazo en la adolescencia pocas veces es consciente o buscado, obedece a la influencia de diversos factores personales (psicológico) y socioculturales. “Se dividen en factores determinantes y predisponentes, los segundos actúan sobre los primeros y pueden presentarse en distintos grados de complejidad”.<sup>1</sup>

### **Factores determinantes.**

1. Tener relaciones sexuales. Sin haber adoptado medidas anticonceptivas adecuadas.
2. Violación.

### **Factores predisponentes.**

Actúan vinculados en forma sincrónica durante una época, pero también pueden actuar unos tras los otros en forma pertinente hasta lograr condiciones; en quien los sufre, que faciliten involucrarse en la problemática y se dividen en personales, familiares y sociales.

#### ➤ Factores Personales.

Hacen alusión a aquellas condiciones de vida, sucesos y circunstancias que determinan la historia personal del individuo, su percepción y actitud ante la vida, así como su escala de valores, sus expectativas, e incluso su autoestima.

1. Abandono escolar.
2. Autoestima baja.
3. Falta de confianza en si mismo.

---

<sup>1</sup> DULANTO Enrique. “El Adolescente”. Pág. 524, 1ª edición, Ed. Interamericana. México, 2002.

4. Sentimientos de abandono y desesperanza.
5. Problemas emocionales, de personalidad o ambos.
6. Carencia de afecto.
7. Incapacidad para planear un proyecto de vida.
8. Inicio a temprana edad de las relaciones sexuales.
9. Consumo de sustancias tóxicas que causan adicción.
10. Desinterés para asumir actitudes de prevención (uso de anticonceptivos).
11. Necesidad de afirmar su identidad.
12. Menarquia temprana.

➤ Factores familiares.

“Son aquellos elementos, circunstancias y dinámicas de la familia, que predisponen a los adolescentes al embarazo.”<sup>1</sup>

1. Familia disfuncional: ausencia de la figura paterna estable, presencia de padrastro o madrastra, y modelos promiscuos de conducta.
2. Hacinamiento y promiscuidad.
3. Crisis existencial del núcleo familiar por problemas emocionales, económicos y sociales.
4. Enfermos crónicos en la familia.
5. Madre o hermana con antecedentes de embarazo en la adolescencia.
6. Normas en el comportamiento y actitudes sexuales de los adultos.

➤ Factores Sociales.

Tienen que ver con características y condiciones de la comunidad, como son el grupo de amigos, los medios masivos de comunicación, la educación institucional sobre la sexualidad; los cuales de alguna manera contribuyen al riesgo de embarazo en los adolescentes.

---

<sup>1</sup> BENDOLLE Rivera José. Antología, diplomado en salud pública de la UMSNH, modulo de salud reproductiva. 2002.

1. Abandono escolar (escuelas deficientes, escasas oportunidades, dificultades académicas).
2. Mal o inadecuado uso del tiempo libre.
3. Nuevas formas de “vida” propiciadas por la subcultura juvenil.
4. Cambios sociales que dificulten la incorporación laboral.
5. Ingreso a temprana edad a la fuerza laboral.
6. Cambios sociales en el concepto de estatus de la mujer.
7. Condiciones socioeconómicas desfavorables en la familia.
8. Marginación social.
9. Mayor tolerancia en el medio social a la maternidad en la soltería.
10. El machismo, como un valor cultural.
11. El efecto de los medios de comunicación masiva en particular de la televisión, en el modelado de la conducta sexual (tanto de adolescentes como de adultos) y transmisión de mensajes contradictorios, algunos confunden lo que se muestra en los medios con normas morales o de aceptación pública.

## **ASPECTOS CLINICOS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

Por influencia de factores de carácter personal (ligados a la inmadurez emocional) y otros de carácter social y cultural, el diagnóstico de embarazo en la adolescente casi nunca se establece en etapas tempranas (dentro del primer trimestre del embarazo) y a menudo se sospecha el embarazo hasta que es obvio. Lo que se traduce en un aumento de la morbilidad materno-infantil.<sup>1</sup>

También es común que el motivo de la consulta por adolescentes sea una amenorrea de 1, 2 o más semanas y que se encuentra preocupada por la posibilidad de estar embarazada, al no confirmar el médico este hecho se debe determinar si ella tiene en verdad vida sexual activa y asesorarla sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.

---

<sup>1</sup> ACOSTA Saucedo Sixto. “Guía de Atención Médica y Manual de Consejería en salud Reproductiva del Adolescente”. Pág. 64. 1ª edición., Ed Pathfinder, México 1999.

Otras piden la consulta en espera de que el médico descubra de manera accidental su embarazo. A menudo se quejan de síntomas como dolor de estómago, estreñimiento o cefalea y luego admiten la amenorrea, pero solo hasta que se les interroga directamente. En otros casos la adolescente no ha pensado en esta posibilidad y sufre de mareo, síncope, náuseas o frecuencia urinaria. Otras más experimentan una menstruación escasa durante el primer trimestre y, por lo tanto, suponen erróneamente que no están embarazadas.<sup>1</sup>

A cualquier adolescente con retraso de la menstruación se debe someter a una prueba de embarazo para buscar gonadotropina coriónica humana. En caso de confirmarlo, será necesario calcular la fecha del embarazo a partir de la fecha de la última regla (FUR) y realizar una exploración pélvica para calcular el tamaño del útero. Cuando la adolescente no recuerde la FUR o cuando el útero es grande o pequeño para las fechas proporcionadas, se realizara un ultrasonido obstétrico para realizar el diagnóstico correcto y cuando este indicado cuantificación seriada de gonadotropina coriónica humana.<sup>2</sup>

Dado que existe una relación directa entre las complicaciones del embarazo, su interrupción y el número de semanas sin atención médica, una vez diagnosticado el embarazo se debe dar continuidad con una evaluación periódica integral a través de un control prenatal. La adolescente embarazada debe recibir como mínimo nueve consultas prenatales, iniciando preferentemente en las doce semanas primeras de la gestación.

En la consulta deberá realizarse:

- Elaboración de la historia clínica.
- Identificar signos y síntomas de alarma.
- Medir la altura del fondo uterino, con registro en grafica con el fin de identificar alteraciones en el crecimiento del feto.
- Medición de presión arterial.

---

<sup>1</sup> HERRIOT S. Jean. “Ginecología en Pediatría y la Adolescente”. Pág. 526, 4ª edición, Ed. Interamericana, México, 2000.

<sup>2</sup> OP. Cit. Herriot. Pág. 528.

- Medición de peso corporal con registro en grafica, para identificar presencia de desnutrición.
- Identificar la presencia de infecciones urinarias, cervicovaginales y la presencia de anemia.
- Determinar en al primera consulta: Grupo y RH sanguíneo, Biometría Hemática completa, glucemia, VDRL, Antígeno de superficie de hepatitis “B” y VIH.
- Determinación de examen general de orina en el primer contacto, a las 20 y 36 semanas de gestación.
- Valoraron pélvica a la semana 38 o 39 por un ginecoobstetra, para determinar la vía de interrupción del embarazo.
- Se debe suministrar vitaminas con el contenido adecuado de ácido fólico, para reducir la posibilidad de defectos del tubo neuronal, además suministrar hierro como tratamiento profiláctico.
- Aplicación de 2 dosis de Toxide Tetánico.
- Culminadas las 42 semanas de gestación deberá vigilarse el embarazo para que no se prolongue más de 42 semanas.<sup>1</sup>

## **ACTITUDES DE LAS ADOLESCENTES ANTE SU EMBARAZO**

La actitud que asume la adolescente embarazada, está estrictamente ligada al desarrollo psicoafectivo alcanzado hasta el momento de recibir el diagnóstico de embarazo y tiene que ver con el nivel socioeconómico y con la formación que en su familia se le ha dado.

### ➤ *Actitud en la Adolescencia Temprana (10 – 14 años).*

La preocupación de la adolescente se centra en la transformación de su cuerpo y la separación de su madre, hay mayor incidencia de trastornos emocionales y negación patológica.

---

<sup>1</sup> ACOSTA Saucedo Sixto. “Guía de atención médica y manual de consejería en salud reproductiva del adolescente”. Pág. 65. 1ª edición. Ed. Pathfinder, México 1999.

➤ *Actitud en la Adolescencia Media (15 – 17 años).*

Se establece la identidad y la feminidad, el embarazo se relaciona con la expresión de erotismo. Son constantes los cambios de ánimo, de la euforia pasa a la depresión y viceversa, por lo que el embarazo en un mismo día es una amenaza peligrosa o una oportunidad que brinda madurez.

➤ *Actitud en la Adolescencia Tardía (18 – 20 años).*

A menudo el embarazo es un intento por consolidar la intimidad y de “atar al novio” (relaciones interpersonales). Al lograrse en esta etapa la consolidación de la identidad, algunos creen lograrlo con la integración en el papel de la madre joven (ligado a factores culturales).

## **TAREAS DE DESARROLLO EN EL AMBARAZO.**

- I. Aceptar la realidad biológica del embarazo: Llegan a negarlo al punto de hacer dieta y utilizar ropas apretadas para esconder su estado, hasta que llega a ser obvio su embarazo, o en ocasiones lo ocultan hasta el parto.
- II. Aceptar la realidad del niño que esta por nacer: La idea de un niño que crece y se desarrolla hasta convertirse en un niño mayor puede no ser una realidad para ellas, crean fantasías con el como si fuera un muñeco.
- III. Aceptar la realidad de la maternidad: Aunque los adolescentes tienen poca experiencia en la vida, tienen sus propias necesidades de crecimiento y desarrollo y poca habilidad para afrontar las abstracciones y solucionar los problemas. La mayoría ante un embarazo llega adecuar, en verdad, ser buena madre o buen padre, ser cariñoso, responsable y capaz de proporcionarle lo que necesita a su hijo.

Ante la situación de un embarazo confirmado, los adolescentes se ven en una situación muy severa que tendrán que enfrentar, considerando a sus padres, amigos, la escuela y a su medio social. Quienes aceptan continuar seguir con el embarazo enfrentan un nuevo proceso, en el que a pesar de contar con el apoyo de la familia y su pareja, no puede dejar a un lado el tener que elegir una de las siguientes opciones:

1. Cuidar a su hijo y cuidarlo como madre soltera dentro de su grupo familiar.
2. Casarse o unirse libremente por la presión de la familia, o por lo contrario a disgusto de ella.
3. Dar al niño en adopción.
4. Refugiarse con su hijo con algún familiar o con un grupo de amigos que la acepten. <sup>1</sup>

La Adolescente embarazada sola o con su pareja tendrá (n) que tomar una decisión; la cual se torna difícil, ante la crisis en la que se encuentra (n) dado que se presentan una serie de fuerzas divergentes, por un lado, quizá la irresponsabilidad de su pareja y por otro las reacciones de sus padres; además de los que derivan de la sociedad, de sus recursos y de sus deseos mas profundos. Dependiendo de la opción elegida las consecuencias van a ser diversas, con características particulares.

---

<sup>1</sup> DULANTO Enrique. "El Adolescente". Pág. 526 1ª edición, Ed. Interamericana, México, 2000.

## **REPERCUSIONES BIOLÓGICAS, PSICOLÓGICAS Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.**

“En nuestro país muchos de los embarazos que se presentan no son deseados e incluso aceptados, enfrentando las jóvenes riesgos importantes para su salud. Pero incluso cuando el embarazo de las adolescentes casadas es deseado los riesgos a los que están expuestas son los mismos a los de un embarazo no deseado, esta situación repercute en aspectos biológicos, psicológicos y sociales del desarrollo presente y futuro, tanto de la madre, como del hijo, del padre adolescente y sus respectivas familias, así como de su grupo social”.<sup>1</sup>

“El embarazo y el parto en adolescentes se considera, des un punto de vista médico, de alto riesgo, se debe a tres causas:

- El organismo no ha completado su crecimiento y desarrollo. Por lo que no ha alcanzado la madurez biológica necesaria para afrontar una gestación sin riesgos.
- Entorno psicológico, familiar y social desfavorable. Muchas de las complicaciones no dependen tanto de la edad como de las condiciones ambientales y psicosociales que rodean a la adolescente.
- Falta de control prenatal. Con frecuencia la adolescente no dispone de la información o de los medios necesarios para un adecuada asistencia prenatal, o al mantenerlo en secreto no acuden oportunamente a una unidad de salud”.<sup>2</sup>

En si por una parte existen condiciones de inmadurez biológica que pueden condicionar directamente patología materna y fetal. Por otra parte, confluyen una serie de condiciones psicosociales poco propicias, que si bien no son exclusivas de este grupo atareó, si es donde mas repercuten y su peso especifico como condicionantes de malos resultados perinatales es mucho mayor.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> OLDS Rally B. “Enfermería Materno Infantil”. Pág. 378, 4ª edición, México, 1995.

<sup>2</sup> GOMEZ García C. Enfermería de la infancia y la adolescencia. Pág. 285, 4ª edición, Ed. CECSA, México, 2000.

<sup>3</sup> ACOSTA Saucedo Sixto. “Guía de atención medica y manual de consejería en salud reproductiva del adolescente”. Pág. 63, 64, 1ª edición, Ed. Pathfinder, México, 1999,

## REPERCUSIONES BIOLÓGICAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo en estas mujeres llega en una etapa en que su desarrollo físico es incompleto, aunque la menarquía indica que se tiene ya capacidad reproductiva, no es el momento indicado para ello, ya que el desarrollo vascular del útero es inmaduro, el crecimiento de los huesos largos se termina dos años después de iniciada la menstruación y tres años después la pelvis alcanza su tamaño y dimensiones adultas. A esto se le suma, el consumo de una dieta que por lo general solo contiene calorías “vacías”, y que además aporta pocos nutrientes y es peor aun si llevan alguna dieta para el control de peso (muy común a esas edad) o si su situación económica no les permite consumir una dieta balanceada con los tres grupos de alimentos, estos efectos del desarrollo biológico de la adolescente entre otros, son los que desencadenan las repercusiones biológicas en el embarazo de la adolescente.<sup>1</sup> Como son las que a continuación se mencionan:

- Anemia ferropénica.
- Infecciones urinarias y cervicovaginales.
- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.
- Retardo en el crecimiento intrauterino.
- Inadecuado aumento de peso durante el embarazo.
- Polihidramnios.
- Ruptura prematura de membranas.
- Parto antes de término.
- Mayor incidencia de abortos.
- Desproporción cefalopélvica.
- Mayor incidencia de distocia de partes blandas durante la atención del parto.
- Mayor probabilidad de parto distócico.
- Mayor paridad a futuro.

---

<sup>1</sup> BURROUGHES Arlene. “Enfermería Materno Infantil”. Pág. 351, 8ª edición, Ed. Interamericana, USA, 2002.

La anemia ferropénica es un problema en casi todas las embarazadas, sin embargo, si la adolescente comienza el embarazo ya anémica esta en mayor riesgo, por lo que requiere vigilancia estrecha y orientación minuciosa de la nutrición durante el embarazo, al igual que aquella en un deficiente estado nutricional (desnutrición) ya que la anemia conduce a una inadecuada ganancia de peso durante el embarazo, y se asocia con la prematuridad y bajo peso al nacer del hijo.

La hipertensión del embarazo es el problema médico más frecuente en adolescentes embarazadas, es de 3 a 4 veces más probable y de más gravedad en este grupo atareado, que en mujeres de edad avanzada (30 años o más)".<sup>1</sup> Además puede conducir directamente a la prematuridad y al bajo peso al nacer, ya que es frecuente que para controlar la enfermedad se interrumpa el embarazo antes de término. La insuficiencia placentaria también puede ser resultado de hipertensión inducida por el embarazo y puede conducir a un crecimiento intrauterino retardado".<sup>2</sup>

Por presiones familiares, sociales, inmadurez, irresponsabilidad, incapacidad o falta de apoyo económico y psicológico de la familia y del compañero sexual, en muchas ocasiones la adolescente decide terminar el embarazo con un aborto provocado.<sup>3</sup> Por lo que también pueden tener repercusiones como rupturas uterinas, hemorragias, septicemias y la muerte, y aunque no presentaran complicaciones médicas, las repercusiones psicológicas son inevitables.

El adolescente forma parte de una sociedad, y enfrentar un embarazo no planeado y no deseado afecta el contexto específico en el que se desenvuelve la pareja, la familia, la escuela, los amigos, etc. En repercusiones también puede afectar seriamente a la triada mamá – papá – hijo (a) en la esfera social y psíquica.

---

<sup>1</sup> OLDS Rally B. "Enfermería Materno Infantil". Pág. 378, 4ª edición, México, 1995.

<sup>2</sup> LOWDERMIK. "Enfermería Materno Infantil". Pág. 958, 6ª edición, tomo II, España, 1998.

<sup>3</sup> MARTINEZ y MARTINEZ. "La salud del niño y del adolescente". Pág. 1489, 4ª edición, Manual Moderno, México, DF. 2001.

## REPERCUSIONES PSICOLOGICAS

A partir de la confirmación del embarazo, se presentan de manera inmediata y en cascada una serie de reacciones psicológicas que se caracterizan por el mismo estado de crisis y tensión, en el que las y los adolescentes no saben que hacer, desconocen las alternativas ante su situación, desconocen si existen instituciones que puedan brindarles orientación y apoyo, y no saben con certeza, aunque lo suponen, como van a reaccionar sus padres ante la noticia.

“El riesgo psíquico mas grave para los adolescentes que continúan el embarazo es la interrupción del progreso en las tareas de desarrollo propias de su edad. Aunque las adolescentes inician la actividad sexual a edad mas temprana, permanecen sin cambios las tareas de desarrollo, y si se les añaden las tareas propias del embarazo, la joven mujer tiene una carga abrumadora, de trabajo psicológico, de cuyo éxito depende su futuro y el de su hijo”.<sup>1</sup>

La pareja y en particular la joven, sobre todo si ella es soltera, al confirmar el embarazo experimenta por lo general un cuadro súbito de perdida de autoestima, perdida de estatus social, angustia, miedos, ansiedad, desequilibrios emocionales y confusión de identidad, las cuales se manifiestan en forma de depresión, somatizaciones, intentos de aborto y fantasías de autodestrucción. Estas condiciones pueden mantenerse por lo largo o corto tiempo, lo cual depende del manejo de problema, incluso se le vincula con mayor riesgo de suicidio, sobretodo en mujeres.

Surgen en la joven embarazada un temor de enfrentarse a nuevas responsabilidades y, en ocasiones, se desencadenan algunos problemas de conducta y psicosexuales como fobia, anorgasmia, rechazo al sexo y a la pareja, se presentan emociones de culpa, vergüenza, arrepentimiento. Que lleva a la adolescente o la pareja a la automarginación y el silencio, hasta en tanto se resulta el problema.

---

<sup>1</sup> OLDS Rally B. “Enfermería Materno Infantil”. Pág. 379, 4ª edición, México, 1995.

Por otra parte estos adolescentes cambian su percepción en relación con sus amigos con los que llega; en la mayoría de los casos, a cambiar la relación, el tener miedo o vergüenza con ellos da lugar a la pérdida de confianza en si mismos y en los demás, existiendo incluso sentimientos de minusvalía, por no poder disfrutar de las prerrogativas, que sus amigos tienen, como son la oportunidad de convivir con jóvenes de su edad, ir a bailes u otro tipo de reuniones, etc.

“Quienes enfrentan un embarazo no deseado presentan síndromes de soledad y aislamiento, pues pocas de ellas, tienen amigos en el barrio o en la escuela, en los que encuentren verdadera lealtad y el apoyo necesario para continuar desarrollándose en su medio social habitual”.<sup>1</sup> El rechazo del grupo proviene, mas que del los propios adolescentes, de las familias que enteradas del embarazo emiten críticas y juicios valorativos descalificadores, impidiendo que la amistad continúe con la espontaneidad acostumbrada. Esta actitud lastima mucho a los futuros padres, por lo que se refugian en un enclaustramiento voluntario, debido al rechazo de sus amigos.

Para las adolescentes que no habían desertado antes dejan los estudios, otras si no es que la mayoría, su proyecto de vida y sus incipientes ilusiones, se ven suspendidas o canceladas, por lo que se enfrentan a una frustración personal por sus expectativas frustradas, que puede ser además por vergüenza, por cuestiones económicas o simplemente por que los planes resultan difíciles de cumplir con un hijo o con un embarazo.

Otra actitud, muy común, es que al aceptar la maternidad y la paternidad, los jóvenes se vayan a vivir a casa de uno de los dos, y de esta forma de vida lo que resulta en el aspecto psicológico es la confusión de roles familiares, puesto que los padres se convierten en padres – abuelos y los jóvenes obligadamente asumen el rol de padre – hermano, generando en el niño confusiones de afecto, la relación dificulta la confianza básica y su seguridad personal. Por lo que surgen problemas para que se asuma la responsabilidad, haya autoridad y quien proporcione la educación correspondiente. Comúnmente en las familias de escasos recursos se verán afectados

---

<sup>1</sup> DULANTO Enrique. “El Adolescente”. Pág. 538, 1ª edición. Ed. Interamericana. México, 2000

la privacidad, la autonomía y en ocasiones, la pareja, la joven o ambos se verán afectados por acciones de maltrato físico y emocional.

Los hijos de mujeres adolescentes, principalmente los no deseados, se ven afectados, al no satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y afecto, como debiera ser, observándose en ellos problemas de desnutrición, problemas de retraso psicológico y social debidos a la negligencia en los cuidados que se le proporcionan, y en un alto índice se convierten en víctimas de maltrato físico y emocional, por parte de los padres y el entorno.

El deterioro emocional que sufre la adolescente a causa del embarazo le provoca confusión y favorece la parálisis emocional y social, que le impide actuar adecuadamente, lo que la hace demorar el momento de informar el embarazo a la pareja y la familia, lo cual conlleva a no acercarse a la tensión prenatal oportunamente.

## **REPERCUSIONES SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

“El embarazo en adolescentes se considera un problema social cuando interrumpe el desarrollo humano que propone como proyecto de vida la adolescencia en la sociedad”.<sup>1</sup>

Verse forzada a asumir el papel de adulta antes completar las tareas de desarrollo de la adolescencia origina una sucesión de acontecimientos que afectan a la adolescente durante el resto de su vida. Trunca la mayoría de las veces, en las mujeres, el desarrollo de una escolaridad que las capacite para ejercer un trabajo calificado en el futuro. Impide que estas continúen con una correcta socialización con el grupo de jóvenes de su edad.

El embarazo en adolescentes trae además como consecuencia inestabilidad económica que suele ser duradera y que afecta tanto a la madre, el padre y a su hijo,

---

<sup>1</sup> DULANTO Enrique. “El adolescente”. Pág. 523, 1ª edición Ed. Interamericana, México, 2000.

limitando e impidiendo su pleno desarrollo; “se ha llegado a proponer que este es el origen y trasmisor de la pobreza de una generación a otra, lo que tiende a perpetuar esta situación, e incluso puede ser la puerta de entrada al círculo de pobreza”.<sup>1</sup>

Lo anterior puede prolongar la dependencia económica de los padres, siendo común que los adolescentes, estando casados o no, se vayan a vivir a la casa de su familia, por lo que a su vez la satisfacción de sus necesidades van a depender de los recursos que sus padres provean; relacionándose esta situación con el hacinamiento en las familias, que se da con mayor medida en los estratos socioeconómicos bajos, la convivencia que se origina en esta casa paterna de los adolescentes propicia que el ambiente se tense por que los espacios son insuficientes, a consecuencia se genera una competencia por ellos, la privacidad se limita; además se ven sometidos a las reglas familiares, los recursos tienden a ser racionalizados en caso de no alcanzar para todos, lo que es fuente de conflicto intrafamiliar, descargándose sobre la joven madre y su hijo en forma de maltrato físico y emocional por su pareja e incluso por los familiares.

El embarazo en adolescentes, en una sociedad como la nuestra, es visto en términos generales, con culpa y es fundamentalmente ella quien sufre las consecuencias sobre todo si no esta dentro del matrimonio. En casos extremos las madres jóvenes y solteras pueden ser rechazadas por sus familias y terminar en la calle.

En algunos casos los jóvenes se ven obligados por los padres a casarse forzosamente, matrimonio que por lo general no tiene probabilidades de éxito, pero que a los padres les sirve para lavar su honor mancillado. Es frecuente que no logren una familia estable, pese a los máximos esfuerzos de la pareja, existe una alta probabilidad de que termine en desintegración familiar (divorcio), lo que trae repercusiones para sus hijos, puesto que en ellos suelen quedar secuelas emocionales importantes que repercuten en su desarrollo, en sus interacciones personales, en el rendimiento escolar y en otras facetas futuras del niño.

---

<sup>1</sup> MARTINEZ Y MARTINEZ. “La Salud del Niño y del Adolescente”. Pág. 1490. 4ª edición, Ed. Manual Moderno. México, DF. 2001.

Por otra parte las adolescentes que deciden no casarse o que no cuentan con el apoyo del padre de su hijo, permanecen dentro del contexto familiar, igualmente se modifican los roles familiares y los miembros de la familia asumen responsabilidades sobre el cuidado del niño y de tipo económico que le corresponden a la joven.

Para las mas afortunadas el apoyo económico y social que reciben de su familia les ayuda aumentando el potencial para el desarrollo psicológico de la adolescente y su satisfacción emocional al ser madre. “Para otras esta situación se vuelve un tormento al verse condicionadas o bajo sospecha para poder vivir con su familia, lo que resulta contraproducente, limitando y empobreciendo el buen desarrollo humano de la joven, ya que siempre habrá alguien que le recrimine o reviva el sentimiento; dificultando a futuro que ella pueda tener relaciones estables con personas del sexo opuesto y carencia de estabilidad socioeconómica”.<sup>1</sup>

Por otra parte, las adolescentes que no habían desistido antes dejan sus estudios de manera forzada o se ven en la necesidad de cambiarse a sistemas escolares menos apropiados. De continuar se observa en ellas una asistencia irregular a clases, bajo rendimiento y menor dedicación al estudio, o con dificultades para retomar sus estudios, a causa de la maternidad (en algunos países el embarazo en las adolescentes significa la expulsión automática de la escuela). Algunas madres adolescentes solteras con un entorno positivo tienen mayor probabilidad de terminar sus estudios e incluso evitan otros embarazos, a diferencia de las que se casan.

---

<sup>1</sup> DULANTO Enrique. “El adolescente”. Pág. 527, 1ª edición. Ed. McGraw – Hill Interamericana, México, 2000.

## PADRE ADOLESCENTE

“La transición hacia la paternidad no es fácil para el adolescente, por que a menudo sus necesidades de desarrollo como adolescentes aun no han sido cubiertas, deben completar las tareas de desarrollo propias de su edad, por lo que no está mejor preparado en lo psicológico que la adolescente embarazada para enfrentar las consecuencias del embarazo, los riesgos psíquicos y sociales para el padre son muy similares a los de la madre siendo los mas frecuentes y notorios la deserción escolar y mayor frecuencia de trastornos emocionales por una reacción negativa al medio que lo rodea”.<sup>1</sup> La inmadurez del padre adolescente, su nivel de desarrollo cognoscitivo y sus habilidades para tomar decisiones influyen en decidir si debe apoyar a la madre o huir de la situación.

“Ante la presión de los padres de ambos adolescentes, sin respeto alguno para la opinión de ellos, el problema lo solucionan por medio del aborto, el matrimonio forzado o desprendimiento cruel de la pareja, lo que origina graves problemas emocionales en ambos jóvenes, observándose a el padre adolescente depresión, angustia, un complejo de culpa, bloqueo de sus tareas escolares o laborales, y ansiedad que se manifiestan en síntomas psicossomáticos”.<sup>2</sup>

Al enfrentarse a la reacción de negativa de su propia familia y la de la joven, que quizás no le permitan verla, llega a sentirse solo, aislado e incapaz de proporcionarle apoyo. “Por otro lado, la falta de responsabilidad de algunos padres adolescentes no casados es el reflejo de nuestras actitudes culturales y comunitarias”.<sup>3</sup> “Entre jóvenes de la misma edad el poder engendrar un hijo se considera como un orgullo y un signo de hombría, de igual manera se considera en las comunidades de bajos ingresos”.<sup>4</sup>

Las familias de ambos lo excluyen del proceso de toma de decisiones debido a su enojo por el embarazo o por que creen que no tiene capacidad para decidir. A menudo,

---

<sup>1</sup> ACOSTA Saucedo Sixto. “Guía de atención médica y manual en salud reproductiva del adolescente”. Pág. 63, 1ª edición, Ed. Interamericana, México, 2000.

<sup>2</sup> DULANTO Enrique. “El Adolescente”. Pág. 544. 1ª edición, Ed. Mc Graw – Hill Interamericana. México 2000.

<sup>3</sup> BURROUGHS Arlene. **Enfermería Materno Infantil**. Pág. 350, 8ª edición, Ed. Interamericana, USA 2002.

<sup>4</sup> LOWDERMIK. **Enfermería Materno Infantil**. Pág. 960, 6ª edición, tomo II, España, 1998.

el adolescente siente que su compañera en realidad no necesita de su apoyo y, por lo tanto, no creen que las estén abandonando.

El padre adolescente que no se casa con frecuencia enfrenta reacciones negativas de quienes le rodean, sobretodo de su familia y de la familia de la joven, se dirigen a él con sentimiento de ira, vergüenza y desilusión, lo que provoca en el sentirse solo o aislarse, agravándose, si la joven se rehúsa a verlo.

El adolescente que asume su responsabilidad, se enfrenta a una situación abrumadora, el estrés no resuelto le puede originar una crisis, que se manifiesta en una conducta inadaptativa, depresión grave y síntomas psicósomáticos. Le preocupa por igual el rechazo de las familias de ambos, el de sus amigos y el de la adolescente. Tienden a realizar menos estudios formales, se integran a la fuerza de trabajo con mayor prontitud y menos preparación, por lo que tienen más posibilidades de ser más pobres y menos educados que quienes se convierten en padres a mayor edad, y por lo general su ocupación es menos prestigiosa, de menor satisfacción y con poca remuneración económica. Con frecuencia se casa a menor edad, tiene una familia más numerosa, el índice de divorcio de padres adolescentes es mayor que el de parejas que posponen el matrimonio y el embarazo.<sup>1</sup>

En algunas situaciones, la adolescente embarazada no desea identificar al padre ni ponerse en contacto con él y es factible que este no reconozca su paternidad. Dichas circunstancias incluyen la violación, relaciones de explotación sexual, incesto y relaciones sexuales casuales.

---

<sup>1</sup> SILVERMAN. **Enfermería Materno Infantil**. Pág. 361, 2ª edición, Vol. I, Ed. Harcourt, España, 1998.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles serán las principales repercusiones biológicas, psicológicas y sociales en las adolescentes que se embarazan y que acuden al Hospital Regional Oportunidades N° 33 de Tuxpan, Michoacán?

### IV. JUSTIFICACION

Si bien el embarazo no es un daño a la salud si es un factor de riesgo que tiene gran importancia cuando ocurre en una adolescente, en estas condiciones es considerado de alto riesgo, ya que se considera que es hasta después de los 20 años cuando se considera que existen las condiciones biológicas, psicológicas y sociales para tener y atender un hijo, al presentarse un embarazo en una adolescente sea o no deseado y / o aceptado esto trae repercusiones para la madre, el hijo y para el padre sobretodo, cuando ambos son adolescentes, de tipo biológico, psicológico y social.<sup>1</sup>

Este problema tiene una gran magnitud, por ejemplo en los Estados Unidos existe una incidencia según las estadísticas de aproximadamente 1.2 millones anuales, de embarazo mujeres de 15 a 19 años y 63 mil en mujeres de 14 años o menos. Por lo que se considera el país con mayor incidencia de embarazos en adolescentes.<sup>2</sup>

En México este es un fenómeno muy frecuente, 1995 del total de mujeres en edad fértil el 37% habían tenido su primer hijo antes de los 20 años, para 1997 la Secretaria de Salud reporto que un 23% de total de episodios obstétricos en el país correspondió a mujeres menores de 20 años. Y a pesar de los éxitos de las campañas de planificación familiar con reducción de las tasas de natalidad nacional que antes de los 70's estaba en 7 hasta los niveles actuales de 2.7<sup>3</sup>, estos logros no se han visto reflejados en la

---

<sup>1</sup> ACOSTA Saucedo Sixto. "Guía de Atención Médica y Manual de Consejería en Salud Reproductiva del Adolescente". 1ª edición, Ed Pathfinder, México 1999.

<sup>2</sup> BURROUGHS Arlene. "Enfermería Materno Infantil". 8ª edición, Ed. McGraw – Hill Interamericana. USA 2002.

<sup>3</sup> MARTINEZ y MARTINEZ. "La Salud del Niño y del Adolescente. Pág. 1489. 4ª edición, Ed. Manual Moderno. México 2001.

población adolescente en la cual los porcentajes de nacimientos eran de 11% hace tres décadas y en la actualidad es de aproximadamente el 20% lo que indica que actualmente en país se embarazan alrededor de 500,000 adolescentes y en el estado de Michoacán se han registrado 10,000 embarazos en mujeres adolescentes en los últimos años<sup>1</sup>.

Analizando las altas cifras estadísticas del embarazo en adolescentes que se han registrado con anterioridad y en la actualidad en el país y en nuestro estado; y saber que representa un problema social, económico y sobretodo de salud se considera importante investigar las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales en las adolescentes que se embarazan y que acuden al Hospital Regional Oportunidades N° 33 de Tuxpan, Michoacán. Al haber observado que a esta unidad médica acuden con frecuencia adolescentes con esta situación.

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo General**

Conocer las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales en las adolescentes que se embarazan y que acuden al Hospital Regional Oportunidades N° 33 de Tuxpan, Michoacán.

### **5.2 Objetivos Específicos**

- Identificar los principales problemas de tipo biológico que presenta la adolescente durante el embarazo y parto.
- Estimar como impacta el embarazo psicológicamente a la adolescente.
- Conocer los principales problemas sociales que enfrenta la adolescente embarazada, en la comunidad de Tuxpan Michoacán.

---

<sup>1</sup> La Voz de Michoacán. Pág. 1, 15 – 18 A. 9 de Diciembre 2004. Morelia Mich.

## VI. HIPOTESIS

**Ho.** Los adolescentes tienen repercusiones biológicas, psicológicas y sociales por el embarazo que afectan negativamente su desarrollo.

**Ha.** Los adolescentes no tienen repercusiones biológicas, psicológicas y sociales por el embarazo que afecten negativamente su embarazo.

## VII. MATERIAL Y METODOS

### 7.1 **Variable.**

#### 7.1.1 Variable independiente:

Embarazo en adolescentes

#### 7.1.2 Variable dependiente:

Repercusiones Biológicas

Repercusiones Psicológicas

Repercusiones Sociales

### 7.2 **Tipo de estudio:**

- Retrospectivo
- Descriptivo
- Transversal
- Observacional

### 7.3 Población:

El universo de estudio estuvo constituido por la población de adolescentes de la comunidad de Tuxpan Michoacán, la muestra se conformó por un total de 41 adolescentes embarazadas que acudieron para su atención al Hospital Regional Oportunidades N° 33, durante el mes de agosto del 2005.

### 7.4 Criterios de inclusión:

- Las adolescentes embarazadas que acudieron al Hospital Regional Oportunidades N° 33 de Tuxpan, Michoacán, durante el mes de agosto del 2005.

### 7.5 Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no estaban embarazadas.
- Mujeres embarazadas de 20 años o más.
- Las adolescentes embarazadas que no desearon participar en la investigación.

### Criterios de eliminación:

- Encuestas incompletas.

## VIII. DISEÑO METODOLOGICO

Para la realización de esta investigación se hizo un análisis exhaustivo de literatura relativa al tema en libros, diccionarios, periódicos, revistas y la WEB, dicho análisis incluyó Pubertad, Adolescencia, Factores y Repercusiones del Embarazo en Adolescentes; ello derivó en una síntesis de los hallazgos que finalmente se triangularon con los resultados de la aplicación de los instrumentos, donde se utilizó una encuesta elaborada de 23 preguntas cerradas, una lista de cotejo, una prueba de autoestima de 6 preguntas cerradas y una de depresión con 7 preguntas; cuyas

interrogantes buscaron respuestas concisas sobre las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales del embarazo en adolescentes. Las encuestas fueron aplicadas con una previa explicación sobre el fin de la investigación y con la autorización de cada una de las adolescentes, además de haberse realizado previamente una prueba piloto con los instrumentos. Es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. El universo de trabajo fueron las adolescentes embarazadas que acudieron al H. R. O. # 33 de Tuxpan Michoacán. Se tomo una muestra a conveniencia conformada por las adolescentes que acudieron durante el mes de Agosto del 2005, la cual fue de 41 adolescentes embarazadas. Los criterios de exclusión fueron las adolescentes que no estaban embarazadas, mujeres embarazadas de 20 años o más, adolescentes embarazadas que no desearon participar en la investigación, los criterios de eliminación fueron las encuestas incompletas. La variable independiente fue El Embarazo en Adolescentes y la variable dependiente, las repercusiones Biológicas, Psicológicas y Sociales del embarazo en adolescentes. Fue utilizado el programa computacional de Windows 2003 con programa Microsoft Word como procesador de textos. Los aspectos éticos considerados para la aplicación de los instrumentos están relacionados con la confidencialidad y el anonimato de la información obtenida, que solamente será utilizada con los fines científicos.

## **IX. ANALISIS ESTADISTICO**

Se utilizo estadística descriptiva para las variables continuas con los parámetros media y  $\pm$  desviación estándar. Para las variables discretas o cualitativas se utilizo tablas de contingencia. El modelo no paramétrico de la Chi cuadrada se utilizo para asociar variables cualitativas. Se reportaron cifras estadísticamente significativas cuando el P \_ valor < 0.05. Para el proceso de la información se utilizo SPSS versión 12.0 para Windows. Se efectuó análisis de fiabilidad para los instrumentos de Autoestima y Depresión mediante el  $\alpha$  de Crombach el cual apporto un valor de .6422 y .7077 respectivamente para la valoración global y para la consistencia interna con el método de Spearman Brown de .7131 y .7618 respectivamente lo cual en base a estos resultados el instrumento queda validado en su consistencia global e interna.

## **X. RESULTADOS**

Los datos obtenidos de la encuesta dieron los siguientes resultados:

El promedio de edad fue de  $17.53 \pm 1.3$  desviación estándar, al momento del estudio un 2.4 % tenía 13 años, el 4.9 % 15 años, 14.6 % 16 años, 19.5 % 17 años, 31.7% 18 años, 26.8 % 19 años (grafica N° 1).

Respecto a la escolaridad de las adolescentes, el 4.9% era analfabeta, un 12.2 % tenía primaria incompleta, 34.1 % primaria terminada, 9.8 % secundaria incompleta, 26.8% secundaria terminada y el 12.2 % preparatoria incompleta (grafica N° 2).

De acuerdo al estado civil, el 14.6 % eran solteras, 29.3 % casadas y un 56.1% vivían en unión libre (grafica N° 3).

En cuanto a la menarquía en promedio se presentó a la edad de  $12.58 \pm 1.22$  desviación estándar, 4.9% la presentó a los 11 años, 4.9 % a los 15 años o más, 7.3% a los 10 años o menos, 19.5 % a los 14 años. 24.4 % a los 13 años y 39 % a los 12 años (grafica N° 4).

La edad de inicio de la vida sexual activa fue en promedio a los  $16.02 \pm 1.58$  desviación estándar, muy semejante a la edad de su primer embarazo cuya media fue  $16.70 \pm 1.58$  desviación estándar.

### **REPERCUSIONES BIOLÓGICAS**

En cuanto a las Repercusiones Biológicas del embarazo, el 41.5 % de las adolescentes presentó Anemia Ferropénica, 41.5 % Infecciones Urinarias, 46.3 % Infecciones Cervicovaginales, 24.4 % Inadecuado aumento de Peso, 7.3% Hipertensión inducida por el embarazo (tabla N° 1).

En las complicaciones al momento del parto, el 19.5 % presento Rotura Prematura de membranas, 4.9 % Parto Pretérmino, 7.3 % Desproporción Cefalopélvica, 2.4 % Parto Prolongado, 7.3 % Oligohidramnios severo, 2.4 % Trabajo de Parto Prolongado, 2.4% Distocia de Partes Blandas, 4.9 % Sufrimiento Fetal Agudo (tabla N° 1).

En cuanto al termino del embarazo hasta el 51.2 % fueron partos eutócicos, el 26.8% fueron cesáreas y un 22 % de los embarazos aun no concluían (tabla N° 2). En cuanto a los antecedentes obstétricos el 4.9 % tubo anteriormente un aborto, 14.6 % un parto previo y un 4.9% una cesárea previa (tabla N° 3).

Los anteriores resultados permiten observar que la incidencia de repercusiones biológicas en el embarazo de adolescentes es alta, lo que pudo deberse a que su desarrollo físico era incompleto o a diversos factores negativos independientes de su edad pero propios de su medio, sin embargo el control prenatal que recibieron disminuyo el riesgo de presentar complicaciones mas severas o que las ya presentes causaran mayores estragos para el binomio madre – hijo con un tratamiento oportuno.

## **REPERCUSIONES PSICOLOGICAS**

Con respecto al estado civil, las adolescentes solteras contestaron como sigue: en relación a la presencia de sentimiento de culpa un 66.7 % manifestó que ambos eran culpables de estar ellas embarazadas, otro 16.7 % dijo haberse embarazado por ignorancia, además un 16.7 % declaro que fue él quien tuvo la culpa de que ella se embarazara (tabla N° 4, grafica N° 5). En cuanto al sentimiento de vergüenza a causa de su embarazo, 50 % si acepto haberse avergonzado, el resto refirió que no. En relación a las mismas solteras el 83.3 % fueron rechazadas por la pareja a causa del embarazo y solo 17.7 % menciono no haber sido rechazada por nadie (tabla N° 5, grafica N° 6). Respecto a la presencia de sentimiento de soledad el 100% dijo haberse sentido sola durante su embarazo, 66.7 % en la opción respuesta de algunas veces y 33.3 % en la opción de frecuentemente (tabla N° 7, grafica N° 7). En relación a la presencia de depresión y el nivel de autoestima, el 83.3 % si presento depresión, de ellas 3 tienen autoestima baja, 1 autoestima media y solo 1 autoestima alta; y se

considero que quien no tuvo datos de depresión, hasta un 16.7 %, tiene autoestima alta. En cuanto a la presencia de maltrato un 83.3 % acepto recibir agresiones de tipo psicológico y 50 % admitió recibir agresiones de tipo físico, agredidas por sus padres y por su pareja respectivamente.

Las adolescentes casadas en relación al sentimiento de culpa contestaron lo siguiente: Sobre el sentimiento de culpa el 66.7 % dijo no haber un culpable ya que junto con su marido deseaban el embarazo, un 33.3 % menciona que los dos eran culpables de estar embarazadas (tabla N° 4, grafica N° 5). En cuanto al sentimiento de vergüenza solo un 8.3 % acepto haberse avergonzado por su embarazo y el 91.7 % restante refirió nunca haberse avergonzado. Además el 91.7 % fueron bien aceptadas por su embarazo y solo un 8.3 % manifestó que la familia política la rechazo por su embarazo (tabla N° 5, grafica N° 6). En lo referente a la presencia de sentimiento de soledad el 16.7 % dijo si haberse sentido sola algunas veces durante su embarazo y el 83.3 % restante refirió que no (tabla N° 6, grafica N° 7). En relación a la presencia de depresión y el nivel de autoestima, se estimó que el 50 % si presento depresión y 2 de ellas tienen autoestima baja, 3 autoestima media y 1 autoestima alta; el restante 50 % que no presento depresión tuvo además autoestima alta. En cuanto a la presencia de maltrato un 16.7 % presento maltrato psicológico y un 8.3 % maltrato físico, ambas formas de maltrato fueron recibidas de la familia política.

En cuanto a las adolescentes que vivían en unión libre contestaron lo siguiente: en relación al sentimiento de culpa el 30.4 % dijo no haber un culpable ya que junto con su pareja deseaban el embarazo y un 69.6 % dijo ser los dos eran culpables de estar embarazadas (tabla N° 4, grafica N° 5). Respecto al sentimiento de vergüenza, solo el 13% admitió haberse avergonzado por su embarazo y un 87 % menciona nunca haberse avergonzado. Además al 95.7 % se le acepto bien por su embarazo, mientras que solo a un 4.3 % fue rechazada por la familia política a causa de su embarazo (tabla N° 5, grafica N° 6). En cuanto a la presencia de sentimiento de soledad solo 43.5 % dijo si haberse sentido sola durante su embarazo, mientras que en 56.5 % nunca se sintió sola (tabla N° 6, grafica N° 7). En relación al presencia de depresión y el nivel de autoestima, hasta un 69.6 % presentaron depresión, de ellas, 6 tienen autoestima baja, 5 tienen autoestima media y 5 tienen autoestima alta; y el 30.4 % que no presentaron

depresión, 4 tienen autoestima media y 3 tienen autoestima alta. En cuanto a la presencia de maltrato hasta en un 21.7 % fue de tipo psicológico en las opciones de respuesta frecuentemente y algunas veces, fueron agredidas por la familia política y por sus padres estos últimos además las agredieron físicamente, y el 78.3 % negó esta situación.

La asociación de las dos variables categóricas, “estado civil” y “sentimiento de culpa”, mediante el modelo no paramétrico Chi cuadrada de Pearson el valor fue de 18.915 aportando un  $P$ \_valor  $<0.05$ ; con una magnitud de diferencia .6 razón estándar, lo cual hace ver que dichas variables asociadas tiene una fuerte asociación entre ellas. La modalidad en el sentimiento de culpa fue para la categoría de “los dos asumen la culpa” en un 58.5 %, siguiendo en orden descendente la opción de “ninguno tuvo la culpa” con un 36.6 % y tan solo el 2.4 % lo culpa a “El” y 2.4 % la culpa la atribuye a la “ignorancia” (tabla N° 4).

En la asociación de “estado civil” y “rechazo” el valor para la Chi cuadrada fue de 33.503 con un  $P$ \_valor  $<0.05$  y un efecto grande .9 razón estándar, lo que se observa en la contingencia es que al 82.9 % se le acepto bien por su embarazo, siguiendo un 12.2 % con la opción de “rechazo por su pareja” y tan solo 4.9 % por “rechazo de la familia política”. Por lo que observamos que la condicionante para el rechazo es estar “soltera” 12.2 % con respecto de total 100 % (n= 41). (Tabla N° 5)

En cuanto a la presencia de “soledad” en las adolescentes de acuerdo a su “estado civil”, el valor para la Chi cuadrada fue de 11.809 aportando un  $P$ \_valor  $< 0.05$  muy significativo y .5 razón estándar, esto permite observar sumando las opciones de respuesta frecuentemente y algunas veces que un 24.4 % de las adolescentes en unión libre, seguidas por un 14.6 % de solteras y un 4.9 % de casadas presentaron soledad, a diferencia de un 24.4 % de casadas y hasta un 56.5 % de adolescentes en unión libre que no presentaron soledad. Por lo que concluimos que el seguir soltera o vivir solo en unión libre al embarazarse condiciona con mayor fuerza la presencia de soledad (tabla N° 6).

Respecto a la relación de sentimiento de soledad y aislamiento, el resultado fue el 26.9 % dijo haberse aislado y sentirse sola en las opciones de respuesta frecuentemente y algunas veces, un 2.4 % tan solo se aisló, el 17 % refirió tan solo haberse sentido sola en las opciones de frecuentemente y algunas veces, mientras que el 53.7 % no presento tales sentimientos (tabla N° 7, grafica N° 8).

En la asociación de “soledad” y “aislamiento” dio un valor de Chi cuadrada de 28.261, aportando un  $P$ \_valor  $< 0.05$  muy altamente significativo con .8 razón estándar, observando que hasta en un 26.9 % de las adolescentes están presentes ambas variables. Así decimos que el sentirse sola condiciona el aislarse a la vez (tabla N° 7).

En cuanto a la presencia de soledad e ideas de autodestrucción, el 26.8 % menciona haberse sentido sola y tener ideas de autodestrucción en las opciones de respuesta frecuente mente y algunas veces, un 17.1 % dijo solo haber sentido soledad, el 9.8 % solo tuvo ideas de autodestrucción, y un 46.3 % contesto nunca la opción de nunca (tabla N° 8, grafica N° 9).

El asociar las variables de “sentimiento de soledad” e “ideas de autodestrucción” apporto un valor de Chi cuadrada de 10.326 con  $P$ \_valor  $< 0.05$  muy significativo y .5 razón estándar, lo que permite observar que existe congruencia en la presencia de ambas variables en un 26.8 % de los casos. Interpretando entonces que la soledad condiciona en gran medida la presencia de ideas autodestructivas (tabla N° 8).

En cuanto a la presencia de aislamiento e ideas de autodestrucción, el 2,4 % presento ambas situaciones frecuentemente, un 19.5 % algunas veces, el 7.3 % solo dijo que se aisló, 14.6 % solo menciona ideas de autodestrucción y hasta un 56.1 % % refirió que nunca presento tales cuestiones (tabla N° 9, grafica N° 10).

La asociación de “aislamiento” e “ideas de autodestrucción” apporto un valor de Chi cuadrada de 20.853  $P$ \_valor  $< 0.05$  muy altamente significativo y .7 razón estándar, lo que deja observar que hasta un 21.9 % presento ambas variables en las opciones de respuesta frecuentemente y algunas veces. Lo que permite decir que el aislamiento condiciona la presencia de ideas de autodestrucción (tabla N° 9).

En relación a la presencia de depresión y el nivel de autoestima, se encontró que de las 41 adolescentes 27 si presentaron depresión, de las cuales se observo que el 40.7% tuvo autoestima baja, un 33.3 % autoestima media y 25.9 % autoestima alta. De 14 adolescentes que no presentaron depresión se pudo observar que el 71.4 % tuvo autoestima alta y tan solo un 28.6 % autoestima media (tabla N° 10, grafica N° 11).

El asociar “depresión” y “autoestima” aporto un valor de Chi cuadrada de 10.373, un  $P$ \_valor < 0.05 muy significativo y .5 razón estándar; a decir que hasta un 48.8 % presento depresión con autoestima baja o media y 17.1 % autoestima alta. En contraste de un 34.1 % que no presento depresión teniendo autoestima alta o media. Por lo cual se infiere que ambas variables son condicionantes entre si (tabla N° 10).

La asociación de “maltrato psicológico” y “maltrato físico” dio un valor de Chi cuadrada de 21.789, un  $P$ \_valor < 0.05 muy altamente significativo y .7 razón estándar; observando que un 14.6 % de las adolescentes son maltratadas psicológica y físicamente, un 14.6 % psicológicamente en las opciones de respuesta frecuentemente y algunas veces, mientras que un 70.7 %, no presento alguna forma de maltrato. Así decimos que la presencia de maltrato psicológico condiciona que se presente el maltrato físico.

## **REPERCUSIONES SOCIALES.**

Respecto del estado civil condicionado por el embarazo (matrimonio forzado) de las adolescentes, el 14.6 % permaneció soltera, un 7.3 % decido por voluntad propia casarse legalmente con su pareja, hasta un 22 % vivían casadas con anterioridad al embarazo, un 19.5 % decidió por voluntad propia vivir en unión libre a causa de haberse embarazado, y finalmente el 36.6 % vivía en unión libre con anterioridad al embarazo (tabla N° 11, grafica N° 12).

La asociación de las variables “estado civil” y “matrimonio forzado” dio un valor de Chi cuadrada de 41.410 un  $P$ \_valor < 0.05 muy altamente significativo con 1.0 razón

estándar lo cual nos deja observar que hasta un 58.5 % vivía en pareja antes de presentarse el embarazo y que 11 un 26.8 % por decisión de ambos iniciaron vida en pareja a causa de haberse embarazado a diferencia de tan solo el 14.6 % que permanecieron solteras. Así interpretamos que el embarazo en esta condicionado por la unión de la pareja (tabla N° 11).

En relación a la escolaridad y la deserción escolar a causa del embarazo el resultado fue el siguiente: el 4.9 % era analfabeta por causa desconocida, quienes tenían primaria incompleta un 2.4 % deserto a causa de su embarazo y el 9.8% deserto antes de embarazarse. Un 34.1 % tenía primaria terminada sin conocerse la causa por la que no continuaron estudiando. Quienes tenían secundaria incompleta, un 2.4 % deserto a causa del embarazo y el 7.3 % deserto por otra causa. El 26.8 % de adolescentes con secundaria terminada no continuo con sus estudios por causa desconocida. Y hasta un 12.2 % que cursaba la preparatoria deserto a causa de su embarazo (tabla N° 12, grafica N° 13).

La asociación de “deserción escolar” con “escolaridad” aporto un valor de Chi cuadrada de 98.464, con un  $P$ -valor  $< 0.05$  muy altamente significativo y 1.5 razón estándar a decir que el 78 % deserto entre la primaria y secundaria, un 12.2 % deserto en la preparatoria, el 2.4 % en secundaria, un 2.4 % en la primaria y finalmente un 4.9% no tenía estudios. Inferimos que por motivo del embarazo el nivel escolar es bajo (tabla N° 12).

Del gran total ( $n = 41$ ) el 24.4 % continuó viviendo con sus padres, un 7.3 % con un familiar, hasta un 43.9 % con los suegros y únicamente el 24.4 % vivía solo con su pareja.

- Quienes continuaron viviendo con sus padres en relación a la dependencia económica de estas adolescentes, el 50 % dependía de de sus padres, un 10 % dependía de su pareja, el 30 % dependía de su pareja y de la ayuda de los padres de ellos, y solo un 10 % dependía de si misma con ayuda de sus padres (tabla N° 13, grafica N° 14). En cuanto al número de personas que habitaban la casa junto con ellas se encontró que el 60 % vivía con 5 personas o menos, 30 % convivan con ellas entre 6 y 10 personas, y solo un 10 % con 11 o más (tabla N° 14, grafica N°

- 15). Respecto al espacio que tenían, el 10 % dijo vivir en un espacio pequeño, un 30% en un espacio amplio y suficiente para todos, el 40 % menciono que vivía con privacidad y en un espacio cómodo y un 20 % considero vivir sin privacidad y en un espacio incomodo (tabla N° 15, grafica N° 16).
- De las adolescentes que vivían con un familiar, en relación a la dependencia económica, un 33.3 % menciono que dependía de sus padres y el 66.7 % de su pareja (tabla N° 13, grafica N° 14). Respecto al número de personas que habitaban la casa junto con ellas el 33.3 % vivía con 5 o menos personas y el 66.7 % convivía compartiendo de 6 a 10 personas (tabla N° 14, grafica N° 15). En cuanto al espacio que tenían para vivir un 33.3 % dijo que vivía en un espacio pequeño, el 33.3% en un espacio amplio y suficiente para todos y el 33.3 % considero que vivía sin privacidad y en un espacio incomodo (tabla N° 15, grafica N° 16).
  - En cuanto a las adolescentes que viven con sus suegros en relación a la dependencia económica, el 66.7 % dijo que dependía de su pareja, un 33.3 % de su pareja con la ayuda de sus padres (tabla N° 13, grafica N° 15). Respecto al número de personas que habitaban la casa junto con ellas, el 33.3 % menciono que vivía con 5 o menos personas, el 38.9 % con 6 a 10 personas, y hasta un 27.8 % con 11 o mas (tabla N° 14 grafica N° 15). En cuanto al espacio que tenían para vivir, un 38.9% considero vivir en un espacio pequeño, el 5.6% en un espacio amplio, hasta un 50 % dijo que vivía con privacidad y en un espacio cómodo y tan solo el 5.6 % vivía sin privacidad y en un espacio incomodo (tabla N° 15, grafica N° 16).
  - Respecto de las adolescentes casadas o unión libre que viven “solos”, en cuanto a la dependencia económica, el 20 % dependía de sus padres, un 80 % de su pareja, el 10 % de su pareja con la ayuda de sus padres (tabla N° 13, grafica N° 14). En relación al número de personas con las que habitaban la casa en un 100 % no rebasaban los 5 habitantes (tabla N° 114, grafica N° 15). En cuanto al espacio que tenían para vivir, el 80 % considero que vivía con privacidad y en un espacio cómodo y tan solo un 20 % menciono que viva sin privacidad y en un espacio incomodo (tabla N° 15, grafica N° 16).

La asociación de las variables “con quien viven” y “dependencia económica” dio un valor de Chi cuadrada de 25.817 con un  $P$ -valor  $< 0.05$  muy significativo y .7 razón estándar, lo permite decir que ambas variables tienen una fuerte asociación, de lo cual observamos que la modalidad es para la categoría de “vivir con los suegros y depender de la pareja” en un 29.3 %, seguida de “vivir solos y depender de la pareja” con 19.5 % y una categoría importante con menor proporción es “vivir y depender de los padres” con el 12.2 %, situación de las solteras, existiendo congruencia entre las restantes categorías, aunque con menores proporciones; por lo que interpretamos que la pareja asume la responsabilidad a pesar de no salir del núcleo familiar o dado el caso de no contar con su presencia la responsabilidad es asumida por los padres (tabla N° 13).

En la relación de las variables “con quien vives” y el “numero de personas”, dio un valor de Chi cuadrada de 14.508,  $P$ -valor  $< 0.05$  significativo y .5 razón estándar, observando que hasta un 29.3 % vivía en casa de los suegros con mas de 6 personas o incluso mas de 11, en contraste de el 24.4 % que vivían solos y un 14.6 % que seguían viviendo con los padres con menos de 5 personas; por lo cual se dice que el vivir con los suegros condiciona que el número de personas sea elevado. También se observa una proporción considerable en que ambos viven de manera independiente (tabla N° 14)

En cuanto a la edad en que iniciaron su vida sexual activa (VSA) y la edad en que iniciaron vida en pareja (casados o en unión libre) el resultado fue el siguiente: quienes iniciaron su VSA a los 14 años o menos ( $n= 11$ ), el 18.2 % continuaron solteras, hasta un 36.4% comenzó a vivir en pareja a los 14 años, el 18.2 % a los 15 años, un 18.2 % a los 17 años y tan solo un 9.1 % se unió con en pareja hasta los 19 años.

Quienes iniciaron su VSA a los 15 años ( $n= 5$ ), el 80 % comenzó a vivir en pareja a esta misma edad y solo un 20 % a los 16 años.

En tanto las que iniciaron su VSA a los 16 años ( $n= 8$ ), el 75 % comenzó a vivir en pareja a la misma edad, un 12.5 % a los 18 años y el 12.5 % seguía soltera.

De quienes iniciaron su VSA a los 17 años ( $n= 7$ ), el 85.7 % comenzó a vivir en pareja a esta misma edad y solo un 14.3 % continuo soltera.

Quienes iniciaron su VSA a lo 18 años ( $n= 9$ ), un 77.8 % comenzó a vivir en pareja a esta misma edad y tan solo un 22.2 % permanecieron solteras.

Y hubo solamente una, quien inicio su VSA y comenzó a vivir en pareja a los 19 años (tabla N° 16, grafica N° 17).

La asociación de la “edad de inicio de la VSA” y la “edad en que comenzaron a vivir en pareja” (casadas o en unión libre) tuvo un valor de Chi cuadrada de 112.264, un  $P$ -valor  $< 0.05$  muy altamente significativo y 1.6 razón estándar, a decir que hasta un 68.4% inicio su vida sexual activa a la misma edad en que comenzaron a vivir en pareja, en tanto que el 17 % inicio su VSA antes de vivir en pareja y solo un 14.6 % siguieron solteras sin relacionarse a la edad en que iniciaron su VSA. Por lo que interpretamos que, el inicio de su vida sexual activa condiciona que comiencen a vivir en pareja ya sea casadas o en unión libre (tabla N° 16).

En relación a la edad de comienzo de su VSA y la edad en que tuvieron su primer embarazo el resultado es como sigue: quienes iniciaron con su VSA a los 14 años o menos ( $n=11$ ), el 9.1 % se embarazo por primera vez a los 13 años, el 27.3 % a los 14 años, un 27.3 % a los 15 años y el resto a edades posteriores en un 36.4 %.

Quienes iniciaron su VSA a los 15 años ( $n=5$ ), en un 40 % se embarazaron a esa edad, el 40 % a los 16 años y un 20 % a los 17 años.

En cuanto a las que iniciaron se VSA a los 16 años ( $n=8$ ), el 75 % se embarazo a esta misma edad y tan solo un 25 % a los 17 años.

De quienes iniciaron su VSA a los 17 años ( $n=7$ ), el 57.1 % se embarazo a esta misma edad, un 28.6 % a los 18 y solo el 14.3 % a los 19 años.

Quienes iniciaron su VSA a los 18 años ( $n=9$ ), hasta el 66.7 % se embarazo a la misma edad y un 33.3 % a los 19 años.

Y finalmente quien inicio su VSA a los 19 años ( $n= 1$ ) se embarazo por primera vez a esta edad (tabla N° 17, grafica N° 18).

La asociación de las variables “edad de inicio de VSA” y “edad del primer embarazo” apporto un valor de Chi cuadrada de 65.688, un  $P$ -valor  $< 0.05$  muy altamente significativo con 1.2 razón estándar, observando que un 56 % de los casos coincidieron ambas edades, el 29.4 % se embarazaron un año después de que iniciaron su VSA y solo un 14.6 % después de un año de haber iniciaron su VSA. Así decimos que la primera relación sexual condiciona el primer embarazo (tabla N° 17).

En relación a la edad actual y la edad en que tuvieron su primer embarazo, se encontró que, de las adolescentes de 19 años (n= 11), el 18.2 % se embarazó cuando aun tenían 18 años, el 54.5 % al haber cumplido ya los 19 años y solo un 27.4 % tenían ya un embarazo previo. Quienes tenían 18 años (n= 13), el 77 % se embarazaron por primera vez entre los 17 y 18 años, y un 23 % tenía un embarazo previo. De las adolescentes de 17 años (n=8), el 50 % se embarazó cuando aun tenían 16 años y el resto dentro ya de los 17 años. Quienes tenían 16 años (n= 6), 2 (33.3%) se embarazaron cuando aun tenían 15 años y 4 (66.7%) cuando ya tenían los 16 años. De las adolescentes de 15 años (n= 2) y de 13 años (n= 1) era su primer embarazo (tabla N° 18, grafica N° 19).

Al asociar las variables “edad actual” y “edad del primer embarazo” se obtuvo un valor de Chi cuadrada de 103.170, un  $P$ -valor  $< 0.05$  muy altamente significativo y 1.5 razón estándar, a decir que del gran total (n= 41) para el 85.5 % de las adolescentes era su primer embarazo, mientras que un 14.5 % restante, tuvieron su primer embarazo entre los 14 y 17 años de edad, las cuales tenían de 18 a 19 años de edad al momento de la investigación. Por lo cual se interpreta que el tener un embarazo en edades tempranas propicia que se tenga un segundo o incluso un tercer embarazo antes de cumplir la edad suficiente para concluir su adolescencia (tabla N° 18).

De la población estudiada uno de los casos de embarazo fue producto de una violación, el cual correspondió a la joven de 13 años, acudió para ser atendida en el hospital a la semana 12 de gestación, se aplicó la encuesta en la segunda consulta, sin dar tiempo para brindarle apoyo, ya que la joven manifestó una necesidad de hablar.

En cuanto a los padres al momento del estudio hasta un 24.4 % tenía 20 años de edad, 17.1 % 22 años, 14.6 % 19 años, 9.8 % 18 años, 9.8 % 17 años, 7.3 % 24 años, 4.9 % 23 años, 2.4 % 21 años, 2.4 % 25 años, 2.4 % 26 años, 2.4 % 27 años y de un 2.4 % se desconocía la edad. De quienes tenían 19, 18 y 17 años de edad tan solo fue posible aplicar la encuesta al 42.6 %, cumpliendo con los criterios de inclusión de edad de 19 años y menos, así como la disponibilidad de tiempo.

De la encuesta de estos padres adolescentes se obtuvieron los siguientes resultados: En cuanto a la escolaridad el 16.6 % tenía primaria incompleta, 49.3 % primaria terminada y un 33.3 % secundaria terminada; y además desertaron de continuar sus estudios antes de presentarse el embarazo sin conocerse la causa. En cuanto al estado civil el 66.6% vivía en unión libre y un 33.3 % eran casados. El 100 % inició su VSA a la misma edad en que iniciaron vida en pareja. En relación a la responsabilidad económica el 33.3 % admitió encargarse él con ayuda de sus padres y un 66.6 % dijo ser él solo el responsable. Referente a con quien y con cuantas personas viven, un 66.6 % dijo vivir con sus padres con de 6 a 10 personas, 16.6 % menciona que vivía con sus padres con mas de 11 personas y un 16.6 % dijo vivir independiente con su pareja. En cuanto al espacio donde viven el 49.9 % dijo vivir en un espacio con comodidad y privacidad, el 16.6 % en un espacio amplio y suficiente para todos y 33.3% en un espacio incomodo y sin privacidad. El 100 % vivía en pareja antes del embarazo. Solo un 16.6 % fue rechazado por su familia a causa del embarazo y el resto fue bien aceptado. En cuanto al sentimiento de culpa el 49.9 % dijo ser ambos los culpables del embarazo, 16.6 % menciona que ninguno era culpable ya que deseaba el embarazo y un 33.3 % la culpa la atribuyo a no saber como cuidarse. En relación a la presencia de arrepentimiento el 66.6 % no lo menciona, mientras que un 33.3 % dijo haberse arrepentido algunas veces de no haber evitado el embarazo. En tanto un 33.3% presento aislamiento, soledad e ideas de autodestrucción, en las opciones de algunas veces y frecuentemente, 16.6 % presento soledad y aislamiento alguna vez y el 49.9% no refirió dichas cuestiones. En cuanto a la presencia de maltrato solo un 16.6% dijo haber recibido agresiones de tipo psicológico de familiares y amigos, y agresiones físicas de sus padres, el resto no lo menciona. En cuanto a la presencia de depresión y autoestima el 33.3 % presento depresión siendo su autoestima baja, un 33.3 % presento depresión teniendo autoestima media y un 33.3 % no presento depresión teniendo autoestima alta y media respectivamente. En relación a su empleo el 49.9 % eran jornaleros, 16.6 % se dedicaba al comercio, 16.6 % a la carpintería y 16.6 % a la ganadería, ganando entre \$600.00 y \$1000.00 semanales; el 66.6 % comenzó a trabajar a la edad de 14 años y 33.3 % a los 15 años.

Estos resultados permiten observar que quienes asumieron su responsabilidad como padres, a pesar de su edad, no estaban en mejores condiciones psicológicas y sociales que las adolescentes para afrontar el embarazo. Se infiere además que los padres adolescentes también presentaron repercusiones negativas de tipo psicológico y social por el embarazo de manera similar a las adolescentes, esto a pesar de estar dispuestos de aceptar su paternidad y lo que esto conlleva, situación que será menos ventajosa para la consolidación como pareja y la integración de su nueva familia.

## XI. DISCUSION

- En la población estudiada se observó como gran condicionante el “estado civil”, para que haya mayor incidencia de repercusiones psicológicas y sociales por el embarazo en las adolescentes, siendo las solteras las mayormente afectadas, seguidas de quienes viven en unión libre y por último quienes eran casadas.
- El rechazo a causa del embarazo fue para las adolescentes solteras por parte de su pareja, situación que no sucedió en los casos en que el embarazo se presentó dentro de la unión previa de la pareja; en general tuvieron la aceptación y apoyo de sus familias sin importar el estado civil.
- El rechazo a causa del embarazo produce en la adolescente el temor de contar con menos apoyo para enfrentar la responsabilidad de la maternidad, lo cual genera un sentimiento de culpa; en estos casos se observó que este sentimiento se comparte con la pareja y por otro parte hubo casos en que el embarazo es deseado por ambos; el no sentirse culpables de la situación se refleja que la mayoría no se arrepintieron ni se avergonzaron de su embarazo.
- La presencia de depresión a causa del embarazo de las adolescentes solteras condiciona una baja autoestima relacionada con el rechazo de su pareja. En las adolescentes que vivían en unión libre o casadas, no fueron rechazadas si no más bien fueron aceptadas por su embarazo, la presencia de depresión asociada a una baja o media autoestima puede considerarse como factor condicionante y no como una repercusión.
- La soledad, el aislamiento y las ideas de autodestrucción son dependientes entre sí, reflejando que al presentarse una, genere la otra. El permanecer soltera durante el embarazo favorece la presencia de dichos sentimientos, vamos, no es el hecho de estar casada o vivir en unión libre, para que esto no se presente. Lo habrá pero con menor frecuencia. A fin de cuentas pudiera ser otro el factor condicionante y no precisamente el embarazo.

- La depresión y un nivel bajo de autoestima, aunados a la presencia de soledad, aislamiento e ideas de autodestrucción en las adolescentes durante su embarazo, impactan negativamente en el proceso de maduración de las adolescentes, lo que tendrá una repercusión a largo plazo ya que la joven madre carece de capacidad por su edad y esto hará que no brinde los cuidados necesarios a su hijo para que este crezca y se desarrolle de la mejor manera, no obstante que el embarazo ha sido bien aceptado en general.
- El embarazo de estas adolescentes asoció a un alto índice de deserción escolar entre primaria y secundaria, mientras que por otro lado, causó abandono escolar para quienes cursaban la preparatoria en menor proporción. Esto propicia una frustración personal por interrumpir su proyecto escolar, obstaculizando con ello sus metas de logro.
- Otra condicionante observada para que se presente el embarazo en adolescentes es entrar a un compromiso con la pareja viviendo en unión libre o casados, sin embargo, en los casos en que la situación no fue así, por voluntad propia decidieron casarse o vivir en unión libre. Lo anterior e inclusive el ser soltera, origina una dependencia económica y de vivienda, lo que consecuentemente atraerá conflictos y confusión de roles familiares a largo plazo. Al fin de cuentas los paganos son los padres.
- El comienzo de la vida sexual activa se presentó muy acorde con la edad en que iniciaron a vivir en pareja, lo cual condujo, en gran medida, que dentro de esta alta correlación se presentara también el primer embarazo. De lo anterior hay una interpretación de resultados muy lineal, esto es, que para iniciar su vida sexual tienen que comenzar a vivir en pareja y a la par presentan su primer embarazo, e inversamente su primer embarazo condiciona un compromiso de pareja. Esto deja al descubierto la falta de información, que genere ideas de contracepción y postergue el matrimonio o el embarazo.

## XII. CONCLUSIONES

- Las principales repercusiones psicológicas del embarazo identificadas fueron: depresión, baja autoestima, soledad, aislamiento e ideas de autodestrucción. Se estimó que su impacto en cada caso dependió en gran medida del estado civil previo y posterior al embarazo; por lo que se concluye que el estado civil jugó un papel muy importante en el impacto que tuvo el embarazo en la adolescente, ya que las solteras resultaron ser las más afectadas al embarazarse, enfrentaron mayores repercusiones psicológicas y sociales, que fueron desde el rechazo de su pareja hasta ser maltratadas físicamente; seguidas de quienes viven en unión libre y por último las adolescentes casadas quienes tuvieron menor incidencia de este tipo de repercusiones, pareciera que el contraer matrimonio brinda un mejor estatus social a la adolescente, y se considera que aporta el panorama en que se presenta el embarazo, al asegurar la protección por la pareja ante la sociedad y brindar mayor seguridad a la adolescente para afrontar su papel de madre, al no ser así, al tener un hijo fuera del matrimonio es la joven quien sufre las consecuencias.
- Se pudo observar además que en general el embarazo fue bien aceptado por la adolescente, la pareja y el entorno social, al no haber rechazo, culpa, arrepentimiento o vergüenza por el embarazo, a excepción de las solteras, por lo que se concluye que, más que la propia edad de la adolescente, el entorno familiar y social en que se vive al momento de un embarazo son de gran consideración para estimar el impacto de las repercusiones psicológicas en los involucrados, esta buena aceptación se considera favorece que la incidencia de repercusiones por el embarazo sean menos devastadoras o que causen menor efecto en cada caso en particular. Como lo dice la bibliografía en el medio rural se toma una actitud positiva ante la problemática, y se considera un fenómeno normal para formar una familia, ya sea viviendo en unión libre o casados a pesar de la edad.

- La fuerte asociación entre sentimiento de soledad, aislamiento e ideas de autodestrucción, así como la relación entre una baja autoestima y la depresión, que si bien se toman como repercusiones para las solteras, en los demás casos permitieron considerar que su origen sea la posible falta de adaptación de la adolescente a su nueva vida y no únicamente el embarazo de cada una, a pesar de haberlo aceptado y haber sido deseado por algunas, pueden tomarse en consideración además el matrimonio precoz, el dejar la familia de origen, convivir con la familia de la pareja (familia política) y la crisis propia de la edad.
- Se logró conocer que socialmente la adolescente aunado a su embarazo enfrenta principalmente deserción escolar, dependencia económica y de vivienda de los padres, esta última además origina la pérdida de privacidad y limita el espacio, lo que conlleva al hacinamiento; en general estas situaciones se considera que obstaculizaran el desarrollo de su potencial por no retomar sus estudios, limitara las oportunidades de trabajo y afectara el desenvolvimiento de la joven madre, la pareja y también la de su hijo en su integración como familia, ya que como lo dice la bibliografía esto favorece el cambio de roles y la pérdida de autoridad en la educación de los hijos, conflictos familiares, además de hacerlos vulnerables de padecer por deficiencia en los cuidados y se convierten en presa fácil de maltrato psicológico y físico; son estas condiciones, a juicio de quien esto escribe las que no permiten dar fin al círculo del embarazo en la adolescencia.
- Tal como lo dice la bibliografía el aceptar o desear un embarazo no exenta a la adolescente de presentar repercusiones biológicas, de las cuales las principales identificadas fueron: anemia ferropénica, infecciones urinarias, infecciones cervicovaginales, hipertensión inducida por el embarazo (preeclampsia), rotura prematura de membranas, y partos por cesárea, pero se considera que el control prenatal en estos casos conlleva a no presentar riesgos altos de problemas fisiológicos y que los presentados fueran oportunamente atendidos sin consecuencias mayores, y que este tipo de hospitales son de gran ayuda para adolescentes de bajos recursos.

- Al observar que algunas de las adolescentes ya tenían un embarazo previo se concluye que como lo dice en la bibliografía esta situación conduce a una paridad mayor.
- El varón por lo general asume la responsabilidad, ya sea casándose o viviendo en unión libre con la joven, matrimonio que no resulto forzado sino por decisión de la pareja, pero en su intención por responder o formar una familia, involucra a sus padres, los cuales de manera voluntaria u obligados por la situación dan su apoyo a la joven pareja, pero también se reconoce su intento por vivir de manera independiente. Aunque lo consultado en la bibliografía dice que tal matrimonio no tiene probabilidades de éxito, por la inmadurez de los involucrados.
- Se dice que en casos de embarazos en adolescentes de corta edad debe suponerse el incesto o la violación, lo que resulta triste admitir, ya que en el caso de la adolescente de 13 años su embarazo fue producto de una relación forzada.
- Por todo lo anterior se concluye finalmente aceptando la hipótesis alterna, “Los adolescentes tienen repercusiones biológicas, psicológicas y sociales por el embarazo que afectan negativamente su desarrollo”, dado que los resultados de la investigación realizada en esta población corroboraron dicha hipótesis.

### **XIII. SUGERENCIAS**

- La atención prenatal a embarazadas adolescentes sea con un equipo multidisciplinario: medico ginecoosbtetra, trabajo social, psicólogo, dietista, odontólogo, medico pediatra y licenciada en enfermería.
  
- Crear conciencia en el personal de salud desde el comienzo de su formación y durante el ejercicio de la profesión, sobre la gravedad del embarazo en adolescentes y sobre la importancia que tiene el brindar un completo, oportuno y adecuado control prenatal en este grupo de edad.
  
- La atención de enfermería no solo debe enfocarse a la prevención, o a brindar los cuidados generales dentro del segundo nivel de atención, la licenciada en enfermería puede y debe prepararse para ir mas a fondo en estos casos, debiera aplicar el Proceso de atención de Enfermería, ya que no siempre se cuenta con el completo equipo multidisciplinario, y la enfermera puede dar asistencia y orientación para no dejar inconclusa la atención, sin invadir otros terrenos ajenos a la profesión.
  
- En la prevención del embarazo en adolescentes, debe incluirse el posponer la edad del matrimonio y el ejercer una vida sexual activa con responsabilidad sin verse obligado a adquirir un compromiso mayor como lo es el matrimonio y la paternidad, además de promover los métodos anticonceptivos, haciendo promoción sobre planificación familiar en adolescentes, a lo cual se compromete quien subscribe actuando como educadora en esta población.

#### XIV. BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA Saucedo Sixto. “Guía de Atención Médica y Manual de Consejería en Salud Reproductiva del Adolescente”. 1ª edición. Ed. Pathfinder, México 1999.
- AGUILAR José Angel. “Programa de Educación Sexual y para la Vida, Dirigido a los Adolescentes, 14ª edición. Ed. Planeta, México 2002.
- ALFARO Rodríguez Héctor. “Complicaciones Médicas en el Embarazo”. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México 1996.
- BEISCHE Normar A. “Obstetricia y Neonatología”. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México 1998.
- BENDOLLE Rivera José. “Antología del Diplomado en Salud Pública de la UMSNH, de Morelia Mich. 2002”.
- BURROUGS Arlene. “Enfermería Materno Infantil”. 8ª edición. Ed. McGraw-Hill. Interamericana USA 2002.
- CROUCH James E. “Anatomía Humana y Funcional” 4ª edición. Ed. CECSA. México 2000.
- DULANTO Enrique. “El Adolescente”. 1ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México 2000.
- ESCUDERO Bibiana. “Estructura y Función del Cuerpo Humano”. 2ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 2002.
- FELDMAN Elaine B. “Principios de Nutrición Clínica”. Ed. Manual Moderno, México 1990.

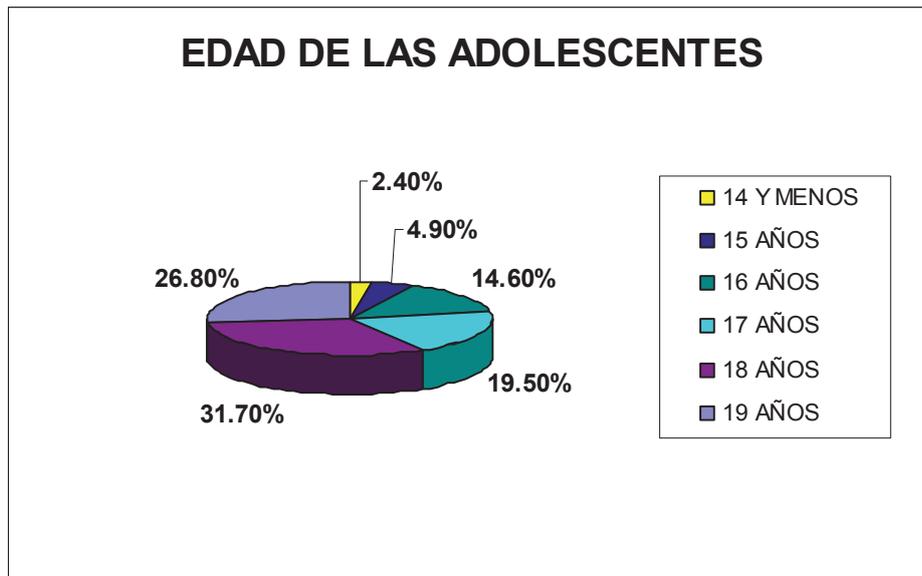
- GOMEZ García C. “Enfermería de la Infancia y la Adolescencia”. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 2001.
- HERRIOT S. Jean. “Ginecología en pediatría y en la adolescente”. 4ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México 2000.
- LOWDERMIK, Perry, Bobak. “Enfermería Materno Infantil”. Tomo II. 6ª edición. Ed. Harcourt, Madrid 1998.
- MARTINEZ Y MARTINEZ. “La salud del niño y del adolescente”. 4ª edición. Ed. Manual Moderno, México Df. 20001.
- OLDS Sally B. “Enfermería Materno Infantil”. 4ª edición. Ed. Manual Moderno, México 1995.
- REEDER Sharon J. “Enfermería Materno Infantil”. 2ª edición. McGraw-Hill Interamericana, México 1995.
- ROMERO Maria Inés. “Curso de Salud y Desarrollo del Adolescente”. Universidad Católica de Chile. [WWW.binass.escuela.1070.htm](http://WWW.binass.escuela.1070.htm).
- SCOUT James R. “Tratado de Obstetricia y Neonatología de Danforth”. 6ª edición. McGraw-Hill Interamericana, Nueva York 1999.
- SILVERMAN, Dickason. “Enfermería Materno Infantil”. Volumen I. 2ª edición. Harcourt. Madrid 1998.
- TORTORA Gerard J. “Principios de Anatomía y Fisiología”. 9ª edición. Oxford México University Press 1999.
- MASSON. “Diccionario Terminológico de Ciencias Medicas”. 3ª edición. Barcelona 2002.

- VIDAL Guillermo. “Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría”. Ed. Médica Panamericana. Argentina 1995.
- Programa de Formación de Padres. “El Embarazo y el Bebe”. Vol. 1. Ediciones Culturales Internacionales. S.A. de C.V. México 2002.
- Pick de W. Susan. “Yo Adolescentes, Respuestas Claras a mis Grandes Dudas” 18ª edición. Ed. Planeta. México 2000.

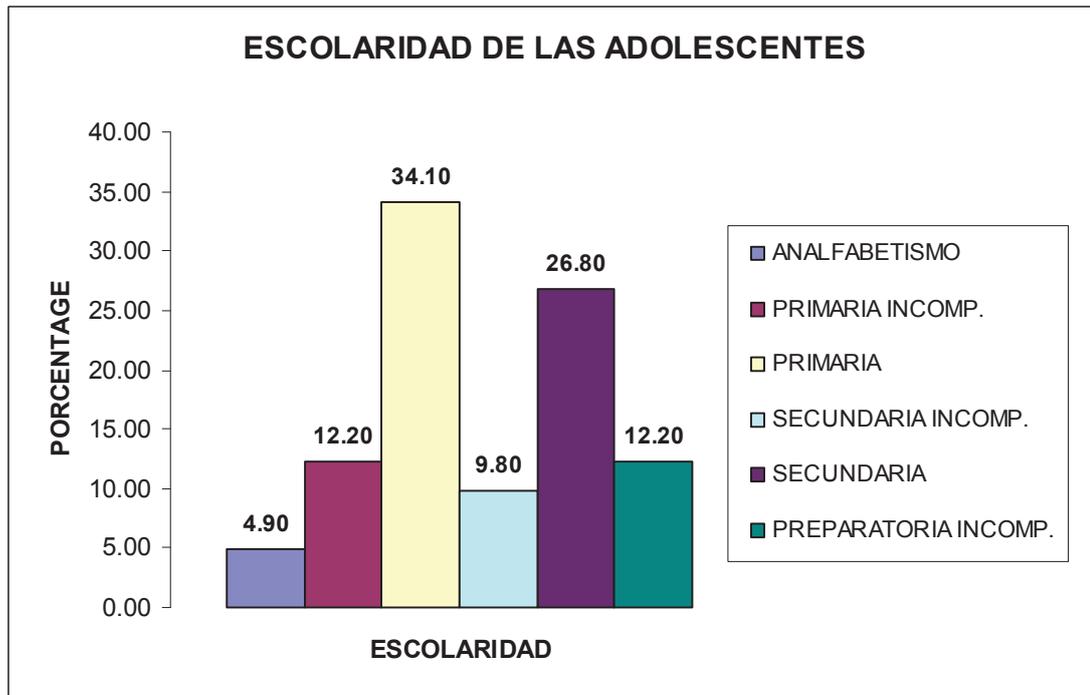
## XV. ANEXOS

### ANEXO 1: TABLAS Y GRAFICAS DE LOS RESULTADOS

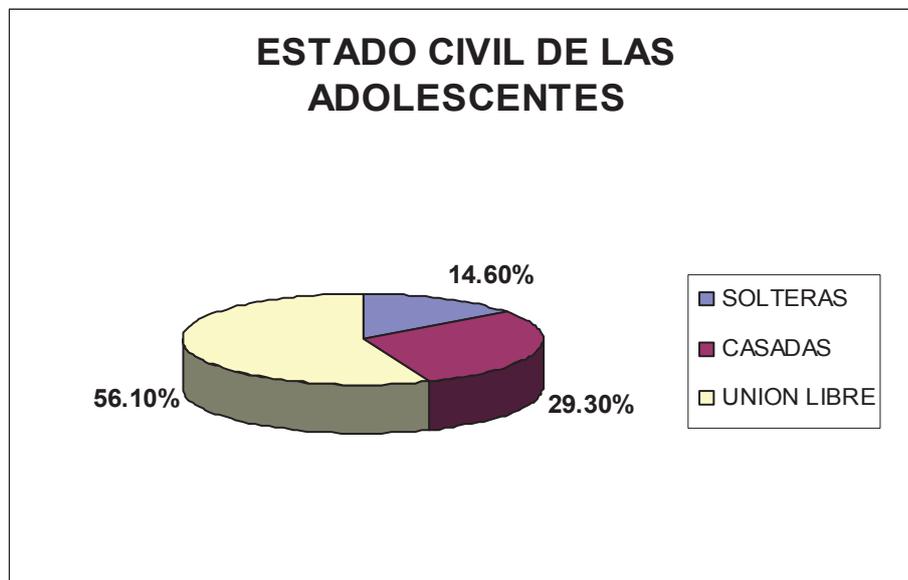
GRAFICA N° 1



GRAFICA N° 2



GRAFICA N° 3



GRAFICA N° 4

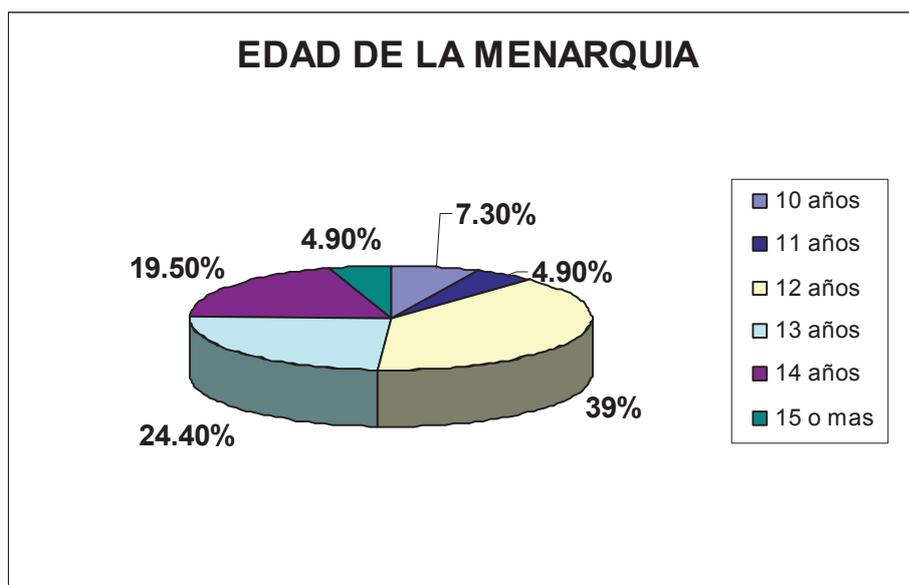


TABLA N° 1

**REPERCUSIONES BIOLÓGICAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE  
ACUDIERON AL H. R. O. # 33 DE TUXPAN EN AGOSTO DEL 2005.**

REPERCUSIONES BIOLÓGICAS	SI		NO	
	*FREC.	*PORCEN.	*FREC.	*PORCE.
Anemia Ferropénica	17	41.5 %	24	58.5 %
Infecciones Urinarias	17	41.5 %	24	58.5 %
Infecciones Cervicovaginales	19	46.3 %	22	53.7 %
Inadecuado Aumento de peso	10	24.4 %	31	75.6 %
Hemorragias Antes del Parto	0	0 %	41	100 %
Placenta Previa	0	0 %	41	100 %
Hipertensión Inducida por el Embarazo	3	7.3 %	38	92.7 %
Polihidramnios	0	0 %	41	100 %
Desprendimiento Prematuro de Placenta	0	0 %	41	100 %
Rotura Prematura de Membranas	8	19.5 %	33	80.5 %
Trabajo de Parto Pretérmino	1	2.4 %	40	97.6 %
Desproporción Cefalopélvica	3	7.3 %	38	92.7 %
Parto Prolongado	1	2.4 %	40	97.6 %
Abortos	0	0 %	41	100 %
Distocia de Partes Blandas	1	2.4 %	40	97.6 %
Oligohidramnios Severo	3	7.3 %	38	97.6 %
Trabajo de Parto Prolongado	1	2.4 %	40	97.6 %
Sufrimiento Fetal Agudo	2	4.9 %	39	95.1 %

\* Frecuencia

\*Porcentaje

TABLA N° 2

**CONCLUSIÓN DEL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL H. R. O. # 33 DE TUXPAN EN AGOSTO DEL 2005.**

<b>PARTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Parto Eutócico	21	51.2%
Cesáreas	11	26.8%
Embarazos no Concluidos	9	22.0%
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

TABLA N° 3

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE LAS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON AL H. R. O. # 33 DE TUXPAN EN AGOSTO DEL 2005.**

<b>ANTECEDENTES OBSTETRICOS</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Abortos anteriores	2	4.9 %	39	95.1%
Partos anteriores	6	14.6%	35	85.4%
Cesáreas previas	2	4.9%	39	95.1%

TABLA N° 4

**SENTIMIENTO DE CULPA POR ESTADO CIVIL**

			SENTIMIENTO DE CULPA				Total
			él	ninguno	los dos	la ignorancia	
ESTADO CIVIL	Solteras	FRECUENCIA	1		4	1	6
		% de Edo. Civil	16.7%		66.7%	16.7%	100.0%
		% de S. Culpa	100.0%		16.7%	100.0%	14.6%
		% del Total	2.4%		9.8%	2.4%	14.6%
	Casadas	FRECUENCIA		8	4		12
		% de Edo. Civil		66.7%	33.3%		100.0%
		% de S. Culpa		53.3%	16.7%		29.3%
		% del Total		19.5%	9.8%		29.3%
	Unión Libre	FRECUENCIA		7	16		23
		% de Edo. Civil		30.4%	69.6%		100.0%
		% de S. Culpa		46.7%	66.7%		56.1%
		% del Total		17.1%	39.0%		56.1%
Total	FRECUENCIA	1	15	24	1	41	
	% de Edo. Civil	2.4%	36.6%	58.5%	2.4%	100.0%	
	% de S. Culpa	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	2.4%	36.6%	58.5%	2.4%	100.0%	

GRAFICA N° 5

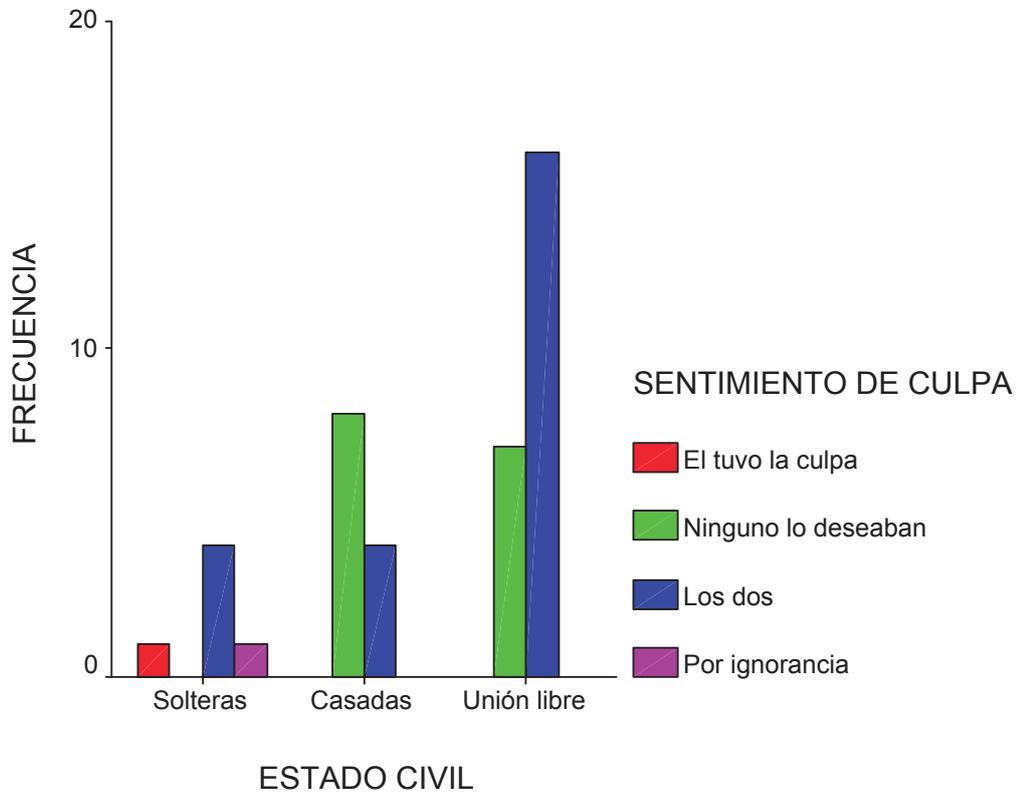


TABLA N° 5

**RECHAZO POR EL EMBARAZO DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL**

			RECHAZO			Total
			Pareja	Familia política	Aceptaron bien	
ESTADO CIVIL	Solteras	FRECUENCIA	5		1	6
		% del Edo. Civil	83.3%		16.7%	100.0%
		% de Rechazo	100.0%		2.9%	14.6%
		% del Total	12.2%		2.4%	14.6%
	Casadas	FRECUENCIA		1	11	12
		% del Edo. Civil		8.3%	91.7%	100.0%
		% de Rechazo		50.0%	32.4%	29.3%
		% del Total		2.4%	26.8%	29.3%
	Unión Libre	FRECUENCIA		1	22	23
		% del Edo. Civil		4.3%	95.7%	100.0%
		% de Rechazo		50.0%	64.7%	56.1%
		% del Total		2.4%	53.7%	56.1%
Total	FRECUENCIA	5	2	34	41	
	% del Edo. Civil	12.2%	4.9%	82.9%	100.0%	
	% de Rechazo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	12.2%	4.9%	82.9%	100.0%	

GRAFICA N° 6

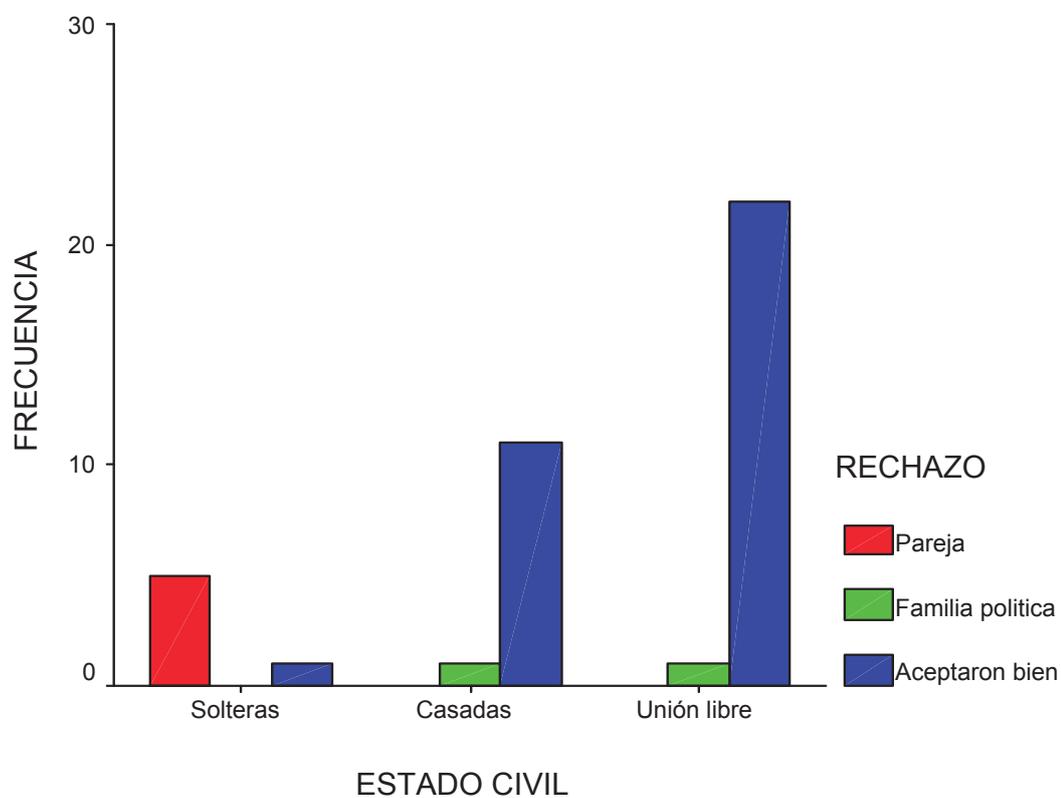


TABLA N° 6

**SENTIMIENTO DE SOLEDAD POR ESTADO CIVIL**

			SENTIMIENTO DE SOLEDAD			Total
			frecuente mente	algunas veces	nunca	
ESTADO CIVIL	Solteras	FRECUENCIA	2	4		6
		% de Edo. Civil	33.3%	66.7%		100.0%
		% de Soledad	40.0%	30.8%		14.6%
		% del Total	4.9%	9.8%		14.6%
	Casadas	FRECUENCIA		2	10	12
		% de Edo. Civil		16.7%	83.3%	100.0%
		% de Soledad		15.4%	43.5%	29.3%
		% del Total		4.9%	24.4%	29.3%
	Unión Libre	FRECUENCIA	3	7	13	23
		% de Edo. Civil	13.0%	30.4%	56.5%	100.0%
		% de Soledad	60.0%	53.8%	56.5%	56.1%
		% del Total	7.3%	17.1%	31.7%	56.1%
Total	FRECUENCIA	5	13	23	41	
	% de Edo. Civil	12.2%	31.7%	56.1%	100.0%	
	% de Soledad	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	12.2%	31.7%	56.1%	100.0%	

GRAFICA N° 7

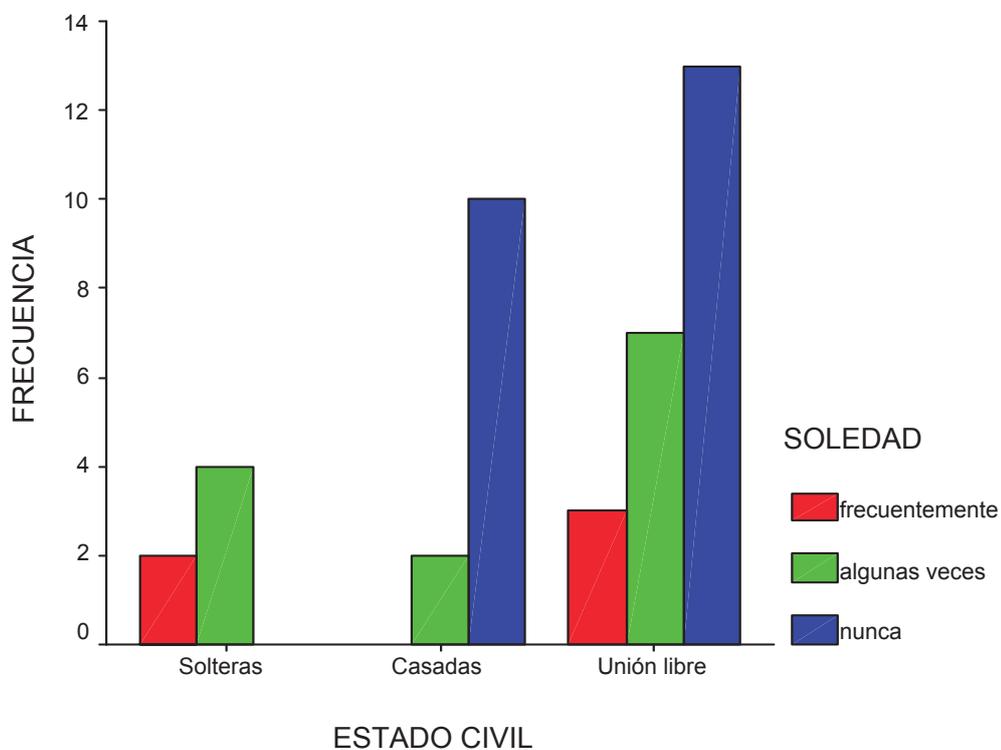


TABLA N° 7

**PRESENCIA DE SOLEDAD Y AISLAMIENTO**

			AISLAMIENTO			Total
			frecuente mente	algunas veces	nunca	
SOLEDAD	frecuentemente	FRECUENCIA	2	2	1	5
		% de Soledad	40.0%	40.0%	20.0%	100.0%
		% de Aislamiento	100.0%	20.0%	3.4%	12.2%
		% del Total	4.9%	4.9%	2.4%	12.2%
	algunas veces	FRECUENCIA		7	6	13
		% de Soledad		53.8%	46.2%	100.0%
		% de Aislamiento		70.0%	20.7%	31.7%
		% del Total		17.1%	14.6%	31.7%
	nunca	FRECUENCIA		1	22	23
		% de Soledad		4.3%	95.7%	100.0%
		% de Aislamiento		10.0%	75.9%	56.1%
		% del Total		2.4%	53.7%	56.1%
Total	FRECUENCIA		2	10	29	41
	% de Soledad		4.9%	24.4%	70.7%	100.0%
	% de Aislamiento		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del Total		4.9%	24.4%	70.7%	100.0%

GRAFICA N° 8

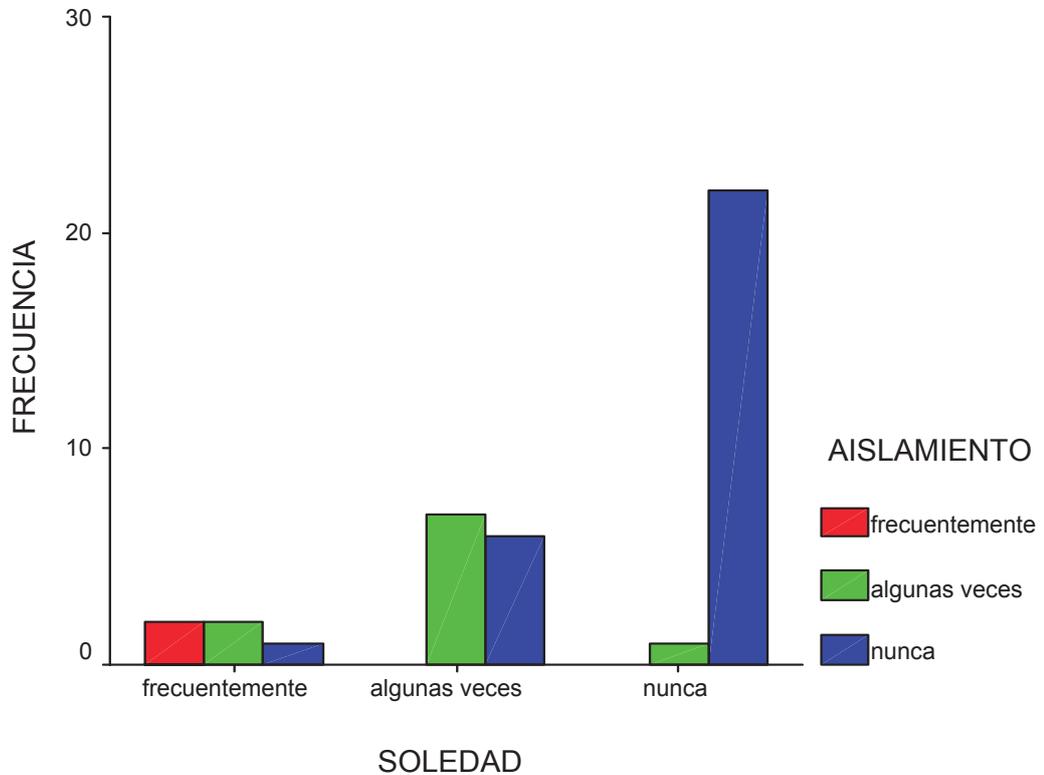


TABLA N° 8

PRESENCIA DE SOLEDAD E IDEAS DE AUTODESTRUCCION

			IDEAS DE AUTODESTRUCCION			Total
			frecuente mente	algunas veces	nunca	
SOLEDAD	frecuentemente	FRECUENCIA	1	2	2	5
		% de Soledad	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%
		% de Ideas de Autodestruccion	50.0%	15.4%	7.7%	12.2%
		% del Total	2.4%	4.9%	4.9%	12.2%
	algunas veces	FRECUENCIA	1	7	5	13
		% de Soledad	7.7%	53.8%	38.5%	100.0%
		% de Ideas de Autodestruccion	50.0%	53.8%	19.2%	31.7%
		% del Total	2.4%	17.1%	12.2%	31.7%
	nunca	FRECUENCIA		4	19	23
		% de Soledad		17.4%	82.6%	100.0%
		% de Ideas de Autodestruccion		30.8%	73.1%	56.1%
		% del Total		9.8%	46.3%	56.1%
Total	FRECUENCIA		2	13	26	41
	% de Soledad		4.9%	31.7%	63.4%	100.0%
	% de Ideas de Autodestruccion		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del Total		4.9%	31.7%	63.4%	100.0%

GRAFICA N° 9

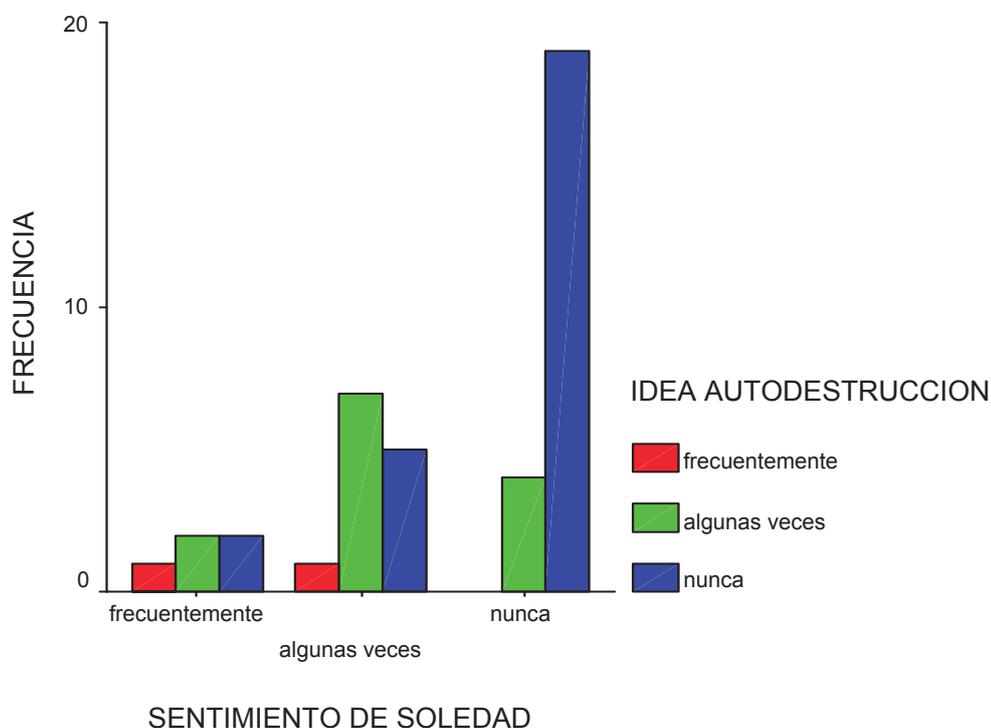


TABLA N° 9

PRESENCIA DE AISLAMIENTO E IDEAS DE AUTODESTRUCCION

			IDEAS DE AUTODESTRUCCION			Total
			frecuente mente	algunas veces	nunca	
AISLAMIENTO	frecuentemente	FRECUENCIA	1		1	2
		% de Aislamiento	50.0%		50.0%	100.0%
		% de Ideas de autodestruccion	50.0%		3.8%	4.9%
	algunas veces	FRECUENCIA	1	7	2	10
		% de Aislamiento	10.0%	70.0%	20.0%	100.0%
		% de Ideas de autodestruccion	50.0%	53.8%	7.7%	24.4%
	nunca	FRECUENCIA		6	23	29
		% de Aislamiento		20.7%	79.3%	100.0%
		% de Ideas de autodestruccion		46.2%	88.5%	70.7%
Total		FRECUENCIA	2	13	26	41
		% de Aislamiento	4.9%	31.7%	63.4%	100.0%
		% de Ideas de autodestruccion	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del Total	4.9%	31.7%	63.4%	100.0%

GRAFICA N° 10

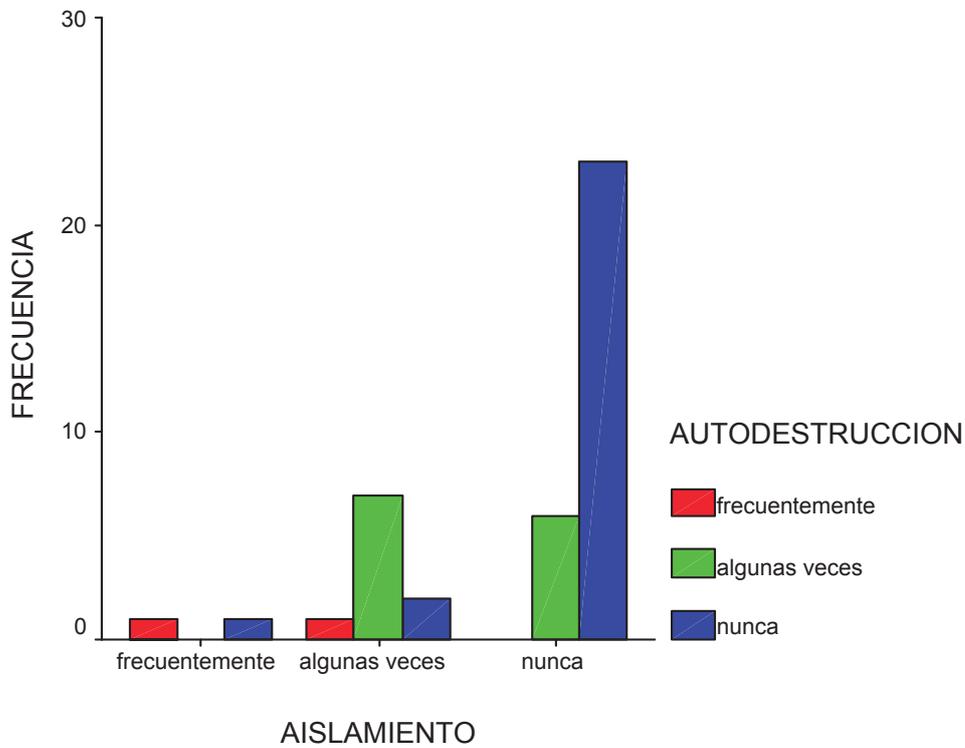


TABLA N° 10

**DEPRESION Y NIVEL DE AUTOESTIMA**

			NIVEL DE AUTOESTIMA			Total
			Baja (1-2)	Media (3-4)	Alta (5-6)	
ESCALA DE DEPRESION	Si hay depresión	FRECUENCIA	11	9	7	27
		% Nivel de Autoestima	40.7%	33.3%	25.9%	100.0%
		% de Depresión	100.0%	69.2%	41.2%	65.9%
		% del Total	26.8%	22.0%	17.1%	65.9%
	No hay depresión	FRECUENCIA		4	10	14
		% Nivel de Autoestima		28.6%	71.4%	100.0%
		% de Depresión		30.8%	58.8%	34.1%
		% del Total		9.8%	24.4%	34.1%
	Total	FRECUENCIA	11	13	17	41
% Nivel de Autoestima		26.8%	31.7%	41.5%	100.0%	
% de Depresión		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
% del Total		26.8%	31.7%	41.5%	100.0%	

GRAFICA N° 11

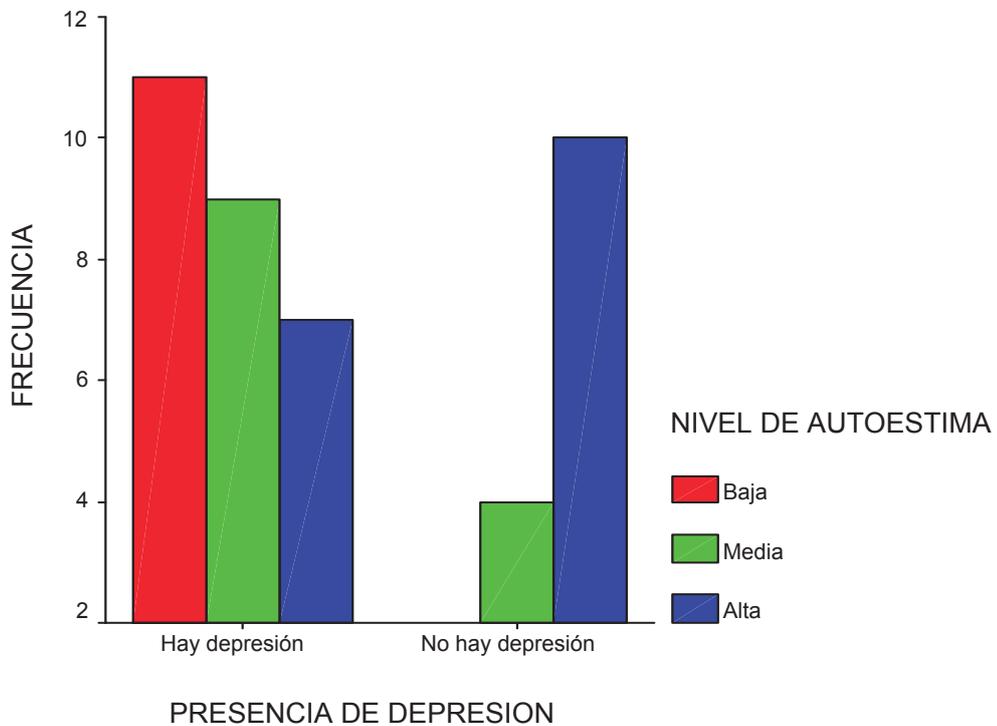


TABLA N° 11

ESTADO CIVIL CONDICIONADO POR EL EMBARAZO

			MATRIMONIO FORZADO			Total
			Permanecio Soltera	Decisión de Ambos	Ya vivían juntos	
ESTADO CIVIL	Solteras	FRECUENCIA	6			6
		% de Edo. Civil	100.0%			100.0%
		% de Matrimonio Forzado	100.0%			14.6%
		% del Total	14.6%			14.6%
	Casadas	FRECUENCIA		3	9	12
		% de Edo. Civil		25.0%	75.0%	100.0%
		% de Matrimonio Forzado		27.3%	37.5%	29.3%
		% del Total		7.3%	22.0%	29.3%
	Unión Libre	FRECUENCIA		8	15	23
		% de Edo. Civil		34.8%	65.2%	100.0%
		% de Matrimonio Forzado		72.7%	62.5%	56.1%
		% del Total		19.5%	36.6%	56.1%
Total	FRECUENCIA	6	11	24	41	
	% de Edo. Civil	14.6%	26.8%	58.5%	100.0%	
	% de Matrimonio Forzado	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	14.6%	26.8%	58.5%	100.0%	

GRAFICA N° 12

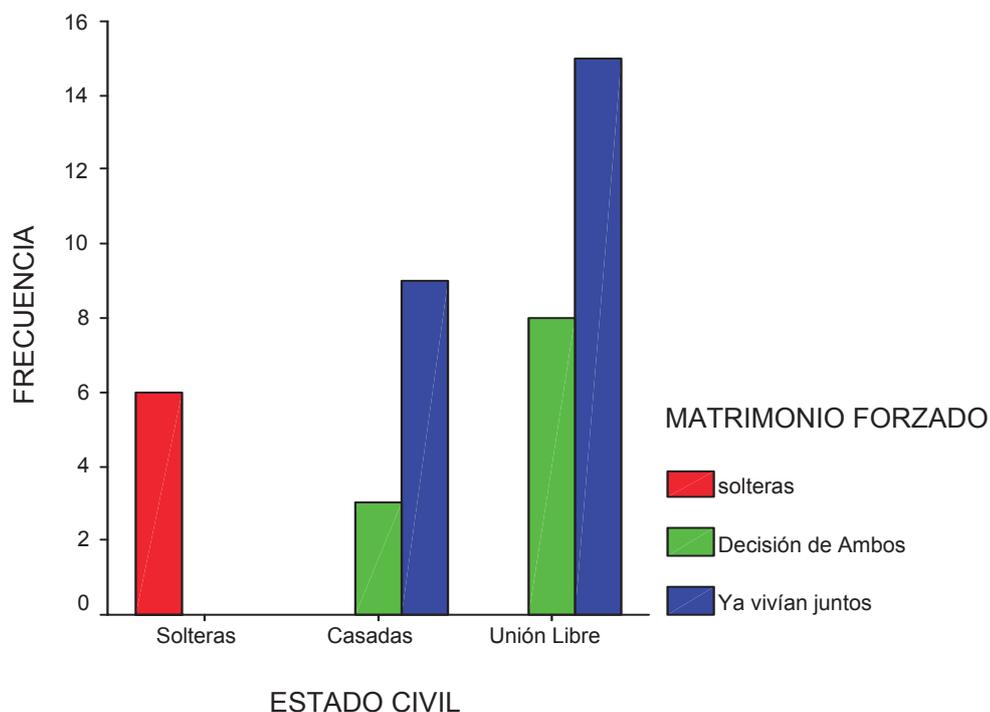


TABLA N° 12

ESCOLARIDAD Y DESERCIÓN ESCOLAR POR EL EMBARAZO

ESCOLARIDAD	DESERCIÓN ESCOLAR					Total
	Sin estudios	Secundaria	Preparatoria	Deserto antes	Primaria	
Analfabeta	2 100.0% 100.0% 4.9%					2 100.0% 4.9% 4.9%
Primaria Incompleta				4 80.0% 12.5% 9.8%	1 20.0% 100.0% 2.4%	5 100.0% 12.2% 12.2%
Primaria				14 100.0% 43.8% 34.1%		14 100.0% 34.1% 34.1%
Secundaria Incompleta		1 25.0% 100.0% 2.4%		3 75.0% 9.4% 7.3%		4 100.0% 9.8% 9.8%
Secundaria				11 100.0% 34.4% 26.8%		11 100.0% 26.8% 26.8%
Preparatoria Incompleta			5 100.0% 100.0% 12.2%			5 100.0% 12.2% 12.2%
Total	2 4.9% 100.0% 4.9%	1 2.4% 100.0% 2.4%	5 12.2% 100.0% 12.2%	32 78.0% 100.0% 78.0%	1 2.4% 100.0% 2.4%	41 100.0% 100.0% 100.0%

GRAFICA N° 13

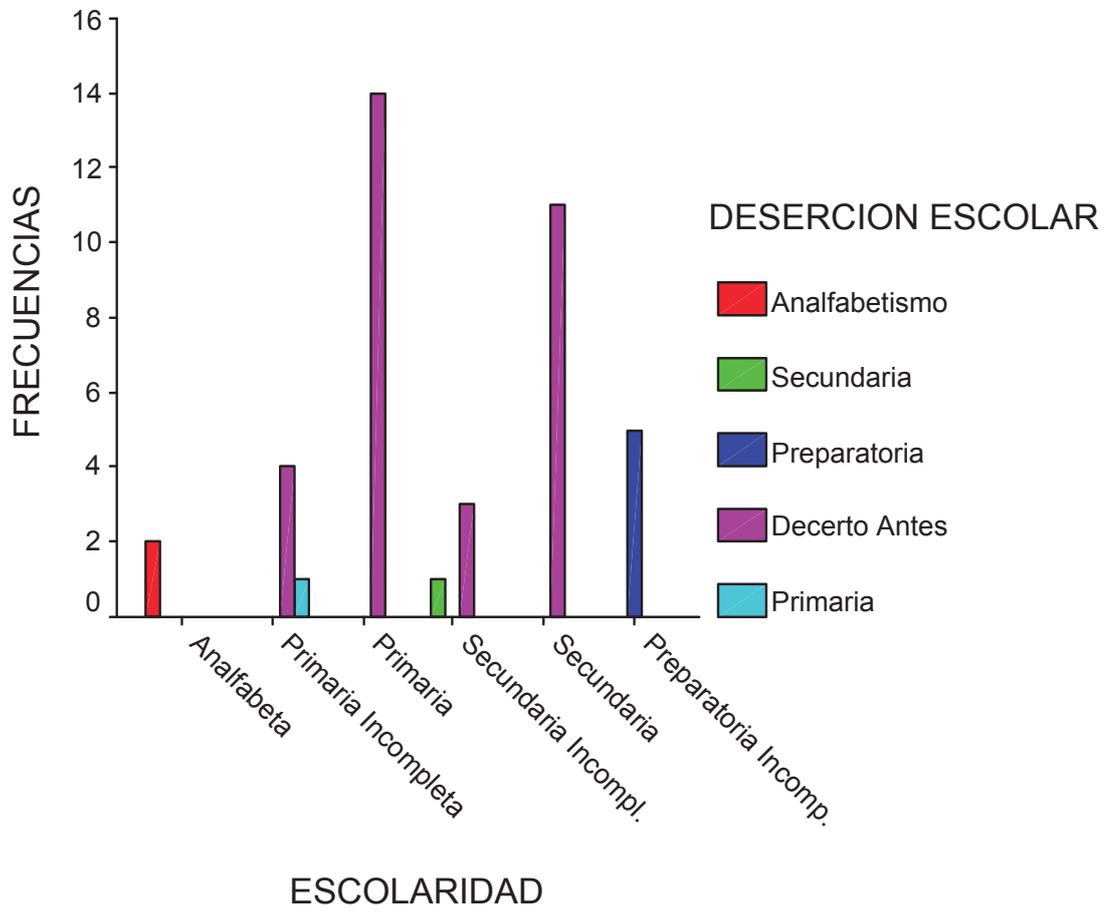


TABLA N° 13

DEPENDENCIA ECONOMICA Y CON QUIEN VIVEN

			CON QUIEN VIVEN				Total
			Papas	Familiar	Suegros	Solos	
DEPENDENCIA ECONOMICA	Papas	FRECUENCIA	5	1		1	7
		% de Dependencia \$	71.4%	14.3%		14.3%	100.0%
		% de con quien viven	50.0%	33.3%		10.0%	17.1%
		% del Total	12.2%	2.4%		2.4%	17.1%
	Pareja	FRECUENCIA	1	2	12	8	23
		% de Dependencia \$	4.3%	8.7%	52.2%	34.8%	100.0%
		% de con quien viven	10.0%	66.7%	66.7%	80.0%	56.1%
		% del Total	2.4%	4.9%	29.3%	19.5%	56.1%
	Trabajan ambos	FRECUENCIA				1	1
		% de Dependencia \$				100.0%	100.0%
		% de con quien viven				10.0%	2.4%
		% del Total				2.4%	2.4%
	Pareja y ayuda de	FRECUENCIA	3		6		9
		% de Dependencia \$	33.3%		66.7%		100.0%
		% de con quien viven	30.0%		33.3%		22.0%
		% del Total	7.3%		14.6%		22.0%
	"Ella y ayuda de"	FRECUENCIA	1				1
		% de Dependencia \$	100.0%				100.0%
		% de con quien viven	10.0%				2.4%
		% del Total	2.4%				2.4%
Total	FRECUENCIA	10	3	18	10	41	
	% de Dependencia \$	24.4%	7.3%	43.9%	24.4%	100.0%	
	% de con quien viven	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	24.4%	7.3%	43.9%	24.4%	100.0%	

GRAFICA N° 14

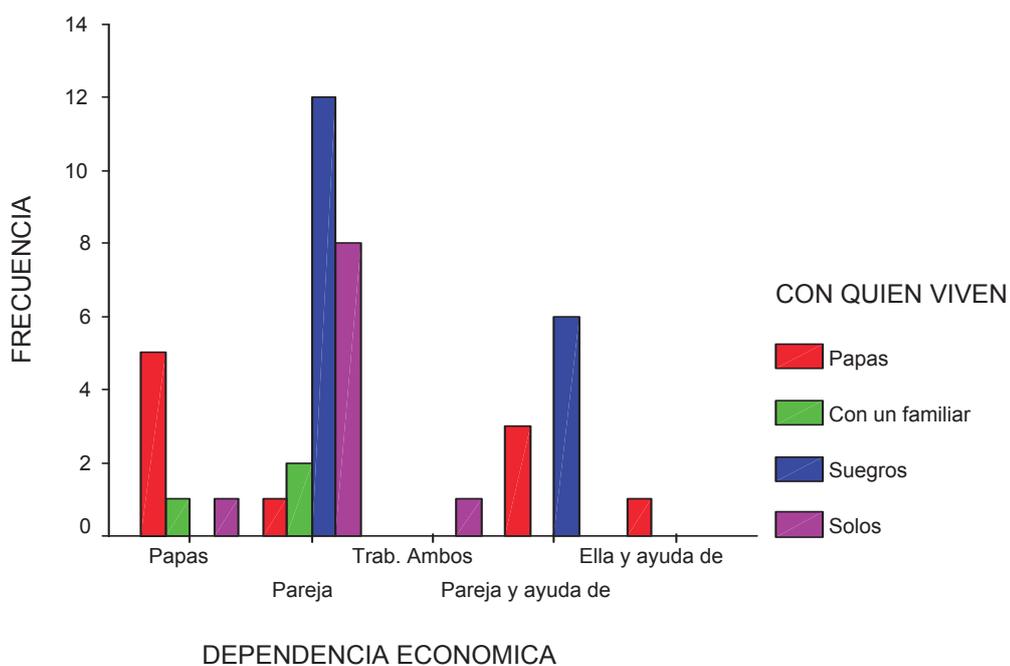


TABLA N° 14

CON QUIEN Y CON CUANTAS PERSONAS VIVEN

			NUMERO DE PERSONAS			Total
			5 y menos	6 a 10	11 y mas	
CON QUIEN VIVEN	Papás	FRECUENCIA	6	3	1	10
		% de Con quien viven	60.0%	30.0%	10.0%	100.0%
		% de Numero de personas	26.1%	25.0%	16.7%	24.4%
		% del Total	14.6%	7.3%	2.4%	24.4%
	Familiar	FRECUENCIA	1	2		3
		% de Con quien viven	33.3%	66.7%		100.0%
		% de Numero de personas	4.3%	16.7%		7.3%
		% del Total	2.4%	4.9%		7.3%
	Suegros	FRECUENCIA	6	7	5	18
		% de Con quien viven	33.3%	38.9%	27.8%	100.0%
		% de Numero de personas	26.1%	58.3%	83.3%	43.9%
		% del Total	14.6%	17.1%	12.2%	43.9%
Solos	FRECUENCIA	10			10	
	% de Con quien viven	100.0%			100.0%	
	% de Numero de personas	43.5%			24.4%	
	% del Total	24.4%			24.4%	
Total	FRECUENCIA	23	12	6	41	
	% de Con quien viven	56.1%	29.3%	14.6%	100.0%	
	% de Numero de personas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	56.1%	29.3%	14.6%	100.0%	

GRAFICA N° 15

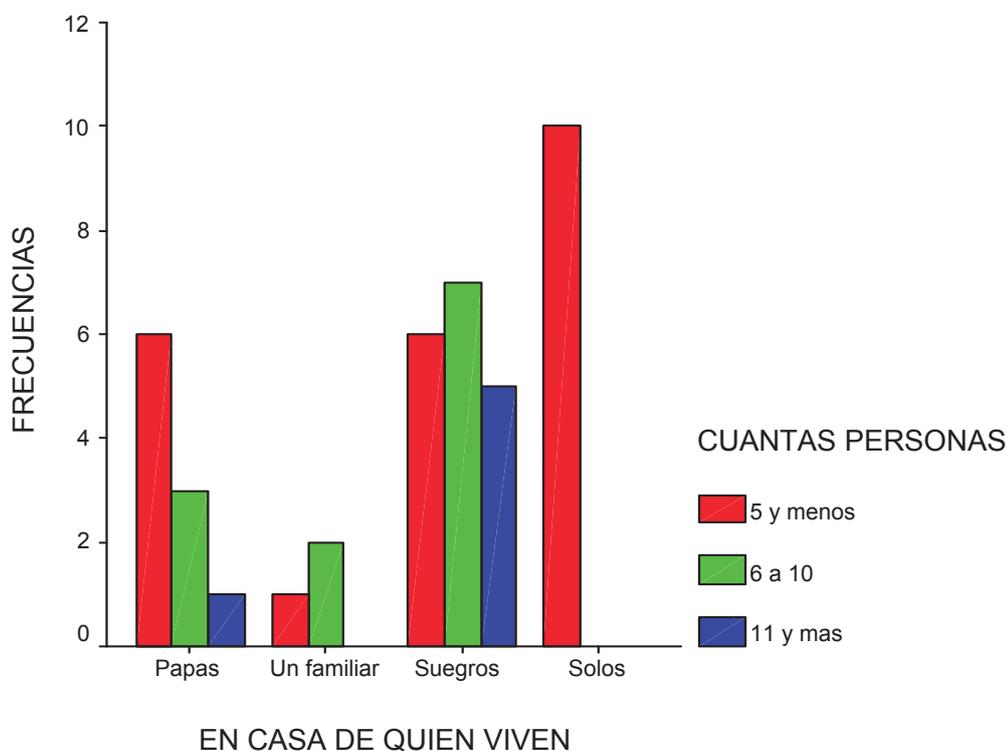


TABLA N° 15

ESPACIO QUE TIENEN PARA ELLAS DONDE VIVEN

			ESPACIO				Total
			Pequeño	Amplio	Cómodo	Incómodo	
CON QUIEN VIVEN	Papás	FRECUENCIA	1	3	4	2	10
		% de Con quien viven	10.0%	30.0%	40.0%	20.0%	100.0%
		% de Espacio	11.1%	60.0%	19.0%	33.3%	24.4%
		% del Total	2.4%	7.3%	9.8%	4.9%	24.4%
	Familiar	FRECUENCIA	1	1		1	3
		% de Con quien viven	33.3%	33.3%		33.3%	100.0%
		% de Espacio	11.1%	20.0%		16.7%	7.3%
	Suegros	FRECUENCIA	7	1	9	1	18
		% de Con quien viven	38.9%	5.6%	50.0%	5.6%	100.0%
		% de Espacio	77.8%	20.0%	42.9%	16.7%	43.9%
		% del Total	17.1%	2.4%	22.0%	2.4%	43.9%
	Solos	FRECUENCIA			8	2	10
% de Con quien viven				80.0%	20.0%	100.0%	
% de Espacio				38.1%	33.3%	24.4%	
% del Total				19.5%	4.9%	24.4%	
Total	FRECUENCIA	9	5	21	6	41	
	% de Con quien viven	22.0%	12.2%	51.2%	14.6%	100.0%	
	% de Espacio	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	22.0%	12.2%	51.2%	14.6%	100.0%	

GRAFICA N° 16

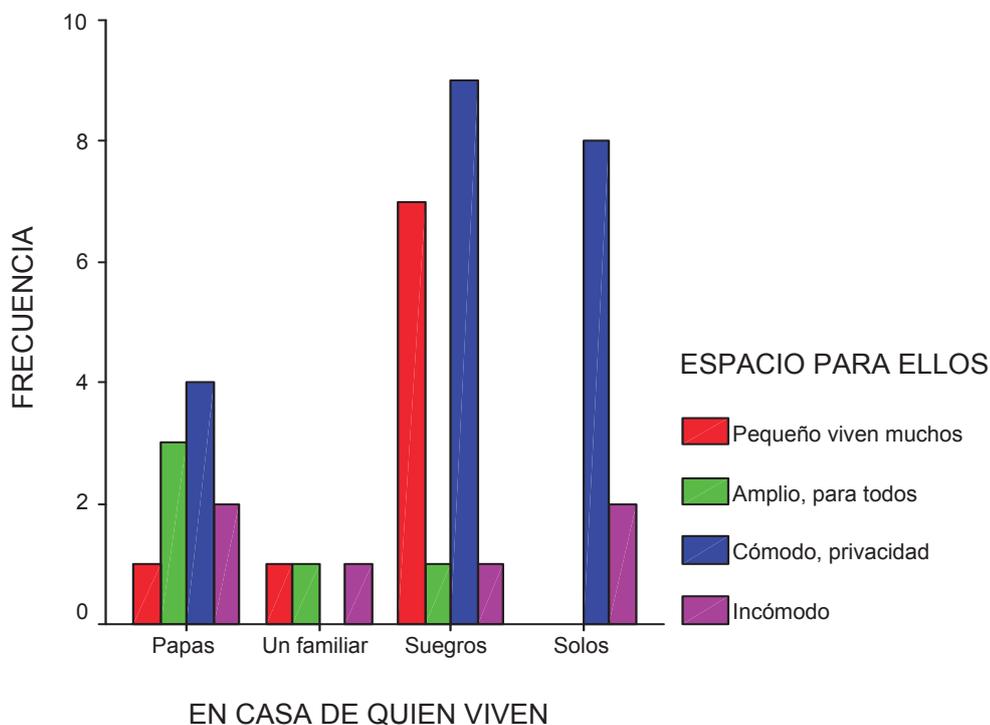


TABLA N° 16

**EDAD EN QUE INICIARON SU VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN LA QUE INICIARON VIDA EN PAREJA**

			EDAD EN QUE INICIARON VIDA EN PAREJA (MATRIMONIO)						Total	
			"soltera "	14 y menos	15 años	16 años	17 años	18 años		19 años
EDAD EN QUE INICIARON SU VIDA SEXUAL ACTIVA (VSA)	14 o menos	FRECUENCIA	2	4	2		2		1	11
		% de VSA	18.2%	36.4%	18.2%		18.2%		9.1%	100.0%
		% de Matrimonio	33.3%	100.0%	33.3%		25.0%		50.0%	26.8%
		% del Total	4.9%	9.8%	4.9%		4.9%		2.4%	26.8%
	15 años	FRECUENCIA			4	1				5
		% de VSA			80.0%	20.0%				100.0%
		% de Matrimonio			66.7%	14.3%				12.2%
		% del Total			9.8%	2.4%				12.2%
	16 años	FRECUENCIA	1			6		1		8
		% de VSA	12.5%			75.0%		12.5%		100.0%
		% de Matrimonio	16.7%			85.7%		12.5%		19.5%
		% del Total	2.4%			14.6%		2.4%		19.5%
	17 años	FRECUENCIA	1				6			7
		% de VSA	14.3%				85.7%			100.0%
		% de Matrimonio	16.7%				75.0%			17.1%
		% del Total	2.4%				14.6%			17.1%
	18 años	FRECUENCIA	2					7		9
		% de VSA	22.2%					77.8%		100.0%
		% de Matrimonio	33.3%					87.5%		22.0%
		% del Total	4.9%					17.1%		22.0%
19 años	FRECUENCIA							1	1	
	% de VSA							100.0%	100.0%	
	% de Matrimonio							50.0%	2.4%	
	% del Total							2.4%	2.4%	
Total	FRECUENCIA	6	4	6	7	8	8	2	41	
	% de VSA	14.6%	9.8%	14.6%	17.1%	19.5%	19.5%	4.9%	100.0%	
	% de Matrimonio	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	14.6%	9.8%	14.6%	17.1%	19.5%	19.5%	4.9%	100.0%	

GRAFICA N° 17

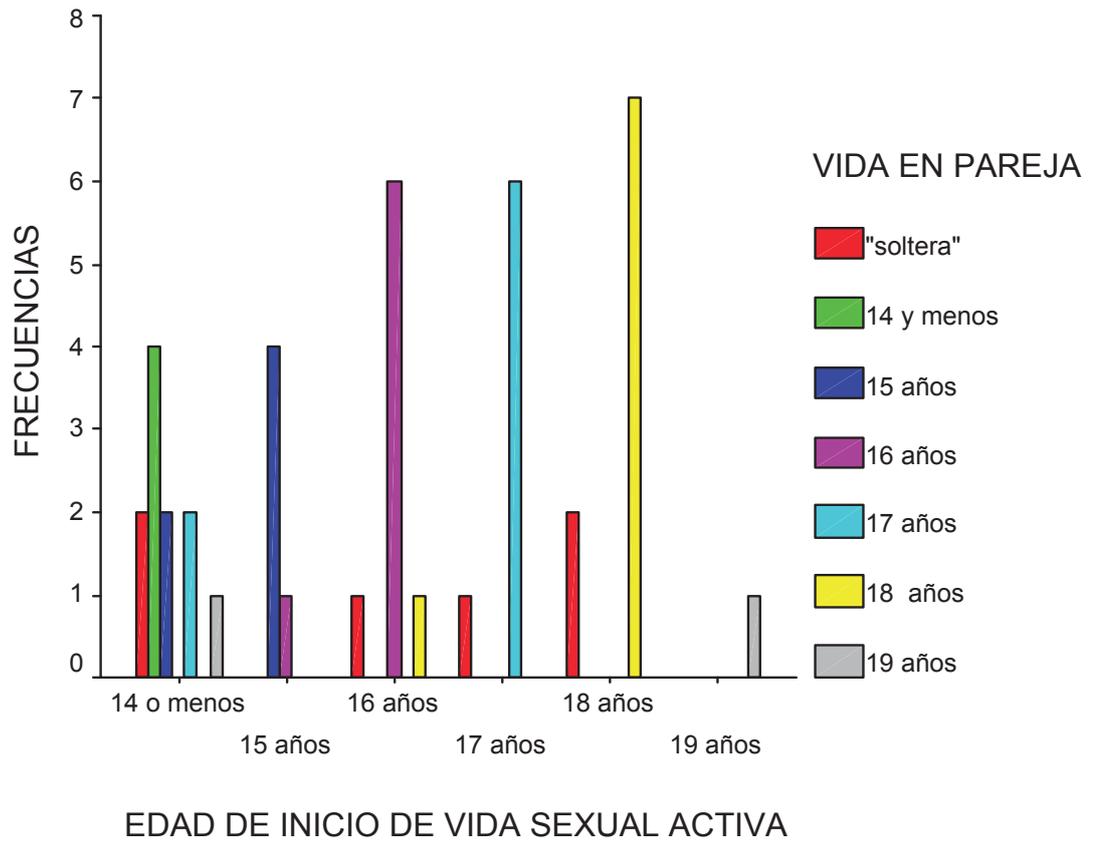


TABLA N° 17

**EDAD DE INICIO DE SU VIDA SEXUAL ACTIVA Y EN LA QUE TUVIERON SU PRIMER EMBARAZO**

			EDAD DEL PRIMER EMBARAZO						Total	
			13 años	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años		19 años
EDAD DE INICIO DE SU VIDA SEXUAL ACTIVA (VSA)	14 o menos	FRECUENCIA	1	3	3	1	2		1	11
		% de edad de VSA	9.1%	27.3%	27.3%	9.1%	18.2%		9.1%	100.0%
		% edad del 1er Emb	100.0%	100.0%	60.0%	11.1%	22.2%		16.7%	26.8%
		% del Total	2.4%	7.3%	7.3%	2.4%	4.9%		2.4%	26.8%
	15 años	FRECUENCIA			2	2	1			5
		% de edad de VSA			40.0%	40.0%	20.0%			100.0%
		% edad del 1er Emb			40.0%	22.2%	11.1%			12.2%
		% del Total			4.9%	4.9%	2.4%			12.2%
	16 años	FRECUENCIA				6	2			8
		% de edad de VSA				75.0%	25.0%			100.0%
		% edad del 1er Emb				66.7%	22.2%			19.5%
		% del Total				14.6%	4.9%			19.5%
17 años	FRECUENCIA					4	2	1	7	
	% de edad de VSA					57.1%	28.6%	14.3%	100.0%	
	% edad del 1er Emb					44.4%	25.0%	16.7%	17.1%	
	% del Total					9.8%	4.9%	2.4%	17.1%	
18 años	FRECUENCIA						6	3	9	
	% de edad de VSA						66.7%	33.3%	100.0%	
	% edad del 1er Emb						75.0%	50.0%	22.0%	
	% del Total						14.6%	7.3%	22.0%	
19 años	FRECUENCIA							1	1	
	% de edad de VSA							100.0%	100.0%	
	% edad del 1er Emb							16.7%	2.4%	
	% del Total							2.4%	2.4%	
Total	FRECUENCIA	1	3	5	9	9	8	6	41	
	% de edad de VSA	2.4%	7.3%	12.2%	22.0%	22.0%	19.5%	14.6%	100.0%	
	% edad del 1er Emb	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del Total	2.4%	7.3%	12.2%	22.0%	22.0%	19.5%	14.6%	100.0%	

GRAFICA N° 18

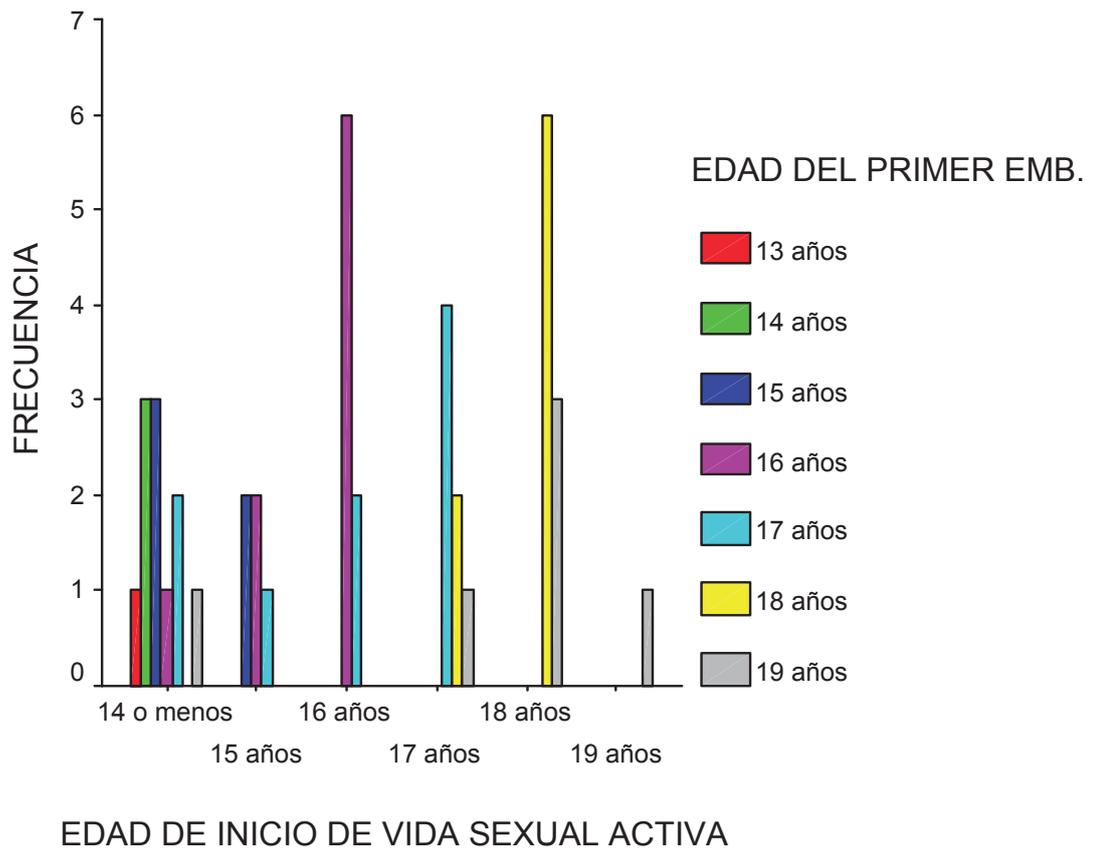
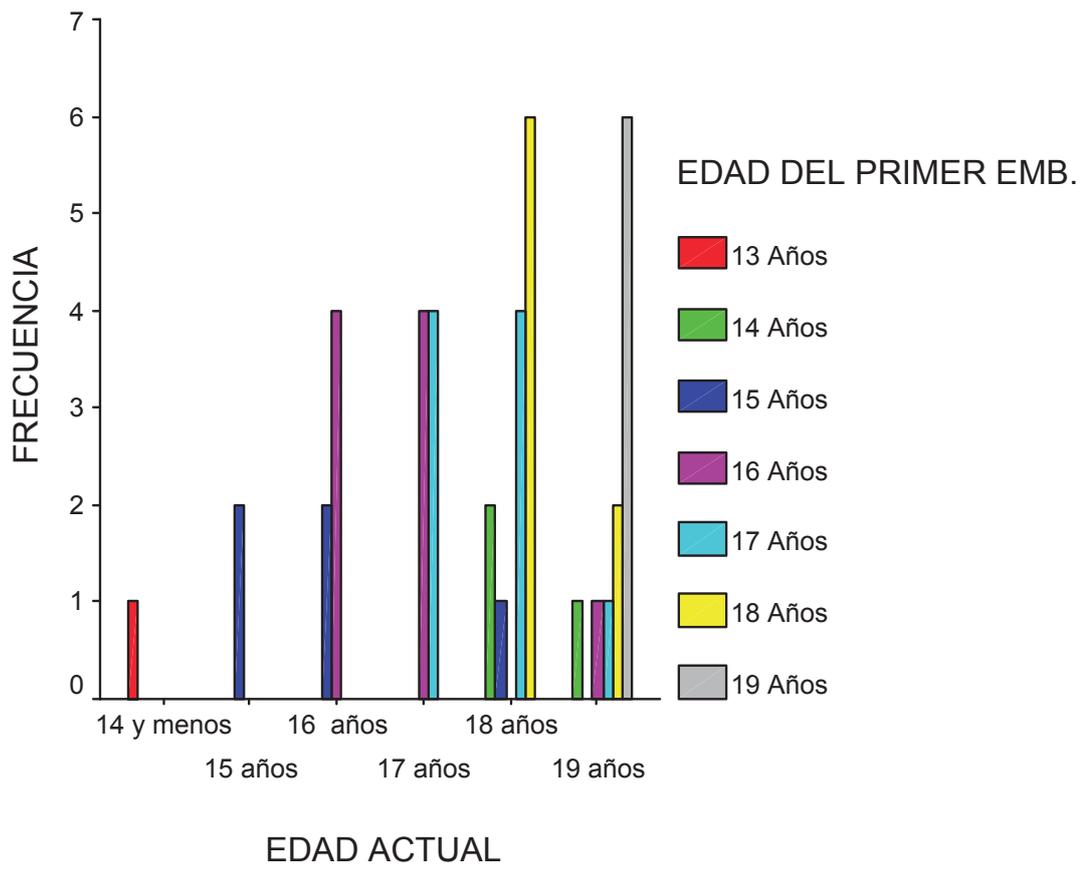


TABLA N° 18

EDAD ACTUAL Y EDAD DEL PRIMER EMBARAZO

			EDAD DEL PRIMER EMBARAZO						Total	
			13	14	15	16	17	18	19	
EDAD ACTUAL	14 y menos	FRECUENCIA	1							1
		% de Edad actual	100.0%							100.0%
		% de Edad del 1er Emb.	100.0%							2.4%
		% del Total	2.4%							2.4%
15 años	FRECUENCIA	FRECUENCIA			2					2
		% de Edad actual			100.0%					100.0%
		% de Edad del 1er Emb.			40.0%					4.9%
		% del Total			4.9%					4.9%
16 años	FRECUENCIA	FRECUENCIA			2	4				6
		% de Edad actual			33.3%	66.7%				100.0%
		% de Edad del 1er Emb.			40.0%	44.4%				14.6%
		% del Total			4.9%	9.8%				14.6%
17 años	FRECUENCIA	FRECUENCIA				4	4			8
		% de Edad actual				50.0%	50.0%			100.0%
		% de Edad del 1er Emb.				44.4%	44.4%			19.5%
		% del Total				9.8%	9.8%			19.5%
18 años	FRECUENCIA	FRECUENCIA		2	1		4	6		13
		% de Edad actual		15.4%	7.7%		30.8%	46.2%		100.0%
		% de Edad del 1er Emb.		66.7%	20.0%		44.4%	75.0%		31.7%
		% del Total		4.9%	2.4%		9.8%	14.6%		31.7%
19 años	FRECUENCIA	FRECUENCIA		1		1	1	2	6	11
		% de Edad actual		9.1%		9.1%	9.1%	18.2%	54.5%	100.0%
		% de Edad del 1er Emb.		33.3%		11.1%	11.1%	25.0%	100.0%	26.8%
		% del Total		2.4%		2.4%	2.4%	4.9%	14.6%	26.8%
Total	FRECUENCIA	FRECUENCIA	1	3	5	9	9	8	6	41
		% de Edad actual	2.4%	7.3%	12.2%	22.0%	22.0%	19.5%	14.6%	100.0%
		% de Edad del 1er Emb.	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% del Total	2.4%	7.3%	12.2%	22.0%	22.0%	19.5%	14.6%	100.0%

GRAFICA N° 19



## ANEXO 2: INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA RECOLECCION DE DATOS

### Encuesta para mujeres:

La información recabada en esta encuesta será estrictamente confidencial y se utilizara únicamente para la estructuración de esta investigación.

Nombre:

1. Edad: a) 14 años y menos      b) 15      c) 16      d) 17      e) 18      f) 19
2. Hasta que estudiaste:  
a) Primaria      b) Secundaria      c) Preparatoria o equivalente      d) Otro:
3. Estado civil:  
a) Soltera      b) Casada      c) Unión libre
4. ¿A que edad te casaste?  
a) 14 años o menos      b) 15      c) 16      d) 17      e) 18      f) 19
5. ¿A que edad empezaste a menstruar?  
a) 10 años o menos      b) 11      c) 12      d) 13      e) 14      f) 15 o mas
6. ¿A que edad tuviste tu primera relación sexual?  
a) 14 años o menos      b) 15      c) 16      d) 17      e) 18      f) 19
7. ¿Quién se encarga de pagar todos tus gastos?  
a) Mis papas      d) Yo sola      g) Yo con ayuda de:  
b) Los padres de mi pareja      e) Mi pareja y yo  
c) Mi pareja      f) Mi pareja con ayuda de:
8. ¿En casa de quien vives?  
a) Casa de mis papas      b) Casa de mis suegros      c) Vivimos solos  
d) Con un familiar      e) Con un conocido      f) vivo sola
9. ¿Cuántas personas viven contigo?  
a) 5 y menos      b) 6 a 10      c) 11 y más
10. ¿Cómo es el espacio para ti en la casa donde vives?  
a) Es pequeño, vivimos muchos y amontonados.  
b) Es amplio y suficiente para vivir todos.  
c) Es cómodo, tengo privacidad.  
d) Es incomodo, no hay privacidad.
11. ¿Dejaste de estudiar por tu embarazo?  
a) Si, deje la secundaria.  
b) Si, deje la preparatoria.  
c) Si, ya no pude continuar en la universidad.  
d) No, deje de estudiar antes.  
e) No, sigo estudiando.

12. ¿Alguien te ha rechazado o no te acepta por tu embarazo?
- Si, mi pareja.
  - Si, alguien de mi familia.
  - Si, alguien de la familia de mi pareja.
  - Si, mis amistades.
  - Si, todos los anteriores.
  - No, todos aceptaron bien mi embarazo.
13. ¿Por tu embarazo los obligaron a casarse o a vivir en unión libre?
- Si, en nuestra familia decidieron que era lo mejor.
  - No, nos casamos o vivimos en unión libre por el embarazo por que así lo decidimos los dos.
  - No, vivíamos casados o en unión libre antes del embarazo.
14. ¿Trabajas?
- |       |           |                          |
|-------|-----------|--------------------------|
| a) Si | ¿En que?  | Cuanto ganas a la semana |
| b) No | ¿Por qué? |                          |
15. ¿Te has sentido avergonzada cuando los demás se dan cuenta de tu embarazo?
- Frecuentemente
  - Algunas veces
  - Nunca
16. ¿Te arrepientes de estar embarazada?
- Frecuentemente
  - Algunas veces
  - Nunca
17. ¿Quién crees que es el responsable de que te hallas embarazado?
- El es el responsable
  - Yo lo soy
  - Los dos
  - Ninguno, lo deseábamos
  - La ignorancia
18. Te has sentido sola, alejada de tus seres queridos, sientes que no cuentas con alguien o sientes una sensación de estar vacía por dentro.
- Frecuentemente
  - Algunas veces
  - Nunca
19. Intentas apartarte de los demás para de quedarte sola y que nadie te vea o sin ganas de hablar con nadie.
- Frecuentemente
  - Algunas veces
  - Nunca
20. Has imaginado o pensado que te pasa algo malo o que te haces daño a ti misma.
- Frecuentemente
  - Algunas veces
  - Nunca
21. Hiciste algún intento por perder a tu bebe.
- Si
  - No
- ¿Que hiciste?
22. Durante tu embarazo alguien te llevo a golpear en cualquier parte del cuerpo, a darte empujones o uso algún objeto para lastimarte.
- Frecuentemente
  - algunas veces
  - Nunca
23. Te hablan a gritos, con insultos, se han burlado de ti, te critican por tu embarazo.
- Frecuentemente
  - algunas veces
  - Nunca

### Encuesta para hombres:

La información recabada en esta encuesta será estrictamente confidencial y se utilizara únicamente para la estructuración de esta investigación.

Nombre:

1. Edad:  
a) 14 años y menos                      b) 15                      c) 16                      d) 17                      e) 18                      f) 19
2. Hasta que estudiaste:  
a) Primaria                      b) Secundaria                      c) Preparatoria o equivalente                      d) Otro:
3. Estado civil:  
a) Soltero                      b) Casado                      c) Unión libre
4. ¿A que edad te casaste o comenzaste a vivir en unión libre?  
a) 14 años o menos                      b) 15                      c) 16                      d) 17                      e) 18                      f) 19
5. ¿A que edad tuviste tu primera relación sexual?  
a) 14 años o menos                      b) 15                      c) 16                      d) 17                      e) 18                      f) 19
6. ¿Quién se encarga de pagar todos tus gastos y los de tu pareja?  
a) Mis papas                      b) Yo solo                      c) Yo con ayuda de:
7. ¿En casa de quien vives?  
a) Casa de mis papas                      b) Casa de mis suegros                      c) Vivimos solos  
d) Con un familiar                      e) Con un conocido                      f) vivo solo
8. ¿Cuántas personas viven contigo?  
a) 5 y menos                      b) 6 a 10                      c) 11 y más
9. ¿Cómo es el espacio para ti en la casa donde vives?  
a) Es pequeño, vivimos muchos y amontonados.  
b) Es amplio y suficiente para vivir todos.  
c) s cómodo, tengo privacidad.  
d) Es incomodo, no hay privacidad.
10. ¿Dejaste de estudiar a causa del embarazo?  
a) Si, deje la secundaria.  
b) Si, deje la preparatoria.  
c) Si, ya no pude continuar en la universidad.  
d) No, deje de estudiar antes del embarazo o casarme.  
e) No, sigo estudiando.
11. ¿Alguien te ha rechazado o no te acepta por tu embarazo?  
a) Si, mi pareja.  
b) Si, alguien de mi familia.  
c) Si, alguien de la familia de mi pareja.  
d) Si, mis amistades.  
e) Si, todos los anteriores.  
f) No, todos aceptaron bien mi embarazo.



### **Instrumento utilizado para valorar nivel de autoestima.**

La información recabada en este cuestionario será estrictamente confidencial y se utilizara únicamente para la estructuración de la investigación. Tu nombre solo se utilizara con el fin de identificar el cuestionario y se mantendrá en secreto.

Contesta lo honestamente lo que se te pide señalando con una "X" la letra negra de la respuesta con la que te identifiques.

Nombre:

Cuando tienes oportunidad de ir a una fiesta, a un baile o a una reunión con tu familia, ¿Qué haces?

- a) Prefiero no ir a menos que me insista alguien para que valla, casi no me divierto. No me gustan las fiestas.
- b) Voy, trato de que los demás y yo la pasemos bien y nos divirtamos lo más posible. Me gusta hacer algo para divertirme.

¿Que piensas de tu vida?

- a) Que es difícil, nunca faltan los problemas, me gustaría que fuera diferente.
- b) Es maravillosa, hay que hacer siempre lo posible por salir adelante y disfrutar la vida al máximo.

Cuando tienes un problema que solo tu sabes, ¿Que prefieres hacer?

- a) Prefiero que nadie lo sepa y mantenerlo en secreto, se lo cuento a alguien a menos que sea necesario. Me cuesta trabajo hablar de mis cosas.
- b) Prefiero contárselo a alguien de confianza, eso me ayuda a pensar y sentirme mejor, comúnmente no me cuesta trabajo contar mis cosas.

Si pudieras cambiar algo de tu aspecto físico ¿Qué cambiarías?

- a) Me gustaría cambiar muchas cosas, eso me haría sentir mejor.
- b) Me gustaría cambiar algo, pero creo que eso no es importante
- c) No cambiaria nada, me gusta como soy.

Cuando alguien de tus seres queridos te hace una muestra de cariño como un abrazo, una palmadita, un beso o te dice una palabra de cariño. ¿Qué sientes?

- a)** Siento raro o me siento incomoda, no me gusta ni estoy acostumbrada, yo no demuestro el cariño a los demás.
- b)** Me agrada mucho, me hacen sentir bien y sobre todo que me quieren, yo también les demuestro a los demás que los quiero eso es importante.

¿Has tenido éxitos en tu vida?

- a)** No, las cosas que yo he hecho no son importantes ni valen tanto la pena.
- b)** No lo se, no he hecho la gran cosa.
- c)** Si, todo lo que yo he hecho es importante y vale la pena.

## Instrumento utilizado para valorar depresión

La información recabada en este cuestionario será estrictamente confidencial y se utilizara únicamente para la estructuración de la investigación. Tu nombre solo se utilizara con el fin de identificar el cuestionario y se mantendrá en secreto.

Contesta honestamente si durante los 2 últimos meses o por más días has sentido lo que a continuación se te pregunta; señala con una "X" la letra negra de la respuesta con la que te identifiques.

Nombre:

1. ¿Te has sentido sin ánimo, triste o con deseos de llorar?  
a) Si, frecuentemente                      c) Si, algunas veces  
b) Si, casi todo el tiempo                  d) Nunca
2. ¿Prefieres quedarte en casa sola, no hacer planes, en lugar de salir y hacer cosas divertidas?  
a) Si, frecuentemente                      c) Si, algunas veces  
b) Si, casi todo el tiempo                  d) Nunca
3. ¿Piensas que las personas que te rodean estarían mejor si tú no estuvieras?  
a) Si, frecuentemente                      c) Si, algunas veces  
b) Si, casi todo el tiempo                  d) Nunca
4. Tienes problemas para dormir, como por ejemplo: duermes más de lo acostumbrado, duermes durante el día, te cuesta trabajo quedarte dormida o despiertas varias veces durante la noche.  
a) Si, frecuentemente                      c) Si, algunas veces  
b) Si, casi todo el tiempo                  d) Nunca
5. ¿Has tenido pocas ganas de comer o comes más de lo acostumbrado?  
a) Si, frecuentemente                      c) Si, algunas veces  
b) Si, casi todo el tiempo                  d) Nunca
6. ¿Te cuesta trabajo acordarte de las cosas o te sientes distraída?  
a) Si, Frecuentemente                      c) Si, algunas veces  
b) Si, casi todo el tiempo                  d) Nunca
7. ¿Has padecido últimamente molestias como por ejemplo: dolor de cabeza, dolor de estomago, estreñimiento, dolor en el cuerpo, o cualquier otra molestia sin explicación?  
a) Si, frecuentemente                      c) Si, algunas veces  
b) Si, casi todo el tiempo                  d) Nunca

**Lista de cotejo utilizada para identificar las repercusiones biológicas del embarazo**

Nombre:

Numero de embarazos:

Edad del primer embarazo:

Abortos:

Partos:

Cesáreas:

VARIABLE	SI	NO	OBSERVACIONES
Anemia Ferropénica			
Infección Urinaria			
Cervicovaginitis			
Inadecuado Aumento de Peso			
Hemorragias Antes del Parto			
Hipertensión Inducida por el Embarazo			
Polihidramnios			
Placenta Previa			
Desprendimiento Prematuro de Placenta			
Rotura Prematura de Membranas			
Parto Pretérmino			
Desproporción Cefalopélvica			
Parto Prolongado			
Aborto			
Parto	Vaginal	Fórceps	Cesárea
Otro:			

### ANEXO 3: GLOSARIO DE TERMINOS

- **ADOLESCENTE:** Lat. Adolescentis, hombre joven. Hombre o mujer que vive la etapa de la adolescencia entre los 10 y 19 años de edad.
- **AISLAMIENTO:** Apartarse, quedarse solo y separado de otras cosas, sin comunicación, evitando los contactos interpersonales y la ampliación social.
- **ANEMIA FERROPENICA:** Disminución por debajo de las cifras normales de hemoglobina y hematocrito, producida por el déficit de hierro.
- **ARREPENTIMIENTO:** Pesar o causar tristeza por haber hecho o haber dejado de hacer algo.
- **AUTOESTIMA:** Es la valoración, opinión el sentimiento que cada uno tiene acerca de si mismo, de los actos, los propios valores y las propias conductas.
- **CULPA:** Sentimiento de responsabilidad por un daño causado, originado por una acción o una omisión.
- **DEPRESIÓN:** Enfermedad que afecta el estado de animo, los pensamientos y el organismo, que afecta la forma de comer, dormir, de ver la vida en general y lo que se opina de si mismo.
- **DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA:** Separación placentaria desde un sitio de implantación normal antes de que se expulse el feto.
- **FANTASIAS DE AUTODESTRUCCIÓN:** Facultad que tiene el ánimo de representar por medio de imágenes las ideas de destruirse así mismo.
- **HEMORRAGIAS ANTES DEL PARTO:** Hemorragia por el conducto del parto después de las 20 semanas de embarazo y antes del nacimiento del producto.
- **HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO:** Síndrome hipertensivo específico de la gestación que aprese tan solo en el embarazo de la mujer, se divide en preeclampsia leve o grave y en eclampsia.
- **INFECCIONES URINARIAS:** Infección que abarca tanto la colonización microbiana asintomática de la orina, como la infección sintomática con invasión microbiana e inflamación de las estructuras de las vías urinarias.
- **INADECUADO AUMENTO DE PESO:** Excesivo o deficiente incremento de peso en la mujer durante el embarazo en relación con el promedio del aumento de peso para la mujer durante la gestación.

- **PARTO PROLONGADO:** Paro que dura mas de lo normal en promedio 12 horas para multíparas y 24 horas para nulíparas.
- **PLACENTA PREVIA:** Inserción viciosa de la placenta en el segmento inferior del utero.
- **POLIHIDRAMNIOS:** Exceso de liquido amniótico.
- **REPERCUSIONES BIOLÓGICAS:** Presencia de complicaciones durante el embarazo y parto, tales como: anemia ferropénica, infecciones urinarias, cervicovaginitis, inadecuado aumento de peso, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, hemorragias antes del parto, polihidramnios, rotura prematura de membranas, parto pretérmino, parto prolongado, hipertensión inducida por el embarazo, desproporción cefalopélvica, aborto, parto eutócico y distócico.
- **REPERCUSIONES SOCIAL:** Alteraciones desfavorables en el trato con las personas con que conviven o se relacionan en su medio los adolescentes a causa del embarazo, tales como: dependencia económica, subempleo, desempleo, promiscuidad o hacinamiento, matrimonio forzado, rechazo, deserción escolar.
- **REPERCUSIONES PSICOLOGICAS:** Efectos desfavorables el proceso de desarrollo psicológico y alteraciones negativas en el estado de animo de los adolescentes a causa del embarazo, tales como: sentimientos de culpa, vergüenza, arrepentimiento, soledad, aislamiento, rechazo, intentos de aborto, fantasías de autodestrucción, depresión, perdida del autoestima, maltrata físico y psicológico.
- **ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:** Rotura espontánea de las membranas 24 horas o más antes de que inicie el trabajo de parto, o que ocurre entre las semanas 20 y 37 de gestación.
- **SOLEDAD:** Carencia voluntaria o involuntaria de compañía que se experimenta con un vacío doloroso o inquietante, resultado de una dificultad en las relaciones interpersonales.
- **SOMATIZACION:** Mecanismo de defensa en virtud de cual el sujeto utiliza patológicamente el cuerpo para eludir un conflicto personal que no puede afrontar.
- **TRABAJO DE PARTO PRETERMINO:** Es que comienza antes de se complete la semana 37 de la gestación.
- **VERGÜENZA:** turbación del animo que suele producir rubefacción y el ocultamiento de rostro, asociada por una falta cometida o por alguna acción o situación deshonrosa y humillante, propia o ajena.