



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**“COMPLICACIONES DEL EMBARAZO NO DESEADO EN
ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD MÉDICA
FAMILIAR No. 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACÁN”.**

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

**PRESENTA:
P.L.E. MONICA PEREZ VALLEJO**

**ASESOR:
L.E.P. RAMIRO MARCIAL MENDEZ.**

**ASESORA METODOLÓGICA:
M.C. MARIA JAZMIN VALENZUELA GUZMÁN**

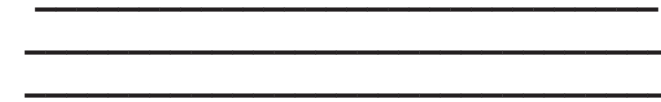
**REVISORAS:
L.E.A. ELVIA PÉREZ CORONEL.
L.E. LILIA ALCANTAR ZAVALA.**

MORELIA, MICH

NOVIEMBRE DE 2007



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

“COMPLICACIONES DEL EMBARAZO NO DESEADO EN ADOLESCENTES QUE ACUDEN A LA UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOCÁN”.

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

**PRESENTA:
P.L.E. MÓNICA PÉREZ VALLEJO**

**ASESOR:
L. E. P. RAMIRO MARCIAL MENDEZ.**

**ASESORA METODOLÓGICA:
M.C. MARIA JAZMIN VALENZUELA GUZMÁN**

**REVISORAS:
L.E.A. ELVIA PÉREZ CORONEL.
L.E. LILIA ALCANTAR ZAVALA.**

MORELIA, MICH

NOVIEMBRE DE 2007

DIRECTIVOS

M. C. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA
DIRECTOR

Ma. DE JESUS RUIZ RECENDIZ.
SECRETARIA ACADEMICA

L. E. D. ANA CELIA ANGUIANO MORÀN
SECRETARIA ADMINISTRATIVA

JURADO

**L. E. P. RAMIRO MARCIAL MENDEZ
PRESIDENTE**

**M.C. MARIA JAZMIN VALENZUELA GUZMÁN
PRIMER VOCAL**

**L. E. MARTHA REYES
SEGUNDO VOCAL**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Doy gracias a Dios por dejarme vivir estos momentos tan importantes en mi vida al lado de mi familia, que con sacrificios y esfuerzos me han apoyado a lo largo de mi carrera.

A MIS PADRES

Por darme la vida, la enseñanza, los valores y la educación en lo largo de mi existencia, infinitamente mil gracias por ser los mejores padres y estar conmigo en estos momentos a mi lado.

A LA FACULTAD DE ENFERMERIA

Por mi formación como una profesional y superarme como persona por medio del aprendizaje.

A MI ASESOR

Por apoyarme en la realización de mi investigación y por su tiempo brindado durante estos meses, gracias por su enseñanza.

A MI MESA DE JURADO

Por todas sus enseñanzas y ayuda profesional brindada durante la elaboración de la investigación ya que sin ustedes esta titulación no sería posible gracias.

A TODOS LOS COLABORADORES

Por su ayuda incondicional en cada una de estas paginas escritas en la tesis.

DEDICATORIAS

Al señor todo poderoso. Dios, que gracias a él estoy concluyendo mi formación que me hace crecer como persona, y llevar a cabo mis conocimientos para salva guardar la vida de mi prójimo, por darme la vida necesaria para ver culminado este momento tan importante para mi.

A MIS PADRES

Por su apoyo incondicional, sus esfuerzos y sacrificios realizados durante mi formación, por su cariño y comprensión durante este camino tan difícil, infinitamente gracias por ser los mejores padres de mundo y haberme regalado lo mas difícil en la vida una carrera profesional.

A MIS HERMANAS

Miriam y Muriel Magali, por todo su apoyo, esfuerzos, sacrificios, cariño y esperanza para seguir adelante, gracias por sus consejos y ayuda obtenida e impulsarme a continuar con mi carrera las quiero mucho.

A MI FAMILIA

A cada uno de los integrantes de mi familia tanto materna como paterna por su apoyo incondicional durante este camino, por orientarme y haberme dado palabras de aliento en los momentos más difíciles gracias.

AL AMOR DE MI VIDA

Por ser la esperanza y el camino de mi fuerza, al haber estado siempre a mi lado, sin el amor, no se lograría nada y te agradezco infinitamente por todos tus consejos y sabiduría gracias Mario Oscar por ser lo máximo te amo.

INDICE

I. Introducción	1
II. Planteamiento del Problema	3
III. Justificación	4
IV. Objetivos	5
• Objetivo General	
• Objetivos específicos	
V. Marco Teórico	6
1. Adolescencia	7
1.1 Antecedentes	7
1.2 Concepto	8
1.3 Adolescencia una etapa de cambios	9
1.3.1 Adolescencia una etapa de desequilibrio y tensión	10
1.3.2 El temor de los adultos	11
1.3.3 La creación de la identidad personal	11
1.3.4 La adolescencia una etapa egocéntrica	12
1.4 Evolución psicosocial del adolescente	13
1.4.1 Tareas Existenciales del adolescente	13
1.4.2 Desarrollo físico	14
1.4.3 Construcción de la propia identidad	15
1.4.4 Sexualidad y relación de pareja	16
1.4.5 Relaciones interpersonales	17
1.4.6 Privacidad y espacio personal	17
1.4.7 Autodisciplina, construcción ética y valores	18
1.4.8 Vocación profesional y elección de ocupación futura	18
1.4.9 Responsabilidad hacerse cargo de si mismo	19
1.4.10 Independencia, autodirección y proyecto de vida	19
1.5 Etapas de la adolescencia	20
1.5.1 Adolescencia temprana	20
1.5.2 Adolescencia intermedia	20
1.5.3 Adolescencia tardía	20
2. Aparato reproductor femenino y masculino	21
2.1 Aparato reproductor femenino	21
2.2 Genitales internos	21
2.2.1 Genitales externos	22
2.2.2 Aparato reproductor masculino	24
2.2.3 Genitales internos	24
2.2.4 Genitales externos	24
3. Embarazo	27
3.1 Proceso de fecundación	27
3.1.1 Implantación	28
3.1.2 Placentación	29
3.1.3 Placenta	31
3.1.4 Cordón umbilical	31

3.1.5 Membranas fetales	32
3.1.6 Liquido amniótico	32
3.1.7 Función de la placenta	33
3.2 Desarrollo fetal	34
3.2.1 Periodos de crecimiento fetal	34
3.2.2 Periodo preembrionario	35
3.2.3 Periodo embrionario	36
3.2.4 Periodo fetal	39
4 Embarazo en la adolescencia	40
4.1 Factores biológicos	41
4.2 Factores psicosociales y conducta sexual	41
4.3 Conducta sexual	42
4.4 Disfunción familiar	42
4.5 Psicológicos y culturales	43
4.6 Sociales	43
4.7 Anticoncepción y embarazo adolescente	44
4.8 Fenomenológica del embarazo en la adolescente	44
4.9 Etapa de adolescencia temprana	45
4.10 Etapa de adolescencia media	45
4.11 Etapa de adolescencia tardía	45
4.12 Evolución del embarazo en adolescentes	46
4.13 En la madre adolescente	46
4.14 En el hijo de madre adolescente	46
4.15 En el padre adolescente	47
5. Atención integral de la adolescente embarazada	48
5.1 Enfoque de riesgo	48
5.2 Factores protectores	48
5.3 Factores de riesgo psicosocial y biológicos	48
5.4 Motivos de consulta a adolescentes embarazadas	49
5.5 Evaluación diagnostica	50
5.6 Servicios y programas	51
5.7 Cuidado prenatal	51
5.10 Prevención	53
6. El recién nacido de la madre adolescente	54
7. Consecuencias de la maternidad-paternidad adolescente	55
8. Complicaciones del embarazo	56
8.1 Complicaciones del embarazo en adolescentes	56
8.2 Aborto y mortalidad materna	57
8.3 Hiperémesis Gravídica	58
8.4 Embarazo múltiple	58
8.5 Anemia del embarazo	59
8.6 Incompatibilidad de factor Rh materno-fetal	59
8.7 Aborto	59
8.8 Embarazo ectópico	59
8.9 Mola hidatidiforme	60
8.10 Placenta previa	60
8.11 Desprendimiento prematuro de la placenta	60

8.12 Hipertensión inducida por el embarazo, toxemia gravídica, preeclampsia y eclampsia	60
8.13 Infecciones sistémicas durante el embarazo	61
VI. Hipótesis	62
VII. Material y Método	63
Tipo de estudio	
Población y muestra	
Variables	
Criterios	
VIII. Análisis e interpretación de los resultados	68
IX Comprobación de la hipótesis	92
X. Conclusiones	93
XI Sugerencias	94
XII Anexos	95
XIII Glosario	99
XIV Bibliografía	106

I. INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación, esta basado en hechos reales que se refieren al problema que en la actualidad se esta observando con mas frecuencia; tal como es el embarazo no deseado y las complicaciones que presentan las jóvenes adolescentes entre 15 y 20 años de edad.

El embarazo en las adolescentes es el estado que la joven cursa a una temprana edad y que como es de esperarse, puede traer consigo complicaciones tanto a la madre como al producto en formación.

Un punto muy importante también que hay que resaltar es que la mayoría de estos embarazos son no deseados, y se dan por falta de información, por la cultura de la adolescente, y la formación en la escuela y en el hogar.

El embarazo en las adolescentes representa un riesgo mucho mayor que en una mujer que esta apta para procrear, además de que se han presentado complicaciones en el rango de la edad adolescente y muchas veces llegan a elevar el índice de mortalidad.

Pero en otros casos, las relaciones de estas jóvenes son ingenuas, y no piensan en las consecuencias que traerán, en el círculo escolar, familiar y social. La actividad sexual en los adolescentes va en aumento, y en todo el mundo la incidencia de partos ha aumentado un 30%.

El grado de preparación escolar influye mucho en los embarazos no deseados, entre mayor sea el grado de preparación menor serán los embarazos y así mismo se evitara complicaciones.

Dentro de las principales complicaciones que han presentado las adolescentes son los abortos que llevan consigo, lesiones maternas, daños anatómicos, fisiológicos y muchas veces la muerte.

El tener varias parejas sexuales, influye para que los adolescentes experimenten, sin pensar en las graves consecuencias que esto implica, desde tener un embarazo no deseado, complicaciones del embarazo o el adquirir una Infección de Transmisión Sexual.

Los valores religiosos, morales y culturales influyen de una manera impresionante para que se presente un embarazo, muchas de las cuales tienen que ver con tener relaciones sexuales fuera del matrimonio, o ser madre soltera.

El embarazo no deseado en las adolescentes es considerado como un problema que a diario acontece la sociedad.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que en los últimos años, adolescentes entre 15 y 20 años de edad se han visto comprometidos en el aumento de embarazos no planeados y por consecuente complicaciones en el mismo, se ha notado una evolución en este problema de manera considerable por lo tanto se plantea la siguiente duda:

¿Por qué se presentan las complicaciones en algunos embarazos no deseados en las jóvenes adolescentes?

III. JUSTIFICACION

En los últimos años se ha observado un aumento de las complicaciones de embarazos no planeados en la población de adolescentes que acuden a consulta en la U. M. F. No 75 y que a pesar de su importancia no se cuenta con un estudio que demuestre la realidad del problema, Los nacimientos en madres menores de 20 años son alrededor del 15% con algunos países que superan el 18%. Así, cada año unas 3.300.000 adolescentes latinoamericanas llevan a término un embarazo, ignorándose el número de abortos.

Al no existir previas investigaciones de las complicaciones que presentan las adolescentes embarazadas en la U.M.F. 75, de Morelia Michoacán; se justifica que se realice esta investigación.

Con el presente estudio se pretende buscar algunas alternativas de solución para que disminuya el embarazo en las adolescente y por lo tanto sus complicaciones, y así mismo concientizar a los adolescentes para que actúen con responsabilidad respecto a su reproducción.

Este trabajo aportará a la población en general y a la que dedica su empeño en el área de la salud para conocer las bases del tema a estudiar.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

Analizar e identificar por que se presentan las complicaciones en los embarazos no deseados en las jóvenes adolescentes que acuden a consulta a la U. M. F. No 75.

ESPECÍFICOS

1. Identificar el grado de conocimientos en cuanto a las complicaciones del embarazo en los adolescentes.
2. Identificar la frecuencia con que se presentan los embarazos no deseados en las adolescentes.
3. Analizar en que rango de edad se presentan con más frecuencia los embarazos no deseados y sus complicaciones en las adolescentes.

V. MARCO TEÓRICO

I. ADOLESCENCIA

1.1. ANTECEDENTES

Algunos estudios sobre la adolescencia, las concepciones de los adultos sobre este período y las representaciones de los propios implicados han venido configurando esta etapa de la vida como un momento especialmente afectado por cambios biológicos, cognitivos y afectivos, cambios que convierten aunque no necesariamente, en una época tormentosa y difícil. ⁽¹⁾

La adolescencia es una etapa de transición en el mundo infantil y la madurez proceso complejo que involucra todos los aspectos vitales; la pubertad, en cambio es un fenómeno que determina el desarrollo físico. La realidad es que entre la inmadurez de la niñez y la deseable madurez del adulto se encuentran un puñado de años que hemos dado en llamar “adolescencia”. Por lo menos, desde los años en los tiempos de Aristóteles, se acepta que la adolescencia constituye una etapa de transición desde la “irresponsabilidad” hasta la “responsabilidad”. La adolescencia no es un problema sino un proceso. ⁽¹⁰⁾

Adolescente viene del latín adulescens, participio presente del verbo adoleceré, que significa crecer. En el latín se diferencia perfectamente entre el resultado final del proceso de crecimiento, que es un estado estable de adulto (adultus: formado, desarrollado), y el propio de la adolescencia como paso de un estadio a otro.

1 <http://www.saludhoy.com/htm/adoles/articulo/adoledo.htm>

Este período se considera para algunos padres como una fase del desarrollo que hay que soportar y que no disfrutar, y que es preciso enfrentar pero no combatir. Cuando en realidad para muchos otros puede ser también una oportunidad de renovación, una fértil y maravillosa etapa de la vida.

1.2. CONCEPTO

La OMS define como adolescencia al *“periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica”* y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Se define la etapa como un proceso de transición y enlace entre la infancia y la condición del adulto, cuyo inicio se sitúa de los 10 a 12 años en las niñas y entre los 12 y 14 en los niños, su límite es a los 18 o 20 años respectivamente. Esta etapa marca un aumento brusco y considerable, que se ha llamado brote de crecimiento adolescente, el cual se presenta en la joven dos años antes que el en varón, pero algo menos marcado. ⁽¹⁾

La adolescencia es una interrupción de la tranquilidad del crecimiento, es el final de la feliz infancia. La adolescencia empieza cuando en el momento en que se pierde la maravillosa seguridad de la infancia. La entrada de la etapa adolescente es la vivencia de la gran soledad.

El antropólogo Oriol Anguera plantea una gran interrogante ¿cómo se entra en la adolescencia? Más de uno indicará que se inicia con la pubertad, es decir, con la transformación sexual del cuerpo que permite la procreación. Y acertará en fijar ese comienzo, ya que los cambios corporales de la pubertad son bien divisibles, pero que costará, es definir el punto final de la adolescencia. ⁽¹⁾

1 <http://www.saludhoy.com/htm/adoles/articulo/adoledo.htm>

La pubertad se describe como el período durante el cual el cuerpo adquiere características adultas, y la adolescencia como el tiempo en que la persona crece y se desarrolla psicológica, emocional y socialmente, un autor Shonfeld, propuso el término de pubescencia para asignar el período de transformación corporal que culmina con la pubertad.

Se ha dicho que la pubertad es un acto de la naturaleza y la adolescencia un acto del hombre. Ciertamente la pubertad es un hecho biológico inevitable, mientras que la adolescencia es una creación social. ⁽²⁾

La adolescencia es la búsqueda de identidad personal, la cual se ve forzada mediante la identificación con un grupo propio distinto de los adultos, en esta etapa surgen las pandillas, que son el marco que permite a los adolescentes llevar a cabo la experimentación sexual y afectiva que exige su desarrollo. Recientemente en nuestra cultura la adolescencia ha despertado un interés que ha llenado un gran número de páginas y ha sido objeto de muchas conversaciones, ello ha dado lugar a una concepción generalizada de esta etapa como un periodo conflictivo y ha determinado la actitud hacia quienes la están viviendo. Saber cual es el papel que deben desempeñar es un reto al que los padres podrán hacer frente si adoptan con sus hijos actitud de dialogo.

1.3. LA ADOLESCENCIA UNA ETAPA DE CAMBIOS.

No todas las familias, ni entornos de los grupos sociales se vive de la misma forma; es posible encontrar adolescentes para quienes el período de la adolescencia constituye un auténtico drama por la oposición radical que encuentran en los adultos en sus afanes de autonomía, para otros es una de las épocas mas felices de su vida, pues adquieren el grado de independencia y de comunicación con los adultos que hasta entonces no tenían. Es pues que la adolescencia desde el punto de vista sociológico se considera como una fase de adaptación a ciertas pautas y valores sociales propios de la vida adulta. ⁽²⁾

2 **MOLINA R., Sandoval** "Salud sexual y reproductiva del adolescente" 2ª edición México 2000. PP 177

1.3.1. Adolescencia una etapa de desequilibrio y tensión.

Ésta concepción proviene de los planteamientos realizados por el psicoanálisis. Bajo su punto de vista, la adolescencia se nos muestra como una etapa de angustia y tensión, y por ello propensa a los desajustes psicológicos. La causa de este estado se encuentra en el hecho de que la adolescencia es la época de desarrollo fisiológico sexual que se caracteriza por la primacía del erotismo genital. Esto conlleva, por un lado, que se pase por un proceso de regresión, en la medida que se están reviviendo los conflictos infantiles, y por otro lado, que la forma de enfrentarse con esta evolución sea mediante la necesidad de resolverlos con una mayor independencia de los progenitores y un cambio en los lazos afectivos. ⁽²⁾

Siempre que exista un ambiente familiar social y favorable la etapa que llega hasta los inicios de la pubertad suele estar caracterizada por la armonía y el equilibrio en relación con el entorno del niño.

La entrada de la pubertad supone que la sexualidad genital entra en una fase próxima a la que luego constituirá la época de pleno desarrollo, lo que supone ajustes hormonales y la aparición de vivencias vinculadas a los efectos de una relación sexual, que puede finalizar en un embarazo. Surge la necesidad de reafirmar la identidad en relación con los modelos recibidos por los adultos y el desarrollo de una interpretación personal, (hora de llegada a la casa, relaciones con amigos, tipo de vestido etc.)

2 **MOLINA R., Sandoval** “Salud sexual y reproductiva del adolescente” 2ª edición México 2000. PP 179

1.3.2. El temor de los adultos

Para muchos adultos la llegada de la adolescencia es vivida como una época de temores, frente a los que consideran el alejamiento de sus hijos, es decir sus hijos salen al mundo y van a encontrarse con personas que ejerzan nuevas influencias a sus hijos, ya sea bajo amenazas, y sobre relaciones sexuales con chicas o chicos que los pueden apartar del camino que los padres han proyectado para ellos.

1.3.3. La creación de la identidad personal.

Se ha dicho que la etapa de la adolescencia se caracteriza por ser la de la configuración de la identidad personal. Identidad que no se consigue son confrontación y desequilibrios con el exterior y con uno mismo.⁽³⁾

El adolescente no perdona que le pongan en ridículo frente a compañeros de escuela, amigo o familia, ambas posturas de los adultos son vividas como una amenaza, o una agresión de su identidad.

En esta necesidad de los adolescentes de sentirse miembros de algo, de reafirmar una pertenencia compartida de unos ideales, una creencia o una imagen, ejercen el papel de espejo los denominados mitos juveniles, que se identifican sobre todo entre los artistas, cantantes, deportistas que favorecen gran atractivo de las asociaciones, como posibilidad de encuentro como vía para saberse apoyados y no sentirse solos.⁽³⁾

3 Mc Cary J.L. "Sexualidad Humana" Editorial Manual Moderno 5ª edición México 1999. PP 127

Desde una visión puramente didáctica, la transición adolescente puede ser agrupada de manera esquemática en tres fases o subetapas que duran cada una de ellas, un promedio de tres años aproximadamente. La adolescencia temprana de los 10 a 13 años; la adolescencia intermedia desde los 14 los 16 años y la adolescencia tardía de los 17 a los 20 años.

1.3.4. La adolescencia una etapa egocéntrica

Los adolescentes creen que lo que le pasa a ellos es lo único importante. Esta opinión presentada como una de las características definitorias de la adolescencia, proviene de la consideración de esta fase del desarrollo desde el prisma de su egocentrismo y constituye una de las visiones que han tenido mayor impacto y acogida en los trabajos más recientes sobre la adolescencia. El egocentrismo es intelectual y se define como una cierta incapacidad para ponerse en el punto de vista interlocutor, este se vive en dos direcciones; por un lado una incapacidad para concebir con realismo las posibilidades de aplicación de las teorías y concepciones que los adolescentes elaboran y por otro como un exceso de confianza para poder ideas como elementos de transformación de la realidad. Esta situación produce confiar en manera excesiva en el poder de sus propias ideas, lo que puede tener como efecto que crea que el mero hecho de pensar cambiar algo sea cambiarlo efectivamente, y lo que por hecho de hablar sobre algo esto suponga que sus ideas ya se pueden aplicar sobre si mismo los demás y el entorno que lo rodea. ⁽³⁾

3 Mc Cary J.L. "Sexualidad Humana" Editorial Manual Moderno 5ª edición México 1999. PP 128

1.4. EVOLUCION PSICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es quizás la etapa del desarrollo humano en que mas cambios se suscitan en el individuo, por que estrena un nuevo continente corporal, una nueva y mas amplia percepción de sí mismo y del mundo, una gran cantidad de funciones intelectuales que día a día se perfeccionan y se potencializan y ensaya cada vez mas sus posibilidad de ser independiente en ese difícil proceso de consolidarse como persona. ⁽⁴⁾

Ahora el adolescente enfrenta una serie de tareas sin contar de hecho con todos los elementos para realizarlas. Las dudas, la renuencia natural a pedir ayuda, la presión social que proviene de sus padres, su deseo irresistible de conocer y experimentar, la búsqueda irrefrenable de conexión amorosa. El miedo al rechazo, y los temores que se derivan de ello, son fiel reflejo de la problemática a resolver.

1.4.1. Tareas existenciales del adolescente

Las tareas existenciales del adolescente se pueden englobar en los 10 siguientes apartados:

1. Desarrollo Físico.
2. Construcción de la propia identidad, autoestima y éxito.
3. Sexualidad y relación de pareja.
4. Relaciones interpersonales.
5. Privacidad y espacio personal.
6. Autodisciplina, construcción ética y valores.
7. Aceptación de su nuevo yo.
8. Vocación profesional y elección de ocupación futura.
9. Responsabilidad: hacer cargo de si mismo.
10. Independencia auto dirección y proyecto de vida.

4 <http://www.ambientejoven.org/stdfeature.htm>

1.4.2. Desarrollo físico

En esta etapa el adolescente tardara de 7 a 8 años en obtener su talla final, lo cual representa que durante ese tiempo tendrá que realizar ajustes permanentes, por que sus miembros y tronco crecen a diferente velocidad, haciéndolos torpes transitoriamente, además de confrontar un duelo por el cuerpo del niño dejado. Este espectacular desenvolvimiento corporal presenta exigencias especiales de sueño alimentación y ejercicio físico. ⁽⁴⁾

También se suman las destrezas físicas necesarias para cumplir con sus propias expectativas y las de la sociedad de jóvenes a la que ahora pertenece. Su mayor potencia muscular y su mayor talla y peso lo dotan de posibilidades, pero también de nuevos y más grandes compromisos. Los deportes, aprender a bailar, participar en juegos de alto riesgo y de mayor rudeza, con planteados como obstáculos a vencer que le hacen que aumenten su autoestima.

Por otra parte, el cuidado del cuerpo se plantea como algo central, la natural preocupación de verse atractivo para el sexo opuesto y por el desarrollo estructural que sufre. Los senos logran su desarrollo pleno junto con el resto de curvas que paulatinamente aparecen y adornan su cuerpo, mientras que en el hombre la musculatura se remarca y afina. El acné y la esbeltez y los cuidados del cabello representan áreas de sumo interés para el joven, asimismo un atuendo que permita apreciar y lucir sus atributos físicos. Esto tiene que ver en forma directa con el problema de identidad, con la autoestima y con la seguridad personal. ⁽⁴⁾

1.4.3. Construcción de la propia identidad

¿Quién soy yo? Es una de las preguntas claves de esta etapa, la cual únicamente puede ser respondida por el mismo adolescente sin contar con mayores datos.

Estos deberán de ser descubiertos por el mismo a través de poner en juego sus habilidades y de tomar decisiones sin mayor referencia en multitud de nuevas situaciones, lo cual conducirá a cometer errores, pero también le hará realizar aciertos. La curiosidad, la severa crítica de sus compañeros adolescentes, además de los retos adicionales muchas veces insensatos en que son involucrados ante cualquier circunstancia la inseguridad natural de enfrentar nuevas exigencias y pruebas así como la incomprensión del mundo adulto. Los someten a presiones inéditas para el, ante las cuales no siempre es capaz de salir airoso, todo lo cual juega un papel muy importante en la construcción de su identidad como persona.⁽⁴⁾

El adolescente desarrolla una actitud hipercrítica frente al mundo en general, especialmente hacia aquel que representa los valores adultos. Niega e idealiza, somete a duros juicios las posturas de sus padres y maestros y sobrevalora su propia capacidad para discernir, busca nuevas respuestas a sus preguntas y se enfrenta a una crisis de existencia.

4 <http://www.ambientejoven.org/stdfeature.htm>

1.4.4. Sexualidad y relación de pareja

Reconocida como la edad del despertar del sexo, esta etapa se plantea una transformación en el individuo, tanto de su percepción de los demás como de si mismo, especialmente en el terreno sexual. Hacia si, se revela una nueva configuración corporal con nuevos impulsos y motivaciones poderosas, que lo dirigen sorprendentemente hacia interés hasta hora desempañado por el.

La presión social ejercida sobre el comportamiento sexual del adolescente, lo inducen a buscar espacios y momentos que contravienen las normas convencionales establecidas por los adultos. Se dice que más que cualquier cosa, el adolescente esta enamorado del amor y solo desea tener a alguien en quien depositar toda la emoción que le despierta. Posiblemente tal afirmación sea cierta; sin embargo, sea como fuere las primeras experiencias suponen aprendizajes importantes para el desarrollo pleno de su capacidad para relacionarse de manera significativa posteriormente. Es importante recordar las características del amor. ⁽⁴⁾

La necesidad del adolescente de establecer una relación de pareja, probablemente expresa la motivación más poderosa de su comportamiento, como todo es un proceso que se inicia con la aparición inusitada del interés y la curiosidad por el otro, la invasión del deseo, la búsqueda de experiencias, la necesidad de amor y ser amado y la construcción de dar significado a sus relaciones amorosas, habrá dado un paso importantísimo en cuanto a sus posibilidades reales de desarrollar una existencia rica emocional y efectiva.

1.4.5. Relaciones interpersonales

Como seres sociales, gran parte de nuestros esfuerzos y de nuestras aspiraciones se encuentran vinculadas con quienes nos rodean. La posibilidad de trascender o de ser exitoso en nuestra vida va de la mano de la calidad que logremos desarrollar en la relación con nuestros semejantes.

La importancia de establecer relaciones con los demás es capital en la vida de cualquier persona y desde luego no es una habilidad innata, que como tantas otras, debe de aprenderse desde pequeño. Nuestros hijos aprenden a desarrollarse a través de nuestro ejemplo; si dentro de las relaciones familiares se observa respeto, cuidado, simpatía, tolerancia, escucha activa y prudencia seguramente imitará el modelo y lo reproducirá en los contactos con los otros.
(4)

1.4.6. Privacidad y espacio personal

Darle al adolescente un espacio significa otorgar gobierno sobre el, permite que tome decisiones al respecto y hacerlo responsable de que se le ha entregado. Una buena forma para hacerlo es que se haga cargo de arreglo y de la limpieza de su lugar, que generalmente es su habitación, que lo adorne y que lo ordene a su criterio, que disponga que quiere y que no dentro de el, quien entra y quien no, cuando y que tal como la hacemos nosotros en casa. En la vida se nos encomendó labrar con nuestras propias manos nuestro espacio, ayudemos a nuestros hijos a cumplir consigo mismos las tareas, entregándoles el espacio que les pertenece.

Cuando se nos reconoce el derecho de tener nuestro propio lugar, se nos está reconociendo en lugar y cuando ese lugar es respetado, le reconocemos también su importancia individual.

1.4.7. Autodisciplina, construcción ética y valores.

El aprendizaje de la autodisciplina resulta indispensable en el proceso de maduración de la persona, por que es la actitud que nos permite arribar a las metas importantes de nuestra vida. Nada verdaderamente valioso es un construido rápido y fácilmente, lo que vale solo se logra a través de la constancia del esfuerzo continuado del seguimiento diario.

Si queremos formar jóvenes buenos, seguros, inteligentes, competentes, leales tendremos que trabajar constantemente en ellos, día con día creándoles hábitos y tareas, así mismo evaluar sus resultados insistiendo sobre los objetivos a lograr.

1.4.8. Vocación profesional y elección de ocupación futura.

El adolescente como cualquier persona, tiene necesidades de saber hacia donde se dirige, por que al saberlo tiene la exacta referencia de cuanto es lo que le falta para llegar y por que eso solo le proporciona un sentimiento de certidumbre que lo tranquiliza y también lo define.

En un momento complicado resulta fácil tomar decisiones precipitadas como el abandono de los estudios o la elección arrebatada sin mayor análisis, generado por ansiedad o por varias razones, como el que la novia ha seleccionado tal o cual carrera, el mejor amigo se va a una universidad etc. Otro aspecto a cuidar es la de evitar persuadir al adolescente para que elija la profesión que quisiéramos para el. Nuestros sueños y aspiraciones son solo eso nuestros y por lo tanto son trasferibles a nuestros hijos.

1.4.9. Responsabilidad hacerse cargo de si mismo

La responsabilidad es un atributo mayor y decisivo en la vida. Somos responsables cuando asumimos, cuando nos apropiamos de nuestra propia existencia, cuando somos capaces de responder de nuestros actos y controlarnos a través de nuestras decisiones la dirección de nuestro comportamiento.

La responsabilidad no es un comportamiento de repente cuando cumplimos la adultez legal o cuando finalizamos un grado académico o cuando salimos de la casa paterna para vivir en la propia, la responsabilidad solo puede ser el resultado de un trabajo educativo realizado a través del tiempo, la dedicación y la supervisión permanente. Imponiendo obligaciones, revisando el trabajo delegando, evaluando los resultados obtenidos sancionando proporcionalmente las faltas en base a cuerdos previos reconociendo el esfuerzo y estimulando la superación personal.

1.4.10. Independencia, autodirección y proyecto de vida

Hacer lo que queremos va de la mano con nuestra autorrealización personal, exige una calidad de poder individual que permita concretar lo que para nosotros deseamos.

Solo es independiente el apto, el que puede resolver sus propios problemas, el que sabe como conducirse y donde buscar las soluciones, nunca nadie es totalmente autosuficiente, pero todos debemos y podemos ser capaces de manejar nuestra vida. ⁽⁴⁾

4 <http://www.ambientejoven.org/stdfeature.htm>

1.5 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es un proceso evolutivo cambiante común a todo ser humano que se anuncia en la etapa prepuberal según sea el momento en el que el adolescente se inserta en el mundo y la vida social del adulto. ⁽⁴⁾

Para facilitar el estudio del adolescente manejaremos características biológicas, psicológicas y sociales, en las tres etapas las cuales se describen a continuación:

1.5.1. ADOLESCENCIA TEMPRANA (PUBERTAD)

Esta abarca un período de los 10 a 13 años, en los cuales parecen los primeros cambios que denotan un cambio en la niña para convertirse en mujer.

1.5.2. ADOLESCENCIA INTERMEDIA

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

1.5.3. ADOLESCENCIA TARDIA

Considerada como la última etapa de la adolescencia, en la cual el adolescente pasará a ser joven comprende entre los 17 a 20 años. ⁽⁴⁾

4 <http://www.ambientejoven.org/stdfeature.htm>

2. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO Y MASCULINO

2.1. APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

El aparato reproductor femenino, puede dividirse en genitales internos y externos. Los internos se localizan dentro del organismo y se componen por. Dos ovarios, dos trompas de Falopio, un útero, y la vagina. Y los externos solamente por la Vulva, monte de Venus, Clítoris, labios mayores, labios menores. ⁽⁵⁾

2.2. GENITALES INTERNOS

OVARIOS

Son dos estructuras ovoides situados a uno y otro lado del útero. Cada ovario consta de una corteza y una medula, estos se encargan de madurar los óvulos para una posible fecundación. En la pubertad las mujeres contienen entre 300 y 400 mil oocitos (células ovulares en desarrollo) para la madurarse y convertirse en óvulos. ⁽⁵⁾

TROMPAS DE FALOPIO

Son dos estructuras o conductos estrechos que principian a izquierda y derecha, el extremo superior del útero y terminan en cada ovario respectivamente Tiene una longitud de 6 a 9 cm. su función es la de trasportar el ovulo fecundado hasta el útero. ⁽⁵⁾

5 Toro Merlo J Uzcategui O. "Embarazo en la adolescente: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva" Volumen 1. Editorial Ateproca. Caracas Venezuela 2001. PP 227

ÚTERO

Es un órgano con forma de pera inversa, este órgano se encuentra situado en la parte superior de la vagina, entre la vejiga urinaria por delante y el recto por detrás. El útero se divide en fondo, cuerpo istmo y cuello. Su función es de anidar el huevo fecundado o participar durante el ciclo menstrual. ⁽⁵⁾

VAGINA:

La forma un canal que va desde la vulva hasta el cuello del tero, el cual mide aproximadamente de 8 a 10 cm. de longitud. La vagina se encarga de recubrir el pene durante la cúpula, sirve como canal de parto y elimina la menstruación.

2.2.1. GENITALES EXTERNOS

VULVA

En el exterior de los genitales femeninos, su forma es de una abertura de ambos lados de carnosidad llamada “labios mayores”, ocultos por estos hacia atrás en el interior se encuentran los “labios menores”. También en el interior se sitúan primero el clítoris, abajo el meato urinario y luego el orificio vaginal, cubierto por una membrana llamada himen.

El clítoris es eréctil, y tiene forma de un pene pequeño que se erecta por la estimulación sexual, el meato urinario forma el canal de la uretra por donde se micciona la orina. ⁽⁵⁾

Además la vulva se compone del monte de Venus, el cual esta formado por la acumulación de tejido adiposo, por delante de la sínfisis del pubis. De el nacen los labios mayores y se dirigen hacia abajo. Las glándulas de Bartholin secretan moco durante el acto sexual se encuentran entre los pequeños espacios que quedan entre los labios mayores y los menores (vestíbulo) es decir junto al orificio o introito vaginal. ⁽⁵⁾

MONTE DE VENUS

Es un montículo redondeado y de consistencia blanda de tejido graso subcutáneo que comienza en la zona inferior de la pared anterior del abdomen. También es denominado monte del pubis, esta cubierto por bello púbico, de manera que la línea transversal característica que cruza la zona inferior del abdomen. El vello es corto y varia desde ralo y fino, protege a los huesos pélvicos, especialmente durante el coito. ⁽⁵⁾

CLÍTORIS

Está situado entre los labios menores, mide entre 5 y 6 mm de longitud y entre 6 y 8mm de ancho. Su tejido es fundamentalmente eréctil y muy sensible al tacto. Se encuentra muy irrigado e innervado y su principal función es proporcionar placer sexual femenino. Además, secreta esmegma que, junto con otras secreciones de la vulva produce un olor característico que puede estimular sexualmente al hombre. ⁽⁵⁾

LABIOS MAYORES

Son pliegues longitudinales de piel pigmentada, uno a cada lado de la hendidura vulvar. A medida que descienden, se estrechan y se fusionan para formar la unión posterior de la piel perineal. Su principal función es la de proteger las estructuras situadas entre ellas. ⁽⁵⁾

LABIOS MENORES

Son pliegues blandos de piel localizados en el interior de los labios mayores y que convergen cerca del ano, formado por la orquilla posterior de los labios menores, cada labio menor tiene el aspecto de una mucosa brillante, húmeda y sin folículos pilosos, estos poseen numerosas glándulas sebáceas que lubrican e impermeabilizan la piel de la vulva y producen una secreción bactericida. ⁽⁵⁾

5 Toro Merlo J Uzcategui O. “Embarazo en la adolescente: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva” Volumen 1. Editorial Ateproca. Caracas Venezuela 2001. PP 231

2.2.2. ORGANOS REPRODUCTORES MASCULINOS

Se encuentra constituido por los órganos genitales internos masculinos o intrapelvicos como son. Conducto deferente, conducto eyaculador, vesículas seminales, glándulas bulbouretrales o de cooper y la porción pélvica por la uretra, los órganos externos son: los testículos, epidídimo, escroto, uretra y pene. ⁽⁵⁾

2.2.3. GENITALES INTERNOS

CONDUCTO DEFERENTE

Se extiende desde la cola del epidídimo atraviesan la cavidad pélvica mediante el anillo inguinal y terminan en el conducto excretor de la vesícula seminal y juntos forman el conducto eyaculador.

CONDUCTO EYACULADOR

Se forma a partir de la unión del conducto deferente a nivel de la próstata con el conducto excretor de la vesícula seminal y concluye donde comienza la uretra, el conducto eyaculador es corto estrecho y se localiza dentro de la próstata. ⁽⁵⁾

TUBULOS SEMINIFEROS

Tiene una longitud de 30 a 60 cm. Y un diámetro de 2 décimas de milímetro, cada túbulo seminífero mantiene un curso tortuoso que finalmente se une para formar la red de Haller, se encuentra dentro de la estructura testicular, y dichos túbulos se encargan de la producción de espermatozoides. ⁽⁹⁾

VESICULAS SEMINALES

Son de estructura situada detrás de la vejiga urinaria y el recto. Se unen con los conductos deferentes mediante su propio conducto excretor, miden más o menos 5cm. De largo 1 cm. de espesor y 2 cm. de ancho. Funciona como reservorio del semen y producen una excreción amarillenta y viscosa que sirve de vehiculo para los espermatozoides.

PRÓSTATA

Es la glándula exocrina de forma casi esférica localizada debajo de la vejiga. Produce un líquido incoloro que constituye un vehículo de transporte fluido para los espermatozoides y dan volumen al líquido eyaculado además es indispensable para la erección normal del pene. ⁽⁵⁾

2.2.3. GENITALES EXTERNOS.

TESTÍCULOS

Son estructuras en forma ovoidal que miden entre 4 y 5 cm. de largo, 2,5 a 3 de ancho y pesan entre 30 y 40 grs. Cada uno. Se encuentran contenidos cada uno de los extremos del escroto. Cada testículo es una glándula masculina productora de espermatozoides y líquido testicular. Como función endocrina liberan varias hormonas esteroideas como la testosterona. ⁽⁵⁾

EPIDÍDIMO

Es una estructura tubular alargada con múltiples flexiones dando así una medida de 5 a 7 cm. se ubica sobre el testículo, consta de cabeza, cuerpo y cola, y esta última desemboca en el conducto deferente. Durante el paso del epidídimo, los espermatozoides maduran y adquieren una movilidad amplia. ⁽⁵⁾

ESCROTO

Es la piel que se ha adaptado formando una bolsa para contener a los testículos, el epidídimo y la porción inicial del conducto deferente, contiene dos compartimentos para albergar cada uno de los testículos, a través de sus capas por las que está compuesto. Irriga sangre para mantener la temperatura adecuada para la producción de espermatozoides, así pues la función principal del escroto es proteger a los testículos. ⁽⁵⁾

URETRA

Es un canal que principia en la vejiga y termina en el meato urinario del pene, así que mide entre 15 a 20 cm. de longitud, su función es la de trasportar el semen durante la eyaculación y llevar la orina de la vejiga al exterior.

PENE

Tiene una doble función, albergar la uretra masculina y servir de órganos para la copula constituido por cuerpos cavernosos situados dorso lateralmente, y el cuerpo esponjoso que rodea la uretra, termina en el glande, en cuyo extremo está el meato urinario. La piel que cubre el pene es laxa lo que permite que tenga elasticidad excepto el glande. ⁽⁵⁾

4 **Toro Merlo J Uzcategui O.** “Embarazo en la adolescente: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva” Volumen 1. Editorial Ateproca. Caracas Venezuela 2001. PP 231-248

3. EMBARAZO

Es el proceso de gestación que abarca el crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo, dentro del útero de una mujer, desde el momento de la concepción a lo largo de los periodos, preembrionario, embrionario, y fetal, hasta el nacimiento. El embarazo dura alrededor de 266 días (38 semanas), desde el día de la fecundación, aunque clínicamente se considera de 280 días (40 semanas) 10 meses lunares, 09 meses y 10 días en un calendario normal, desde el primer día del último periodo menstrual. ^(6.)

3.1. PROCESO DE FECUNDACION

Para que el embarazo se lleve a cabo debe de existir la concepción que es el momento en que se une el ovulo con el espermatozoide y este a su vez se fecunda.⁽⁶⁾ El proceso normal de la fecundación requiere la producción y el deposito de una cantidad suficiente de espermatozoides sanos en la vagina y su desplazamiento a través de este punto hacia el útero, hasta las Trompas de Falopio y la capacitación para que estas células o gametos se germinen, procedimiento indispensable mediante el cual se modifican las características de superficie y liberan las enzimas necesarias para penetrar al ovulo. ⁽⁶⁾

Las glándulas endometriales empiezan, alrededor del 14 día de un ciclo menstrual ovulatorio típico, a desarrollar el contorno que las a semeja a plumas característico del endometrio e la gestación. Las glándulas de estroma toman su forma poligonal de células deciduales ⁽⁶⁾. Esta preparación para la implantación del ovulo fertilizado es propiciada por la progesterona (elaborada por el cuerpo lúteo) y en menor grado por los estrógenos. A continuación de la capacitación (preparación del ovulo para la entrada del espermatozoide) y la fertilización, que se efectúa normalmente en el tercio externo de la Trompa de Falopio, el huevo evoluciona en blastocisto embrionario. ⁽⁶⁾

Para llegar al útero, el blastocisto requiere de tres a cuatro días y la implantación tiene lugar de 5 a 6 días después. Durante el periodo previo a la implantación, el embrión depende de las células granulosas adheridas, y posteriormente también de los fluidos tubario y merino contribuyen a su nutrición (fase histotrófica del embrión).⁽⁶⁾

3.1.1. IMPLANTACION

El corion, capa externa del ovulo fertilizado, sirve para la nutrición y protección del embrión y consta de una capa interna mesodérmica y una externa ectodérmica, denominada trofoblasto. Inicialmente en trofoblasto es in sincitio poco definido, pero pronto se diferencia en dos tipos de tejido: uno interno, la capa de Langhans o citotrofoblasto y otro externo confluyente, el sincitiotrofoblasto o plasmotrofoblasto. El trofoblasto produce enzimas proteolíticas capaces de destruir el endometrio, y aun el miometrio. Esto permite al embrión penetrar pronto la capa funcional del endometrio, pero por lo general no más de la capa compacta. La invasión más profunda (placenta acreta) es impedida por una membrana de fibrina hialinizada, que se forma atrás de trofoblasto invasor (estrías de Nitabuch) y detiene el avance. Normalmente el blastocisto se implanta al 5 o 6 día de su llegada a la cavidad uterina, y lo hace comúnmente en la caduca que reviste la pared anterior o posterior del abdomen fundico. El sitio de implantación cicatriza de inmediato. Para entonces es posible reconocer 3 zonas de decidua; (1) la decidua capsular o caduca refleja, que recubre a la mucosa uterina que rodea al huevo; (2) la decidua basalis o caduca serótina, debajo del embrión y (3) la decidua parietalis o vera, o caduca verdadera, que tapiza el resto de la cavidad uterina. La decidua capsular desaparece en el momento en que el embrión ha crecido lo suficiente para llenar la cavidad uterina. La decidua basal ocupa el lugar del futuro desarrollo de la placenta. Alrededor de las 10 u 11 semanas, el amnios el corion y la decidua capsular atenuada, que componen la membrana de la cavidad amniótica contienen líquido suficiente para estar en posición con la decidua parietal para obliterar la cavidad por toda la duración del embarazo.⁽⁵⁾

3.1.2. PLACENTACION

Circulación feto- placentaria

Efectuada la nidación, se empieza a formar en el plasmotrofoblasto pequeñas lagunas que más tarde confluyen. Estas lagunas se convertirán en espacios intervellosos llenos de sangre materna proveniente de las venas erosionadas. Al abrirse a la fase hematotrófica del embrión. El sistema lagunar está decidido por tabéculas, muchas de las cuales emiten prolongaciones. Por dentro de estas proyecciones, el citrofoblasto forma un núcleo mesenquimatoso. El núcleo se canaliza después y se establecen conexiones con otros vasos sanguíneos potenciales. Las ramificaciones vascularizadas reciben entonces el nombre de vellosidades coriónicas.⁽⁶⁾

Las ramificaciones más extensas del árbol veloso se desarrollan en la zona del corion más inmediata a la región de aprovisionamiento de sangre materna (corion frondoso), y que corresponde a la zona de la futura placenta, en el resto del corion se desarrollan escasas vellosidades (corion leve), Las vellosidades diseminadas están sobre el corion (corion reflejo).

El sistema veloso es comparable con un abeto invertido. A las ramas se dirigen hacia abajo y afuera del espacio interveloso. Es posible esta disposición favorezca determinadas corrientes y establezca gradientes sanguíneos como sucede en el hígado. De todas formas, esta distribución ayuda al depósito de fibrina, hecho comúnmente observado en la placenta madura.

La subdivisión de la placenta en cotiledones puede apreciarse desde las primeras etapas de desarrollo de esta. Los cotiledones se separan entre sí por las columnas de tejido fibroso delgado (tabiques placentarios). Los tabiques carecen de vascularización.⁽⁶⁾

Los cotiledones se intercomunican por fenestraciones. Los tabiques propios de cada cotiledón tienen solo unas cuantas aberturas. Sin embargo, la región superior de los espacios intervellosos, o lago subcoriónico, proporciona cierta comunicación entre los cotiledones.

Probablemente no existe flujo de sangre fetal entre las vellosidades, Por lo tanto el concepto que equipara con una esponja inaceptable desde el punto de vista anatómico.

Circulación útero-placentaria.

La circulación útero placentaria consta de venas y arterias.

En toda la extensión de la decidua basal (placa basal de la placenta) es posible identificar muchos orificios venosos localizados de forma aleatoria. Durante toda la gestación perduran en gran número. La placenta humana acrece de un sistema colector venoso periférico, función que ha sido adscrita con frecuencia a un seno marginal. A este seno drena de una tercera parte de la sangre placentaria.⁽⁷⁾

En contraste con las venas, las arterias se disponen en grupos próximos a las adherencias deciduales de los tabiques intercotiledoneos. Con la maduración de la placenta, los orificios arteriales de la placa basal disminuyen en número a causa de la trombosis. A termino, la relación de las venas es de 2 a 1 o sea, la proporción existente entre otros órganos maduros.

Aun en donde la placenta esta bien formada, algunas arterias espirales desembocan directamente en el espacio intervelloso, pero muchas de ellas pertenecen flexuosas y comprimidas. Estas arteriolas que abocan al espacio intervelloso, aparecen cortas y anguladas por su fijación y el crecimiento de la placenta. La tortuosidad crea obstáculos o puntos de reflexión, que tienden a hacer lenta la corriente sanguínea aferente.⁽⁷⁾

En la proximidad de su desembocadura, las arteriolas maternas pierden su retículo elástico. Dado que las proporciones dístales de ellas se pierden con la placenta el sangrado de esta fuente puede ser únicamente dominado por la contracción uterina.

7 BAILY, E. y Cols “Adaptaciones del Embarazo y Desarrollo Fetal” Enciclopedia de la Enfermería Volumen 4 Editorial Océano/ Centrum 1997. PP 66

3.1.3. PLACENTA

La placenta madura es un órgano carnosos, redondeado y aplanado, de color rojo azulado; su diámetro mide de 15 a 20 cms y su espesor es de 3 cms. Pesa 400 a 600 gramas, o sea, mas o menos, la sexta parte del peso del recién nacido. El cordón umbilical (funís) se extiende de la superficie fetal de la placenta al ombligo del producto. Las membranas fetales se originan del margen placentario. En los embarazos múltiples pueden existir una o más placentas, de acuerdo con el número de huevos implantados y el tipo de segmentación que siga. La placenta tiene un origen mixto, materno fetal. A término, cerca de cuatro quintos son de origen fetal. ⁽⁷⁾

La proporción materna de la placenta esta constituida por hojas comprimida de decidua basal, vestigios vasculares y en su periferia, por decidua esponjosa. La placenta de la pared uterina en el alumbramiento maternal aparece rugosa roja y esponjosa.

La porción fetal de la placenta esta constituida por numerosas vellosidades. Son estas ramificaciones terminales de la circulación fetal, sirviendo así mismo como medio de transporte par los productos metabólicos. La superficie vellosa expuesta a la sangre materna se ha calculado en 50 mts².

3.1.4. CORDON UMBILICAL

El cordón umbilical es una estructura grisácea, blanda, fácilmente comprensible y retorcida, que conecta al feto con la placenta. Su longitud es de 50 cms y su diámetro es de 2 cms, esta revestido de una capa delgada de epitelio escamoso estratificado, semejante a la piel del feto. El cordón posee una estructura de tejido conjuntivo fibroso laxo y contiene un material mucoso, la gelatina de Wharton. Normalmente corren por el cordón dos arterias que trae del feto sangre desoxigenada, y una vena que provee sangre oxigenada. El cordón tiene generalmente una extensión excéntrica en la placenta. En aproximadamente 1% de los embarazos sencillos y 6% de los gemelares falta

una de las arterias umbilicales, alrededor del 50% de estos recién nacidos tienen otras anomalías estructurales. ⁽⁷⁾

3.1.5. MEMBRANAS FETALES

El corion y el amnios se originan en el borde placentario para ir a rodear al feto. Se desprenden fácilmente de la superficie fetal de la placenta. El amnios es una membrana doble translúcida; su capa externa está constituida por tejido conjuntivo mesodérmico y la interna por el ectodermo. El amnios puede ser considerado como una extensión de la piel fetal. Está formado principalmente por células escamosas poliestratificadas, dispuestas en varias capas, pero entre ellas se pueden distinguir grupos de células cuboides. Especialmente en las cercanías del cordón umbilical, se observan zonas membranosas más gruesas.

Las membranas placentarias contienen el líquido amniótico, y proporcionan una barrera contra la infección del feto. Constituyen un sistema bidireccional de intercambio de líquidos, electrolitos y hormonas entre la madre y el feto. ⁽⁷⁾

3.1.6. LIQUIDO AMNIÓTICO

El feto a término se encuentra en un litro de líquido amniótico claro, de densidad baja (alrededor de 1.008) y leve alcalinidad (pH de alrededor de 7.2) el líquido amniótico protege al feto de traumatismos directos, le ayuda a mantener su temperatura, le permite libre movilidad, disminuye su posibilidad de adherirse a la membrana amniótica y le permite el intercambio hidroelectrolítico y hormonal. Este actúa como depósito de las secreciones y excreciones fetales. Este fluido contiene descamaciones fetales, restos de dermis, algunos leucocitos, pequeñas cantidades de albúmina, uratos y otras sales orgánicas e inorgánicas. ⁽⁷⁾

7 BAILY, E. y cols "Adaptaciones del Embarazo y Desarrollo Fetal" Enciclopedia de la Enfermería Volumen 4 Editorial Océano/ Centrum 1997. PP 67-69

La concentración electrolítica es equivalente a la del plasma humano, excepto un bajo contenido de calcio (5.5 mg/100ml). Se hallan hormonas (estrión) en el líquido amniótico en pequeñas cantidades.

Al líquido amniótico se le considera como secreción del amnios, un trasvase vascular o como orina fetal. Lo más probable es que se origine de los tres pero la primera contribución parece ser la más importante. Aproximadamente se recambian de 350 a 375 ml cada hora. Sin embargo una deficiencia de restos de solo algunos ml/hr, en su caso recambio, desencadena inmediatamente polihidramnios (mayor de 2 lts. De líquido amniótico) en tanto de una depuración excesiva producirá oligohidramnios (menos de 300ml de líquido amniótico al término del embarazo).⁽⁷⁾

3.1.7. FUNCION DE LA PLACENTA

La placenta tiene dos funciones: actúa como órgano de transferencia de productos metabólicos y produce las hormonas y las enzimas necesarias para el mantenimiento del embarazo. Por lo tanto funciona como pulmón, aparato digestivo, riñón y como un complejo glandular sin conductos.

La placenta vive y respira como cualquier órgano. Extrae de la sangre materna la mayoría de sus elementos nutritivos. La medición del consumo de oxígeno revela la intensa actividad metabólica placentaria. No obstante la placenta es un órgano pobremente compensado. El crecimiento de la placenta tiene un límite; alcanzado este declina su capacidad funcional y el consumo de oxígeno.⁽⁷⁾

7 **BAILY, E. y Cols** "Adaptaciones del Embarazo y Desarrollo Fetal" Enciclopedia de la Enfermería Volumen 4 Editorial Océano/ Centrum 1997. PP 70

3.2. DESARROLLO FETAL

3.2.1. PERIODOS DE CRECIMIENTO FETAL

En el crecimiento del producto de la gestación se consideran tres etapas diferenciales:

- ♣ **PERIODO I. semanas 1 a 3 periodo preembrionario:** se produce la fecundación del ovulo y el desarrollo del producto de la concepción hasta que se forman tres capas del disco embrionario.
- ♣ **PERIODO II. semanas 3 a 8 periodo embrionario:** crecimiento rápido, diferenciación tisular y formación de todos los órganos principales.
- ♣ **PERIODO III. Semanas 9 a 40 periodo fetal:** se produce el crecimiento y desarrollo de los principales órganos, y diferenciación de los aparatos y sistemas corporales.

3.2.2. PERIODO I. PREEMBRIONARIO

Una vez que se lleva a cabo la fecundación, el cigoto u ovulo fecundado se divide repetitivamente, mientras se desplaza por la trampa de Falopio hasta llegar al útero de 3 a 5 días, ya dentro del útero se convierte en blastocisto (pelotón de células que rodea la cavidad central).

El blastocisto se implanta cerca del fondo uterino, ya sea en la parte posterior o anterior, la pared del blastocisto tiene un espesor de una célula excepto en una área en la que tiene 3 o 4 células. Las células internas de la pared más gruesa del blastocisto se convierten en el embrión. Mientras que las externas penetran en la pared uterina, para formar la placenta. La placenta produce hormonas que ayudan a mantener la gestación y permite el intercambio de oxígeno y nutrientes y productos de desecho, entre la madre y el feto. La placenta está formada completamente entre la 18 y 29 semana de gestación pero sigue creciendo durante todo el embarazo. Hasta pesar aproximadamente 1 kg

Posteriormente la pared mas delgada del blastocisto se convierte en capas de membranas que rodean y protegen al embrión, una capa externa llamada corion y una capa interna amnios. Las forma un saco amniótico en cual se encuentra lleno de líquido claro (amniótico) que se extiende para envolver al embrión en desarrollo que flota en su interior. ⁽⁷⁾

1ª SEMANA

- Fecundación y formación del cigoto (30 horas).
- Segmentación del cigoto en 12 a 16 blastomeros: mórula (días 2 y 3).
- Formación del blastocisto (4 día)
- Fijación del blastocisto (5 a 8 días).

2ª SEMANA

- Formación de las capas citotrofoblasticas (interior) y sincitiofoblasticas (exterior) (dais 7 y 8)
- El trofoblasto invade el endometrio y lo sinusoide maternos (día 8)
- Aparición de la cavidad amniótica (día 8)
- Formación de las redecillas lagunares (día 9)
- Establecimiento de la circulación útero placentaria primitiva (día 11)
- formación de las vellosidades coriónicas primitivas (día 13)
- Decidualización de la mucosa uterina (día 14)
- desarrollo de la lámina precordial.

3ª SEMANA

- Formación del os vasos sanguíneos dentro de las vellosidades coriónicas (día 13).
- Gastrulación o conversión del disco embrionario bilaminar en el disco trilaminar (de tres capas) (día 14).
- Desarrollo sostenido del corion, con formación de las vellosidades corionicas terciarias (día 15 a 20).
- Desarrollo del tubo neural (día 21)
- Inicio de la circulación sanguínea (día 24).

7 idem **BAILY, E.** y Cols p. 71

3.2.3. PERIODO II. EMBRIONARIO

El cúmulo celular interior se aplana para formar el disco embrionario o al principio de la segunda semana después de la concepción, pronto se diferenciarán tres capas (ectodermo, mesodermo y endodermo). El Ectodermo se localiza en el dorso, dará origen a todo el sistema nervioso, la piel y sus apéndices. Como pelo y glándulas. Y los elementos periféricos de los otros órganos sensitivos como los ojos y los oídos. ⁽⁷⁾

El mesodermo o capa intermedia, formará los elementos de sostén como huesos y articulaciones, músculos y tejido conjuntivo al sistema cardiovascular, y aparato urogenital.

Por último el Endodermo o capa interna, de ubicación ventral será el encargado de formar el tubo digestivo (con los órganos derivados como el hígado, vesícula biliar y páncreas) en conjunto con otras formaciones como glándulas tiroideas y las paratiroides el timo y los pulmones.

Durante este breve lapso (cuatro semanas), el desarrollo embrionario es extremadamente rápido. Se forman todos los órganos internos y externos importantes y los aparatos y sistemas corporales, proceso llamado organogénesis. ⁽⁷⁾

El embrión cambia de forma, y a las ocho semanas ya son reconocibles los principales aspectos externos del cuerpo (morfogénesis). Esta etapa de crecimiento y desarrollo entraña el potencial de las principales malformaciones congénitas si el embrión queda expuesto a diversos agentes teratogénicos, como fármacos, productos químicos, virus y otras sustancias. ⁽⁷⁾

7 idem **BAILY, E.** y Cols p. 79

SEMANA 9 A 12

- El tamaño de la cabeza fetal corresponde a mitad del tamaño total del cuerpo.
- Longitud de la coronilla a la rabadilla se duplica entre las 9 y 12 semanas.
- Los párpados se encuentran fusionados.
- Las extremidades superiores alcanzan sus proporciones normales, en tanto que las inferiores no se desarrollan tanto.
- Son reconocibles los genitales masculinos y femeninos a las semanas.
- A las 12 semanas, la producción de eritrocitos se trasfiere del hígado al bazo.

SEMANA 13 A 26

- El crecimiento fetal es rápido.
- El feto duplica su tamaño.
- Empieza a crecer el lanugo.
- Se forman las uñas de las manos.
- Los riñones empiezan a excretar orina.
- El feto empieza a deglutir líquido amniótico.
- La placenta esta totalmente formada.

SEMANA 27 A 23

- El crecimiento fetal se vuelve lento.
- Las extremidades inferiores completan su formación.
- El cuerpo fetal queda cubierto por lanugo.
- El cuerpo queda cubierto por vernix caseosa, que protege la piel del feto frente al líquido amniótico.
- La madre percibe por primera vez los movimientos fetales cerca de la vigésima semana.
- Se forma la grasa parda.

SEMANA 24 A 27

- La piel crece rápidamente; se observa roja y arrugada.
- Se abren los ojos y se forman las pestañas y las cejas.
- El feto se vuelve viable a las 24 semanas.

SEMANA 28 A 31

- Se deposita grasa subcutánea.
- Si el feto nace durante esta época, puede sufrir síndrome de inmunodeficiencia respiratoria por rapidez pulmonar.

SEMANA 32 A 36

- El aumento de peso es constante.
- Ha desaparecido el lanugo del cuerpo, pero persiste sobre la cabeza.
- Crecen las uñas de las manos.
- Esta admitido que las probabilidades que tiene el feto de sobrevivir si nace durante estas semanas son buenas.

SEMANA 37 A 40

- La grasa subcutánea se incrementa de manera constante, y los contornos fetales se rodean.
- Las uñas de las manos y los pies están totalmente formadas, y rebasan las puntas de los dedos.
- Han descendido ambos testículos (en el varón).
- El cráneo está muy bien desarrollado y es más grande que cualquiera otra parte del cuerpo.

3.2.4. PERIODO FETAL

Una vez establecidas las estructuras orgánicas básicas del embrión cuando ya es reconocible este como ser humano se llama “feto”. Durante esta etapa que abarca de las 9 a la 40 de gestación continúan con el crecimiento y diferenciación de tejido y órganos que inician su desarrollo durante el periodo embrionario. Cambian las proporciones corporales y los minúsculos órganos fetales empiezan a funcionar para satisfacer parte de sus necesidades metabólicas. ⁽⁸⁾

Durante la adolescencia, las personas crecen y maduran rápidamente. Estos cambios suelen comenzar a la edad de los 11 años en las mujeres y en los hombres a los trece años. Los cambios hormonales responsables realmente comienzan años antes y pueden dar lugar a periodos de inquietud y mal humor. Las niñas experimentan estos cambios antes que los niños. Debido a esto, en los primeros tres o cuatro años, ellas parecen madurar mucho más rápido, pero después los varones las alcanzan para a la edad de 17 años convertirse ambos en hombres y mujeres jóvenes. Estos jóvenes pueden ser ya físicamente tan grandes como sus padres y serán capaces de tener hijos propios. Todo esto se complica con el hecho de que la capacidad de procrear o concebir hijos puede desarrollarse en los adolescentes al mismo tiempo que su madre la está perdiendo debido a la menopausia.

La menarca para las chicas o el cambio de voz para los chicos son acontecimientos importantes que pueden tener lugar en edades diferentes entre los adolescentes. Todo el crecimiento y desarrollo utiliza gran cantidad de energía, lo cual podría tener que ver con el hecho de que los adolescentes parecen necesitar dormir más. ⁽⁸⁾

8 **BENSON C. Ralph** “Manual de Ginecología y Obstetricia” Editorial Océano 2ª edición México 2002. PP 532

A la vez que se hacen mas altos, comienzan a afeitarse o tiene reglas, las personas de esta edad comienzan a pensar y a sentir de forma diferente, es la época en que empiezan a establecer relaciones íntimas fuera del entorno familiar con sus amigos de la misma edad. Las relaciones con al familia también cambian, los padres se hacen menos imprescindibles cuando los adolescentes desarrollan su vida fuera de la familia.

4. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. ⁽⁸⁾

Las causas del embarazo en la adolescencia son prácticamente indiscutibles, de gran carga emocional y numerosa, se deben examinar muchos factores además la causa obviamente es que los adolescentes mantiene relaciones sexuales sin medidas de anticoncepción adecuadas. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100% la abstinencia es la mejor manera para prevenir un embarazo no deseado. ⁽⁸⁾

Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes han tenido sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además este numero crece hasta el 66% de adolescentes antes de los 19 años de edad. Diferentes estudios demuestran que a la edad de 20 años el 75% de las mujeres adolescentes han tenido relaciones sexuales y el 86% en hombres.

8 **BENSON C. Ralph** "Manual de Ginecología y Obstetricia" Editorial Océano 2ª edición México 2002. PP 538

Etiología y Factores asociados al embarazo en adolescentes

Determinantes de la fecundidad en la adolescencia

4.1. Factores biológicos

La edad de menarquia es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50% 2 años después de la primera menstruación.

Entre los fenómenos que constituyen la aceleración celular del crecimiento está el adelanto de la edad de menarquia. En el último siglo, la menarquia se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12 (últimos 150 años). Así, los adolescentes son fértiles a una edad menor. ⁽⁸⁾

4.2 Factores psicosociales y conducta sexual

El adelanto de la menarquia es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. Los factores psicosociales que acompañan a la modernización y su influencia en los roles personales y familiares son también contribuyentes, al existir grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana, por otra, la sociedad retarda la edad en que se considera adulto con todos los derechos y deberes (hay sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquia/espermarquia y la independencia económica y laboral). Este conjunto de elementos hace que aumente el período de exposición al riesgo de embarazo fuera del marco, socioculturalmente aceptado, del matrimonio estableciéndose, además, expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual de los adolescentes. (8)

8 BENSON C. Ralph “Manual de Ginecología y Obstetricia” Editorial Océano 2ª edición México 2002. PP 566

4.3. Conducta sexual

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. En 8 países participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones antes de los 20 años. En Chile distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales (47% de los hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%), y menor en el alto (17%).⁽⁹⁾

La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción.

La edad media en que se contrae matrimonio es un indicador de las opciones al alcance de las mujeres: cuando pueden elegir, muchas mujeres retrasan el matrimonio para estudiar y/o buscar empleo. Esta orientación al cumplimiento de metas es un factor que favorece un inicio más tardío de la actividad sexual.

4.4 Disfunción familiar

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.⁽⁹⁾

9 NAVARRO Joaquín “Psicología Infantil y Juvenil”. Primera Edición Grupo Editorial Océano Barcelona España. **PP 128**

4.5. Psicológicos y Culturales

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar". La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El "machismo" y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno. ⁽⁹⁾

4.6. Sociales

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente. ⁽⁸⁾

4.7. Anticoncepción y embarazo adolescente

La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos adolescentes, no más de un 30% usó algún método anticonceptivo en ese período, aduciendo que estaban convencidos que "eso no iba a pasarles", lo no planificado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción, temor a ser criticados si usaban un método anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual. ⁽⁹⁾

El uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad, aún en las casadas, con tasas de 9% en Guatemala, 30% en Colombia y hasta 50% en Brasil. Las cifras son mas bajas en áreas rurales. Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método de calendario, (no siempre bien utilizados) seguido de la píldora.

La literatura señala que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año Como factores de riesgo para la recidiva se han identificado: primer embarazo antes de los 16 años, pareja mayor de 20 años, deserción escolar, estar en un nivel escolar menor al que le correspondería, haber requerido asistencia social en el primer embarazo, haber tenido complicaciones durante el primer embarazo, y haber salido del hospital sin conocer métodos de planificación familiar. ⁽⁹⁾

4.8. Fenomenología del embarazo en la adolescente

El embarazo de la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia y que presenta características diferentes según la etapa de desarrollo de la adolescente en que se presente.

Actitud frente al embarazo y la maternidad

4.9. Etapa de adolescencia temprana

El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre. No hay concepto de desarrollo de una vida individual y no son capaces de dibujar un bebé de aspecto real. No hay lugar para el padre en sus planes.

El tema de la maternidad provoca depresión y aislamiento. Puede presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica. ⁽⁹⁾

4.10. Etapa de adolescencia media

El foco de desarrollo es el establecimiento de la identidad y de la feminidad. Es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo, de sentirse aislada, rechazada, no querida pasa a la euforia sintiéndose querida y popular. El embarazo, por ende, puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brindará madurez y crea expectativas

Su actitud es ambivalente, de orgullo y de culpa: la madre perfecta con su bebé y la desesperación por las responsabilidades que se le vienen encima.

El padre tiene un lugar y es considerado importante como una esperanza en el futuro. ⁽⁹⁾

4.11. Etapa de adolescencia tardía

El foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales, por lo que el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como un futuro compañero.

Es en la etapa de la adolescencia tardía que se ve el impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por adaptarse a su rol de madre: sentimientos maternos protectores y sensación de anticipación del hijo.

9 NAVARRO Joaquín "Psicología Infantil y Juvenil". Primera Edición Grupo Editorial Océano Barcelona España. **PP 152**

4.12. Evolución del embarazo en adolescentes

Existen numerosas publicaciones que documentan el impacto negativo del embarazo precoz, especialmente con edad ginecológica inferior a 2 años. Este se expresa en aspectos biológicos y psicosociales de la madre y del hijo (los más estudiados) así como del padre y de las familias de origen. ⁽⁹⁾

4.13. En la madre adolescente

Entre los aspectos biológicos destaca mayor riesgo de anemia, síndrome hipertensivo, infección urinaria, así como aumento del riesgo de aborto, de complicaciones del aborto y aún de mortalidad materna. Cabe destacar, sin embargo, que cuando la adolescente embarazada recibe atención oportuna, suficiente y de calidad apropiada a sus particulares necesidades, estos riesgos disminuyen notoriamente. ⁽⁹⁾

4.14. En el hijo de madre adolescente

El hijo de madre adolescente tiene, en general, mayores riesgos que el de madre de más de 20 años. Este riesgo se expresa en mayor frecuencia de bajo peso de nacimiento y de morbilidad en el período perinatal (incluyendo malformaciones congénitas) y posteriormente; mayor probabilidad de desnutrición y retardo en el desarrollo psicomotor y afectivo, tasas más altas de mortalidad en la infancia, y mayor riesgo de negligencia y maltrato.

Cabe agregar que estos riesgos suelen verse agravados por la condición de "ilegitimidad" que aún se mantiene en muchos países de América Latina y que limita el ejercicio de los derechos del hijo e incluso su acceso a servicios de salud. ⁽⁹⁾

4.15. EN EL PADRE ADOLESCENTE

En el padre adolescente se ha descrito aumento del estrés y mayor frecuencia de trastornos emocionales. En ocasiones, estos problemas se desencadenan por una reacción negativa del medio que lo rodea o por la exclusión de la vida del hijo a que la madre adolescente y su familia pudieran someterlo.

En los aspectos sociales, se observa mayor frecuencia de deserción escolar que a futuro condiciona trabajos e ingresos de menor nivel que sus pares. También presentan mayor probabilidad de separación y divorcio. ⁽⁹⁾

5. ATENCION INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

5.1. ENFOQUE DE RIESGO.

Estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna evitar un daño. ⁽¹⁰⁾

5.2. FACTORES PROTECTORES.

Son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental, un dialogo con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas con factores protectores. ⁽¹⁰⁾

5.3. FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL Y BIOLOGICOS.

Son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en la salud. Entre los **factores de riesgo psicosociales** tenemos la asincronía madurativa físico-emocional, baja autoestima, bajo nivel de instrucción, ausencia de interés, perdida reciente de personas significativas, embarazo por violación o abuso, intento de aborto, propósito de entregar el hijo en adopción, familia disfuncional o ausente.

Los factores de riesgo biológico en al embarazada adolescente son edad cronológica < 14 años y /o edad ginecológica <1 año, peso <45 Kg. y/o talla 1.45mts, estado nutricional deficiente, aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado preconcepcional, hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad consumo toxico de tabaco o drogas, tatuajes y tener varias parejas sexuales. ⁽¹⁰⁾

10 **Gispert C** "Fundamentos de Enfermería" Editorial Océano/ Centrum 3ª edición Madrid España 1999. PP 183

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1.- **Anticipatorio**; permitiendo aplicar medidas preventivas.

2.- **Integral**: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbilidad predominan en la adolescencia comparten riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que se requiere de un equipo interdisciplinario. ⁽¹⁰⁾

5.4. Motivos de consulta a adolescentes embarazadas.

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

Síntomas "distractores": sin embargo, en gran número de jóvenes la sintomatología del embarazo puede ser escasa o muy confusa. Entre los síntomas más comunes en las adolescentes en las cuales el diagnóstico de embarazo no fue hecho desde un comienzo, están la fatiga, desmayos recurrentes, mareos, depresión, irritabilidad, náuseas, vómitos, epigastralgia, constipación, aumento de peso, urticaria, cefalea, calambres musculares en miembros inferiores, dolor de espalda y aumento de frecuencia urinaria.

No sorprende, entonces, que se formulen diagnósticos equivocados, como reacción de ajuste de la adolescencia, enfermedad depresiva, somatización, úlcera péptica, constipación, reacción alérgica, anemia, obesidad, infección urinaria, espasmo muscular y jaqueca. ⁽¹⁰⁾

10 **Gispert C** "Fundamentos de Enfermería" Editorial Océano/ Centrum 3ª edición Madrid España 1999. PP 183

La experiencia muestra que las adolescentes en quienes se pasa por alto la existencia de un embarazo pueden ser divididas en dos grupos. En el primero se encuentran las que se niegan a aceptar la posibilidad de un embarazo y que pueden llegar a consultar, por primera vez, de emergencia por "dolor abdominal" cuando en realidad están en trabajo de parto; a veces insisten en que tienen periodos menstruales regulares y/o que nunca han tenido relaciones sexuales. No es raro que también los padres nieguen haber notado el evidente embarazo. El otro grupo, más numeroso, son adolescentes que se encuentran solas y confundidas y que, a la defensiva, no revelan sus problemas; ponen a prueba al médico para ver si pueden confiar en él, esperando que se descubra "el segundo diagnóstico", la realidad dramática para ellas del embarazo. ⁽¹⁰⁾

5.6. Evaluación diagnóstica

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

La confirmación del diagnóstico mediante pruebas de laboratorio es útil. Se debe tener en cuenta que las pruebas de laboratorio pueden ser falsas positivas o falsas negativas, por lo que el médico debe conocer la sensibilidad, especificidad y valor predictivos de las pruebas de embarazo que utiliza. ⁽¹⁰⁾

10 **Gispert C** "Fundamentos de Enfermería" Editorial Océano/ Centrum 3ª edición Madrid España 1999. PP 196

5.7. Servicios y Programas

Durante los últimos años la atención de la adolescente embarazada en Latinoamérica ha experimentado un considerable desarrollo, creándose servicios especiales y diseñándose actividades específicas para este grupo etéreo. En la medida que la cobertura y calidad de estos programas y servicios aumenta, los riesgos asociados, especialmente los biológicos, han experimentado importantes reducciones. Cabe destacar que los programas y servicios para adolescentes embarazadas deben cumplir los requisitos propios del modelo de salud integral, presentados en el capítulo respectivo. Asimismo, para profundizar en normas, recursos y actividades, se han desarrollado modelos de atención de nivel secundario y terciario que apoyan y complementan la atención del nivel primario. ⁽¹¹⁾

5.8. Cuidado prenatal

El control prenatal debe ser integral e interdisciplinario. Existen estudios que demuestran que programas que proveen adecuado cuidado nutricional, psicosocial y educacional disminuyen el riesgo asociado a este tipo de embarazos, especialmente en menores de 15 años.

Durante el período prenatal la madre está especialmente sensible y receptiva a la comunicación verbal y no verbal, lo que facilita la pesquisa de problemas de la esfera psicosocial y la entrega de contenidos educativos a la madre adolescente, al padre y a los miembros de las familias de origen, cuando ellos acompañan el proceso.

Información básica con respecto al embarazo, como la edad gestacional en que se palpa el útero aumentado de tamaño (sexta semana desde la fecha de la última menstruación), se escuchan los latidos cardíacos fetales (semana 10-12) y la primigesta percibe por primera vez los movimientos fetales (alrededor de la semana 20), son altamente valorados. ⁽¹¹⁾

11 MOLINA R. Sandoval "Adolescencia y Embarazo" Pérez Sánchez A. Donoso Siña E. Obstetricia, Capítulo 14. Segunda Edición. 1992. publicaciones Mediterráneo. Santiago de Chile. PP 237-139

Los factores asociados al **inicio de la actividad sexual**, según la Academia Americana de Pediatría, y que constituyen importante orientación para los programas, son los siguientes:

Inicio temprano

- Pubertad temprana
- Abuso sexual
- Ausencia de padres apoyadores
- Mal rendimiento escolar
- Participación en otras actividades de riesgo
- Pobreza
- Enfermedad mental

Inicio tardío

- Énfasis en abstinencia
- Orientación a cumplimiento de metas
- Consistencia y firmeza de los padres en disciplina
- Buen rendimiento escolar
- Participación regular en lugares de culto religioso

En todo control de supervisión de salud del adolescente se debe realizar consejería en sexualidad, con contenidos acordes a la etapa de desarrollo del joven. Esta educación debe ser integral, fomentando valores, con énfasis en el desarrollo de actitudes y habilidades que promuevan la postergación de la vida sexual activa y el logro de la abstinencia.

Sin embargo, frente a adolescentes sexualmente activos se debe entregar información de los distintos métodos anticonceptivos existentes, su eficacia, sus ventajas y desventajas, cómo obtenerlos y precauciones en su uso. Es imprescindible que sea el/la adolescente quien (idealmente junto su pareja, familiar u otro adulto acompañante) tome la decisión de usar o no algún método y cuál.

Existen numerosas experiencias con programas de educación sexual para prevenir la ocurrencia embarazos en adolescentes. La gran mayoría basan su estrategia en la entrega de información sobre la fisiología de la reproducción humana, promoviendo el uso de métodos anticonceptivos; ellos no han tenido resultados muy impactantes, de modo que las tendencias en las tasas de fecundidad en adolescentes o de abortos en este grupo etario no se han reducido en la magnitud esperada.

5.10. PREVENCIÓN

Prevención primaria:

Esta intervención se realiza con los adolescentes antes de que inicien actividad sexual.

- Información sobre fisiología reproductiva gradual y continua.
- Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia.
- Medidas a destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia.
- Fomento de la comunicación entre padres e hijos.
- Atención periódica en aquellos adolescentes que están en situación de riesgo.
- Captar adolescentes que no estudian ni trabajan, para lograra su reinserción social y educacional.

Prevención secundaria:

Dirigida a adolescentes con actividad sexual que no desean embarazos:

- Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención integral a adolescentes.
- Asistencia del padre del recién nacido, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su papel.
- Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar a su hijo en adopción.
- Involucrar a los maestros en temas que orienten a los jóvenes.

Prevención terciaria:

Dirigida a adolescentes embarazadas, para buen control de la gestación en lo medico, fisiológico y lo alimenticio, en busca de disminuir las complicaciones:

- Vigilancia de vinculo madre-hijo y padre-hijo prestando atención a signos de alarma.
- Favorecer la inserción laboral, educacional o ambas tanto la madre como para el padre en lo posible.
- Seguimiento medico integral del padre.
- Orientación a los padres adolescentes sobre cuidados del recién nacido.

6. EL RECIEN NACIDO DE LA MADRE ADOLESCENTE

Las características y las situaciones que más comúnmente tienen los neonatos hijos de las madres adolescentes son:

1.- **PESO:** No existe diferencia significativa con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretermino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbilidad perinatal. Entre las menores de 17 años hay mayores frecuencia de recién nacidos con bajo peso, con una prevalencia cercana de 14% de neonatos con menos de 250grs. ⁽¹¹⁾

2.-**INTERNAMIENTOS EN NEONATOLOGIA:** Los hijos de las adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a neonatología.

11 MOLINA R. Sandoval "Adolescencia y Embarazo" Pérez Sánchez A. Donoso Siña E. Obstetricia, Capitulo 14. Segunda Edición. 1992. publicaciones Mediterráneo. Santiago de Chile. PP 237-139

3.- **MALFORMACIONES:** Se informa mayor incidencia entre hijos de las adolescentes menos res de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre de tubo neural la malformación mas frecuente y con un numero importante de retrasos mentales de por vida que vana manifestar siempre en su personalidad. ⁽¹¹⁾

4.-**MORTALIDAD PERINATAL:** Su índice es elevado entre las adolescentes disminuyendo con al edad (39.4% hasta los 16 años y 30.7% entre las mayores de 19 años). ⁽¹¹⁾

7. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD- PATERNIDAD ADOLESCENTE

1.- **Consecuencias para la adolescente:** es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuros planes de lograra buenos empleos, y posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección.

2.-**Consecuencias para el hijo de la madre adolescente:** Tiene mayor riesgo de nacer con bajo peso al nacer, dependiendo también del as circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de muerte súbita.

3.- **Consecuencias para el padre adolescente:** Es común la deserción escolar para absorber la manutención de su familia, también es sometido que tenga peores trabajos menor remuneración que sus padres y exista demasiado estrés. ⁽¹¹⁾

11 **MOLINA R. Sandoval** "Adolescencia y Embarazo" Pérez Sánchez A. Donoso Siña E. Obstetricia, Capitulo 14. Segunda Edición. 1992. publicaciones Mediterráneo. Santiago de Chile. PP 245

8. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

8.1. Complicaciones del embarazo en adolescentes

A menudo no se sospecha el embarazo de la adolescente hasta que es obvio, lo que se traduce en un aumento de sus riesgos, ya que se ha comprobado una relación directa entre las complicaciones del embarazo, su interrupción, y la morbilidad con el número de semanas de embarazo sin atención médica. Esto es especialmente importante en América Latina, donde las muertes a raíz del aborto inducido entre las adolescentes entre 15 y 19 años es una de las principales causas de defunción de la población femenina en este grupo de edad. ⁽¹¹⁾

Por lo anterior, es necesario destacar la importancia de un diagnóstico precoz y analizar las razones del error diagnóstico. Dado que pocas adolescentes consultan a especialistas (ginecólogos), los médicos generales, los médicos de familia, los pediatras y otros profesionales que atienden adolescentes deben estar alerta a la sintomatología vaga y heterogénea con que el embarazo suele manifestarse durante la adolescencia, así como incorporar a su anamnesis habitual, la historia y registro de sus ciclos menstruales. La causa principal del error diagnóstico es una historia y un examen físico incompletos; por ello, la anamnesis sexual debería ser parte de la historia clínica de todo adolescente. ⁽¹¹⁾

11 MOLINA R. Sandoval "Adolescencia y Embarazo" Pérez Sánchez A. Donoso Siña E. Obstetricia, Capítulo 14. Segunda Edición. 1992. publicaciones Mediterráneo. Santiago de Chile. PP 289-297

8.2. Aborto y Mortalidad Materna

La mortalidad materna de las adolescentes está relacionada con la mortalidad materna general, siendo más alta en los países en que la mortalidad materna total es mayor; contribuyen a ésta, la baja condición social de la mujer, la ausencia de servicios de atención materna, y la falta de aplicación de tecnologías apropiadas. ⁽¹¹⁾

La mortalidad materna es 50 veces más alta en las adolescentes de América Latina comparadas con las de los Estados Unidos de América y Canadá (cifras entre 15 y 20 en Perú y Ecuador versus 0,4 y 0,1 muertes por complicaciones de embarazo parto y puerperio por 100.000 mujeres de 15 a 20 años). 25 a 30% de la mortalidad materna está determinada por el aborto, siendo la tasa más alta la de Perú, con 4,8. ⁽¹¹⁾

Establecer la frecuencia real de abortos provocados en la Región de las Américas es difícil. En algunos países, como Cuba y los Estados Unidos, la legislación permite la interrupción del embarazo, mientras en otros la legislación la prohíbe y está penada por la ley. En Estados Unidos, la razón de abortos para el grupo de menores de 15 años es de 133 por 100 nacidos vivos, cifra que se reduce a la mitad en el grupo de 15 a 19 años (la razón para todas las edades es de 34 por 100 nacidos vivos). En Cuba, 1 de cada 4 abortos se realiza en una menor de 20. Estudios a pequeña escala en Brasil, Colombia y Perú indican que 1 de cada 10 mujeres hospitalizadas por aborto tiene menos de 20 años. En general, un 30% de la mortalidad por aborto en América Latina se produce en mujeres de 24 años o menos. ⁽¹¹⁾

11 MOLINA R. Sandoval “Adolescencia y Embarazo” Pérez Sánchez A. Donoso Siña E. Obstetricia, Capitulo 14. Segunda Edición. 1992. publicaciones Mediterráneo. Santiago de Chile. PP 289-297

En cuanto a los aspectos psicosociales, destaca el riesgo de deserción escolar y baja escolaridad definitiva; ello se acompaña, a futuro, de desempleo más frecuente, e ingreso económico reducido de por vida. Asimismo, hay mayor riesgo de separación, divorcio y abandono. A ello se agrega un mayor número de hijos. Así, el embarazo de la adolescente afecta su proyecto de vida en La finalidad de una buena asistencia prenatal consiste en identificar a las mujeres que se encuentran en situaciones de riesgo e iniciar la intervención oportuna para prevenir o aliviar los problemas. ⁽¹¹⁾

Algunas de las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia son las siguientes:

8.3. HIPEREMESIS GRAVIDICA

Es un cuadro caracterizado por náuseas y vómitos durante el embarazo que persisten más allá del primer trimestre. Las manifestaciones son muy intensas y frecuentes, hasta el punto que dificultan la nutrición de la embarazada, originan disminución importante de peso y pueden provocar deshidratación y alteraciones metabólicas. ⁽¹¹⁾

8.4 EMBARAZO MULTIPLE

El embarazo múltiple o gemelar se produce aproximadamente en una de cada 80 gestaciones. La mayor parte corresponde al nacimiento de gemelos zigóticos (no idénticos o fraternos), si bien se registra una incidencia de un nacimiento de gemelos monocigóticos (idénticos) por cada 200 gestaciones. El embarazo triple se da en una de cada 8.000 gestaciones. ⁽¹¹⁾

11 MOLINA R. Sandoval "Adolescencia y Embarazo" Pérez Sánchez A. Donoso Siña E. Obstetricia, Capítulo 14. Segunda Edición. 1992. publicaciones Mediterráneo. Santiago de Chile. PP 298

8.5. ANEMIA DEL EMBARAZO

Durante el segundo y tercer trimestres de la gestación, cerca del 56% de todas las embarazadas presentan cierto grado de anemia, definida por una concentración de hemoglobina inferior a 11g/100ml. ⁽¹¹⁾

8.6. INCOMPATIBILIDAD DE FACTOR RH MATERNO-FETAL

Cuando el producto de la gestación hereda del padre (Rh positivo) el antígeno D del factor Rh que no posee la madre (que es Rh negativo), la sangre de esta inicia una reacción inmunitaria contra el factor Rh de los eritrocitos fetales y se desencadena un proceso hemolítico (enfermedad hemolítica del recién nacido).⁽¹¹⁾

8.7. ABORTO

Se llama aborto a la interrupción del embarazo antes de que el producto de la concepción alcance las 22 semanas de vida intrauterina y un peso de 500 grs.

8.8. EMBARAZO ECTOPICO

Se llama embarazo ectópico a la gestación que ocurre fuera de la cavidad uterina. Los sitios anómalos de implantación de la célula huevo son: trompas de Falopio, abdomen, cuello uterino, ovario, y pared exterior del útero. Este trastorno, que puede poner en peligro la vida de la mujer y es una importante causa de mortalidad materna, se produce aproximadamente en uno de cada 200 embarazos. ⁽¹¹⁾

11 MOLINA R. Sandoval “Adolescencia y Embarazo” Pérez Sánchez A. Donoso Siña E. Obstetricia, Capitulo 14. Segunda Edición. 1992. publicaciones Mediterráneo. Santiago de Chile. PP 302

8.9. MOLA HIDATIDIFORME

Es una anomalía del desarrollo placentario que se produce cuando las células trofoblásticas siguen creciendo y forman un tumor invasor después de la muerte del embrión. ⁽¹¹⁾

8.10. PLACENTA PREVIA

En caso de placenta previa, esta se encuentra implantada y se desarrolla en el segmento inferior del útero, y se fija sobre el orificio cervical interno o lo cubre por completo, esta complicación se presente en uno de cada 200 embarazos que llegan a término. ⁽¹¹⁾

8.11. DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA

Se denomina desprendimiento prematuro de placenta a la separación de una placenta normalmente implantada de la pared uterina antes del parto. ⁽¹¹⁾

8.12. HIPERTENSION INDUCIDA POR EL EMBARAZO: TOXEMIA GRAVIDICA, PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

El concepto hipertensión inducida por el embarazo se aplica a los siguientes grupos:

- 1.- Mujeres con diagnóstico y tratamiento prenatal de hipertensión sin causa subyacente identificada.
- 2.- Mujeres con diagnóstico de hipertensión durante el embarazo con antecedentes de nefropatías o problemas cardiovasculares.
- 3.- Mujeres sin antecedentes previos que durante el embarazo desarrollan hipertensión y se resuelven en el puerperio.

11 MOLINA R. Sandoval “Adolescencia y Embarazo” Pérez Sánchez A. Donoso Siña E. Obstetricia, Capítulo 14. Segunda Edición. 1992. publicaciones Mediterráneo. Santiago de Chile. PP 306

La toxemia gravídica o gestosis es una grave complicación del embarazo que puede presentarse desde el quinto mes de gestación hasta una semana después del parto. La primera fase denominada preeclampsia, se caracteriza por hipertensión arterial, proteinuria y además en la segunda fase denominada eclampsia a las anteriores manifestaciones se suman convulsiones y pérdida de conocimiento con riesgo de muerte.

8.13. INFECCIONES SISTEMICAS DURANTE EL EMBARAZO

Durante el embarazo pueden producirse diversas infecciones sistémicas capaces de alterar la gestación y especialmente alteraciones y malformaciones en el feto. Entre las más frecuentes e importantes, cabe destacar toxoplasmosis, sífilis, hepatitis vírica, rubéola, infección por citomegalovirus y herpes. ⁽¹¹⁾

11 MOLINA R. Sandoval “Adolescencia y Embarazo” Pérez Sánchez A. Donoso Siña E. Obstetricia, Capitulo 14. Segunda Edición. 1992. publicaciones Mediterráneo. Santiago de Chile. PP 312

VI. HIPOTESIS

Los embarazos no deseados en adolescentes se presentan por la falta de cultura, e información por parte de la familia y la educación, así mismo demuestran poco interés hacia lo que implica un embarazo y la responsabilidad de mantener a un hijo que no es deseado. Es por eso que muchas chicas adolescentes optan por métodos que resultan fáciles para deshacerse de esos problemas sin tomar en cuenta que ponen en riesgo su propia vida o que traiga complicaciones graves en el desarrollo de su embarazo.

VII. MATERIAL Y METODO

- ♣ **OBSERVACIONAL:** El investigador se encargara de medir y describir la investigación realizada por lo que no puede ser modificado a voluntad propia de otros factores que intervienen en el estudio.
- ♣ **DESCRITIVO:** El estudio solo cuenta con una población específica la cual se pretende describir de acuerdo a los resultados obtenidos.
- ♣ **PROSPECTIVO:** Toda la información se recoge de acuerdo a los criterios del investigador y para fines de esta.
- ♣ **TRANSVERSAL:** En el estudio o investigación serán medidas una ves todas la variables.

POBLACION Y MUESTRA:

El grupo que conformó esta investigación, fue un total de 70 adolescentes embarazadas de entre 15 y 20 años de edad, acudieron a consulta en la Unidad de Medicina Familiar N° 75 en la Ciudad de Morelia Michoacán en el periodo comprendido del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Adolescentes embarazadas.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Variable por edad.

Variable por estatus económico.

Variable por grado escolar.

Variable por estado civil.

Variable por grado de conocimiento.

CRITERIOS

CRITERIOS DE INCLUSION

Todas las adolescentes embarazadas de 15 A 20 años que acudan a consulta en la U. M. F. N° 75 en la Ciudad de Morelia Michoacán, del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Todas las adolescentes embarazadas que no acudan a consulta en la U. M. F. No 75 en la ciudad de Morelia Michoacán, del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

Todas las adolescentes embarazadas previamente seleccionadas que no quieran participar en la investigación.

CRTERIO DE ELIMINACION

Aquellas adolescentes embarazadas que no contestaron correctamente la encuesta.

ORGANIZACION DE LA INVESTIGACION

RECURSOS HUMANOS:

Como persona responsable de la investigación Pasante de Servicio Social en Enfermería Mónica Pérez Vallejo de la Facultad de Enfermería.

RECURSOS FISICOS:

Instalaciones de la Unidad de Salud: Unidad Medica Familiar No 75 "Dr. Luís Manuel Antunez Ruiz" en la Ciudad de Morelia Michoacán.

RECURSOS MATERIALES:

Se utilizaron lápiz, lapicero, hojas blancas de papel, computadora, impresora, y programas de Microsoft Word y Excel.

TIEMPO

Se tomaron 3 días a la semana repartidos en 2 horas por día.

RECOLECCION DE DATOS

Se tomo la modalidad de una encuesta previamente elaborada y validada con preguntas cerradas y mixtas. Así como fuentes bibliográficas en libros, revistas y páginas de Internet.

MANEJO DE DATOS

Los datos y la información obtenida mediante la encuesta previamente realizada del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007 se manejaron con confidencialidad y solo se utilizaron para obtener la hipótesis de la investigación.

ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

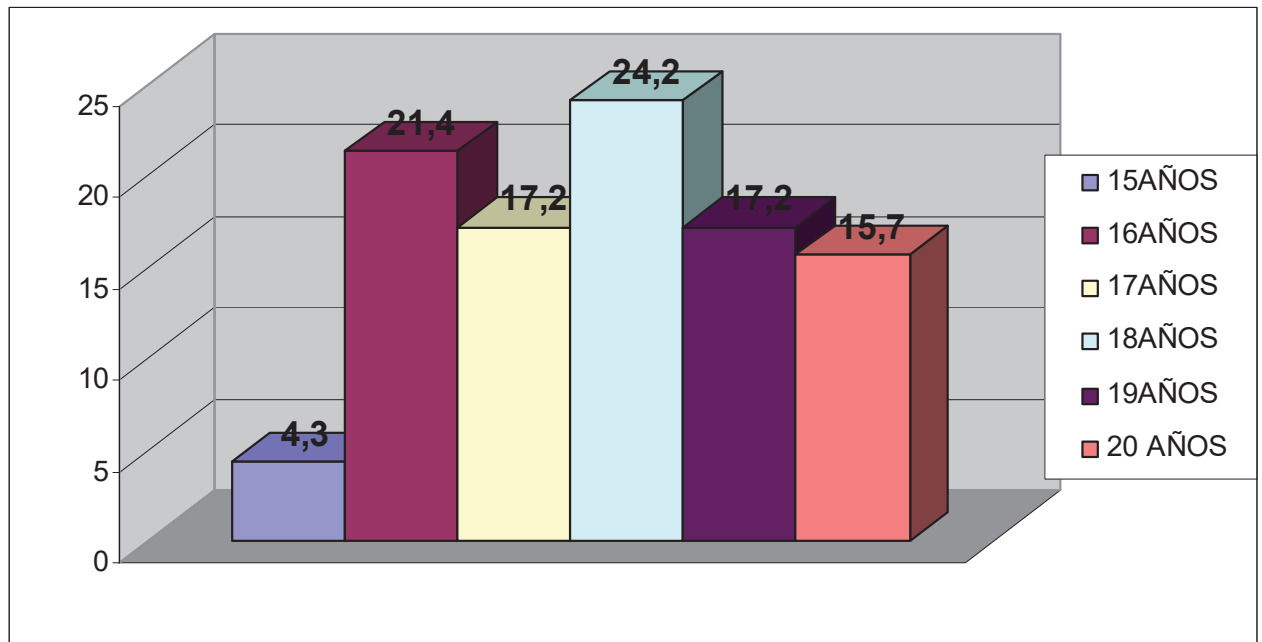
Se darán a conocer solamente los resultados obtenidos respetando la identidad y confidencialidad de las personas que participaron en la muestra de la investigación.

VIII. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

CUADRO No 1**EDAD DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA A LA UMF N° 75 DE LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN**

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
15 AÑOS	3	4.3
16 AÑOS	15	21.4
17 AÑOS	12	17.2
18 AÑOS	17	24.2
19 AÑOS	12	17.2
20 AÑOS	11	15.7
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 1

Fuente: Cuadro No.1

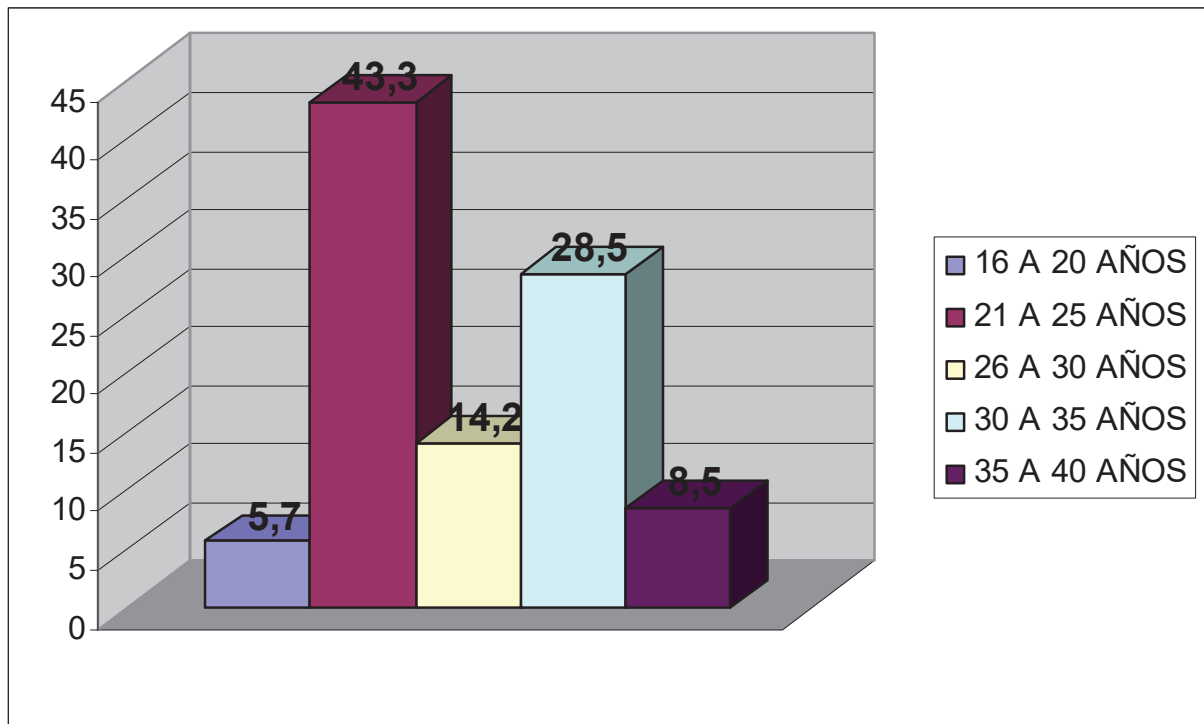
Interpretación: La edad de las adolescentes encuestadas que acudieron a consulta a la UMF No 75 en la Ciudad de Morelia Michoacán el porcentaje mayor fue del 24.2% que corresponde a los 18 años, el 21.4% a los 16 años, 17.2% a los 17 y 19 años, el 15.7% a los 20 años y el 4.3% a los 15 años. Por lo tanto el grupo que acudió a más consultas fue el de 18 años.

CUADRO No 2

**EDAD DE LAS PAREJAS DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF
No 75 DE LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE
MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.**

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
16 A 20 AÑOS	4	5.7
21 A 25 AÑOS	30	43.3
26 A 30 AÑOS	10	14.2
30 A 35 AÑOS	20	28.3
35 A 40 AÑOS	6	8.5
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 2

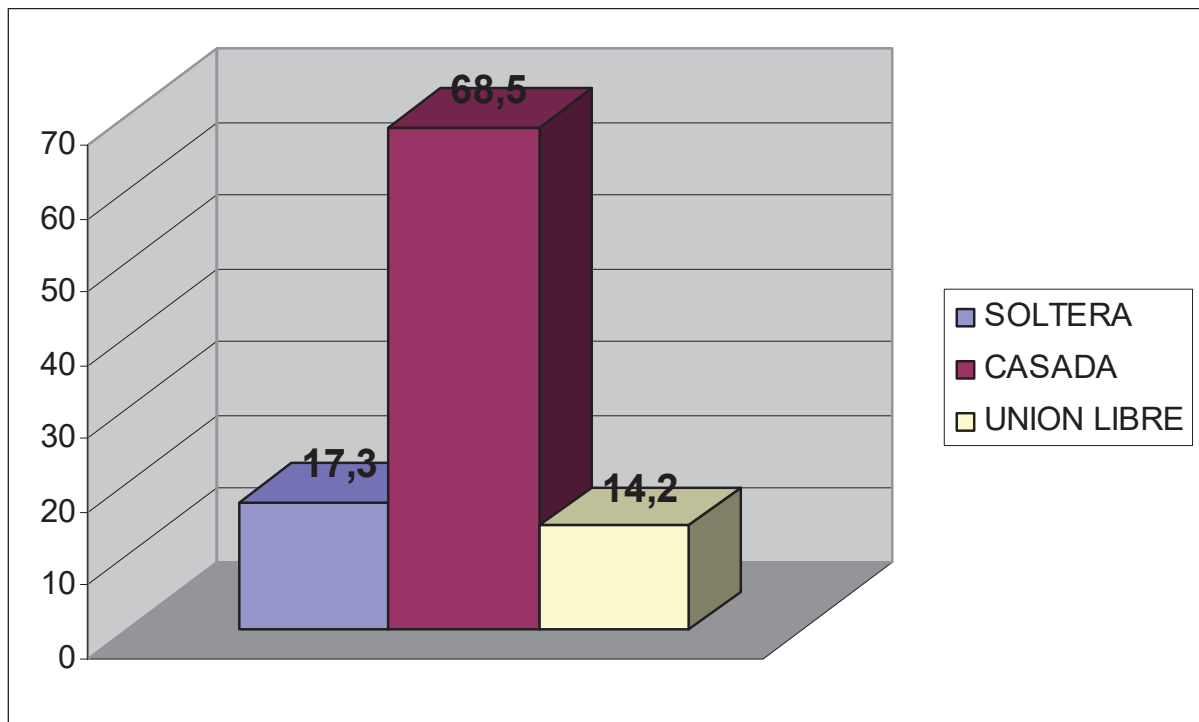
Fuente: Cuadro No 2

Interpretación: El 43.3% de la edad en la pareja de la adolescentes embarazada se encuentra entre 21 y 25 años de edad: el 28.5% entre los 30 y 35 años, el 14.2% entre los 26 y 30 años, el 8.5% entre los 45 y 40 años, y el 5.7% entre los 16 y 20 años.

CUADRO No 3**ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.**

ESTADO CIVIL	TOTAL	PORCENTAJE
SOLTERA	12	17.3
CASADA	48	68.5
UNION LIBRE	10	14.2
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 3

Fuente: Cuadro No 3

Interpretación: El 68.5% de las adolescentes embarazadas que acudieron a la UMF No 75 son de estado civil casadas, el 17.3% son solteras y el 14.2% viven en unión libre.

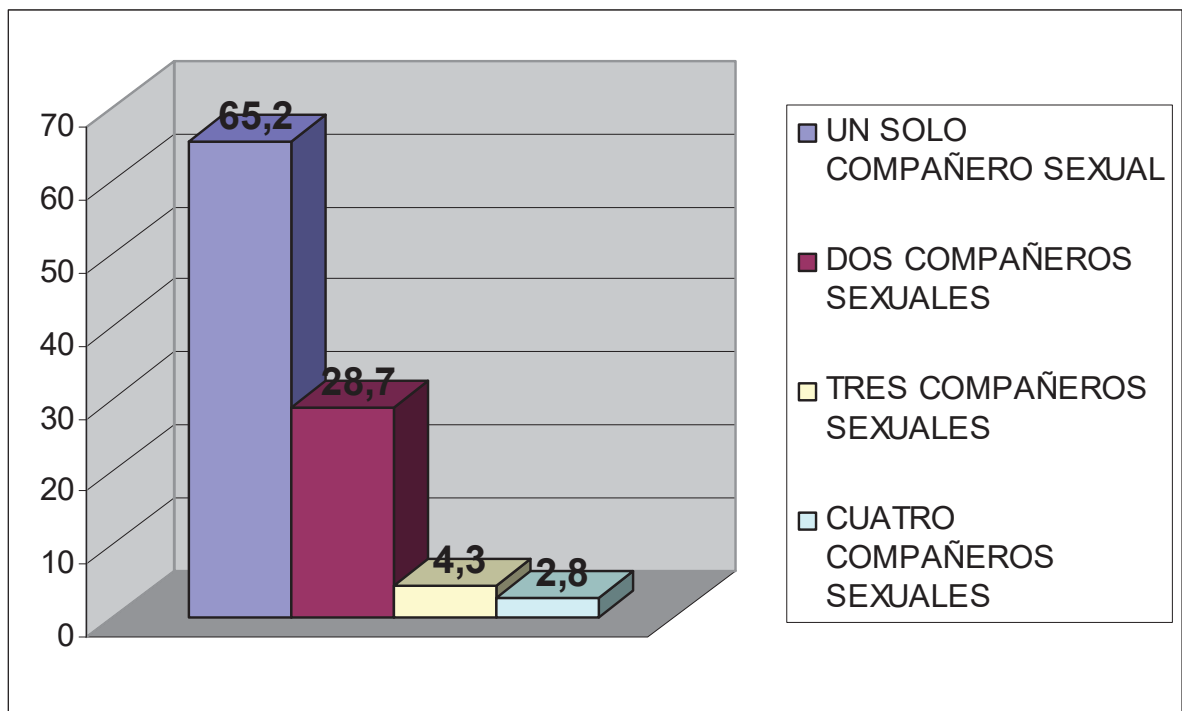
CUADRO No 4

COMPAÑEROS SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.

COMPAÑEROS SEXUALES	TOTAL	PORCENTAJE
UN SOLO COMPAÑERO SEXUAL	45	65.2
DOS COMPAÑEROS SEXUALES	20	28.7
TRES COMPAÑEROS SEXUALES	3	4.3
CUATRO COMPAÑEROS SEXUALES	2	2.8
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 4



FUENTE: Cuadro No. 4

Interpretación: El 65.2% de las adolescentes han tenido un solo compañero sexual, el 28.7% dos compañeros sexuales, el 4.3% tres compañeros sexuales, y el 2.8% cuatro compañeros sexuales.

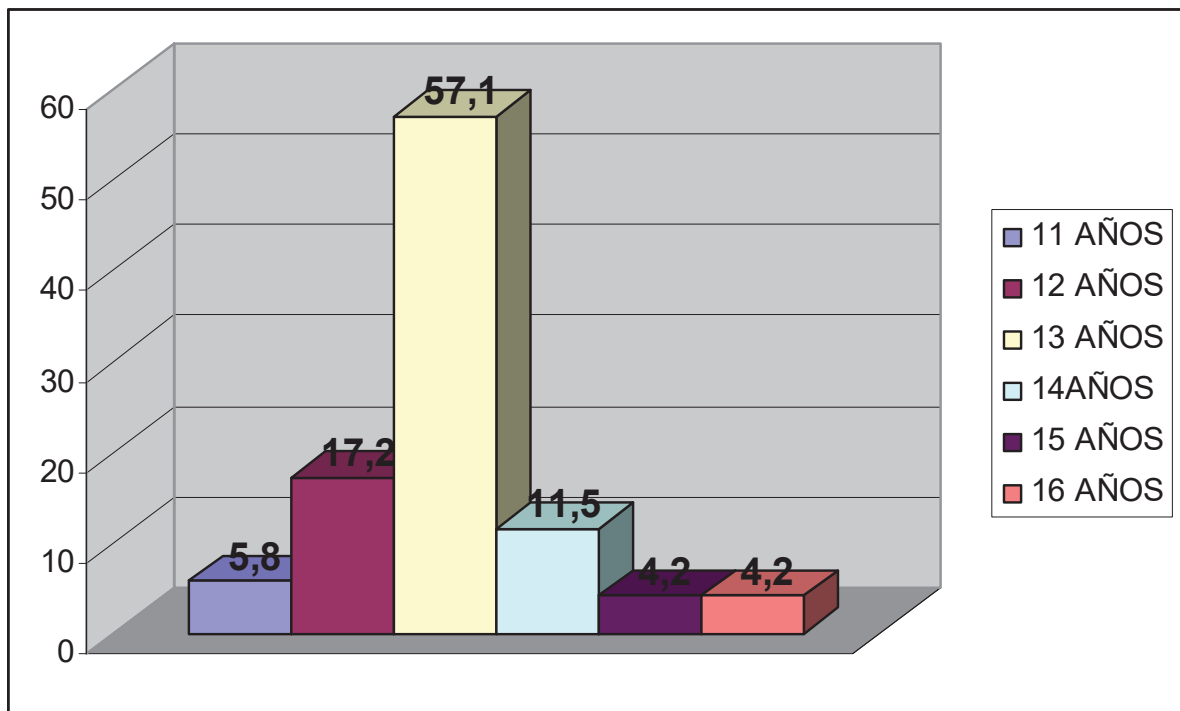
CUADRO No 5

MENARCA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.

MENARCA	TOTAL	PORCENTAJE
11 AÑOS	4	5.8
12 AÑOS	12	17.2
13 AÑOS	40	57.1
14 AÑOS	8	11.5
15 AÑOS	3	4.2
16 AÑOS	3	4.2
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 5



FUENTE: Cuadro No 5

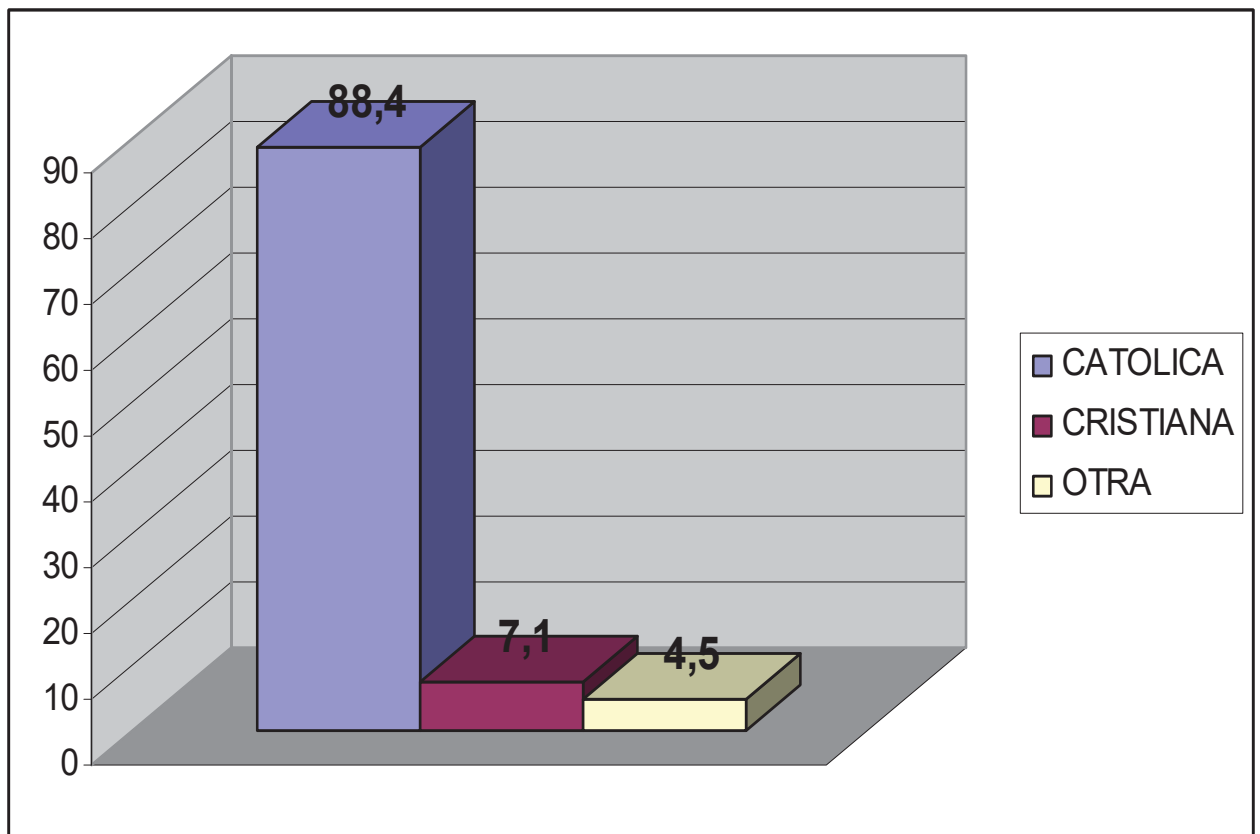
Interpretación: el 57.1% de las adolescentes tuvo su menarca a los 13 años, el 17.2% a los 12 años, el 11.5% a los 14 años, el 5.8% a los 11 años y el 4.2% a los 15 y 16 años.

CUADRO No 6

RELIGION QUE PROFESAN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.

RELIGION	TOTAL	PORCENTAJE
CATOLICA	62	88.4
CRISTIANA	5	7.1
OTRA	3	4.5
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 6

FUENTE: Cuadro No 6

Interpretación: El 88.4% de las embarazadas que acudieron a consulta a la UMF No 75 son de religión católica, el 7.1 % de religión cristiana y el 4.5% de otra religión.

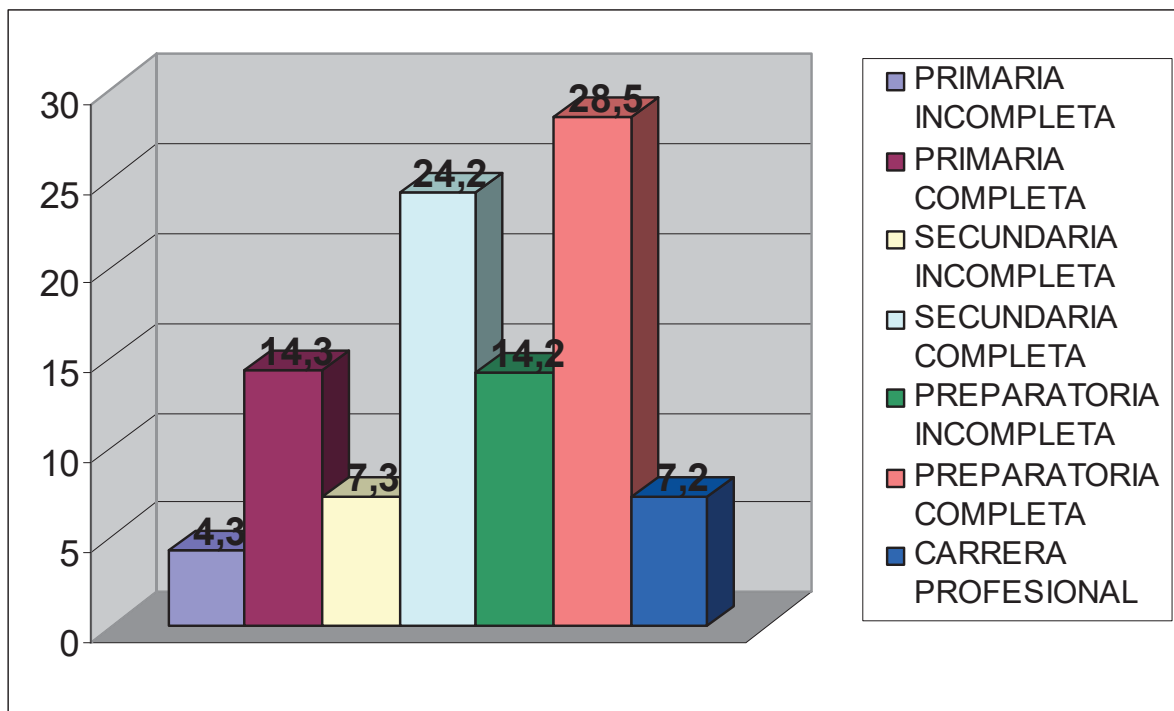
CUADRO No 7

NIVEL DE ESTUDIO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.

NIVEL DE ESTUDIO	TOTAL	PORCENTAJE
PRIMARIA INCOMPLETA	3	4.3
PRIMARIA COMPLETA	10	14.3
SECUNDARIA INCOMPLETA	5	7.3
SECUNDARIA COMPLETA	17	24.2
PREPARATORIA INCOMPLETA	10	14.2
PREPARATORIA COMPLETA	20	28.5
CARRERA PROFESIONAL	5	7.2
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 7



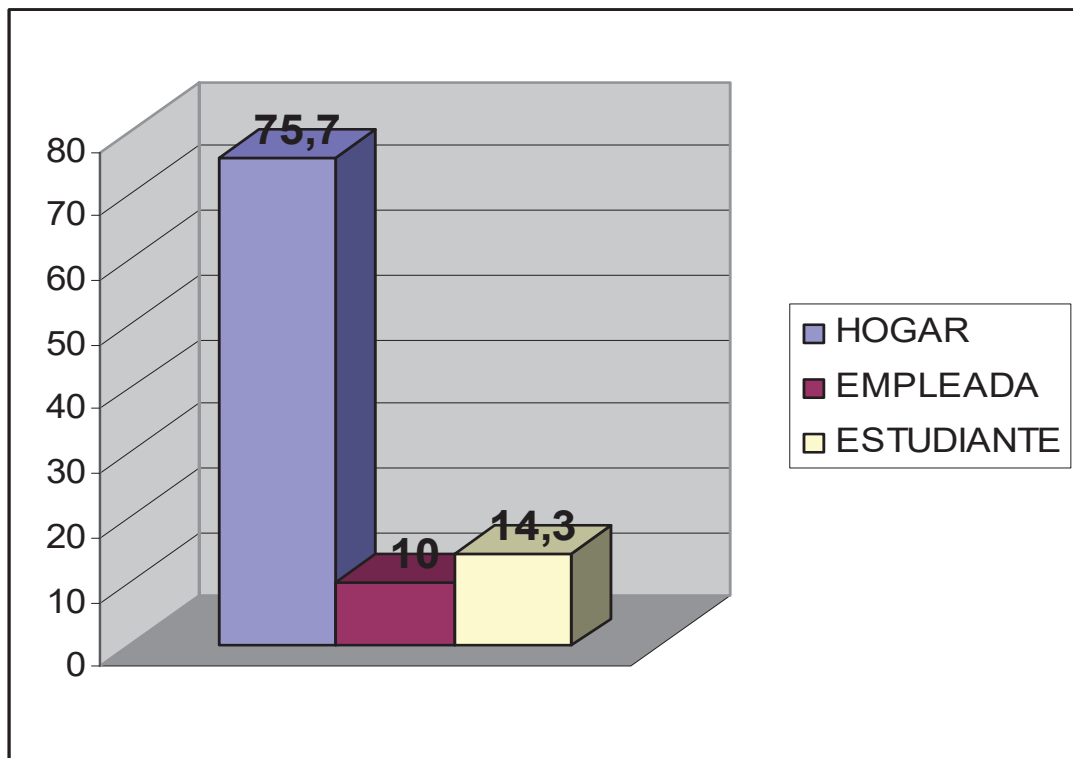
FUENTE: Cuadro No 7

Interpretación: el 28.5% de las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta a la UMF No 75 terminaron la preparatoria completa, el 24.2% la secundaria completa, el 14.3% la primaria completa al igual que el 14.2% tiene la preparatoria incompleta, el 7.3% la secundaria incompleta y el 7.2% tienen carrera profesional y el 4.3% la primaria incompleta.

CUADRO No 8**OCUPACION DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.**

OCUPACION	TOTAL	PORCENTAJE
HOGAR	53	75.7
EMPLEADA	7	10.0
ESTUDIANTE	10	14.3
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 8

FUENTE: Cuadro No 8

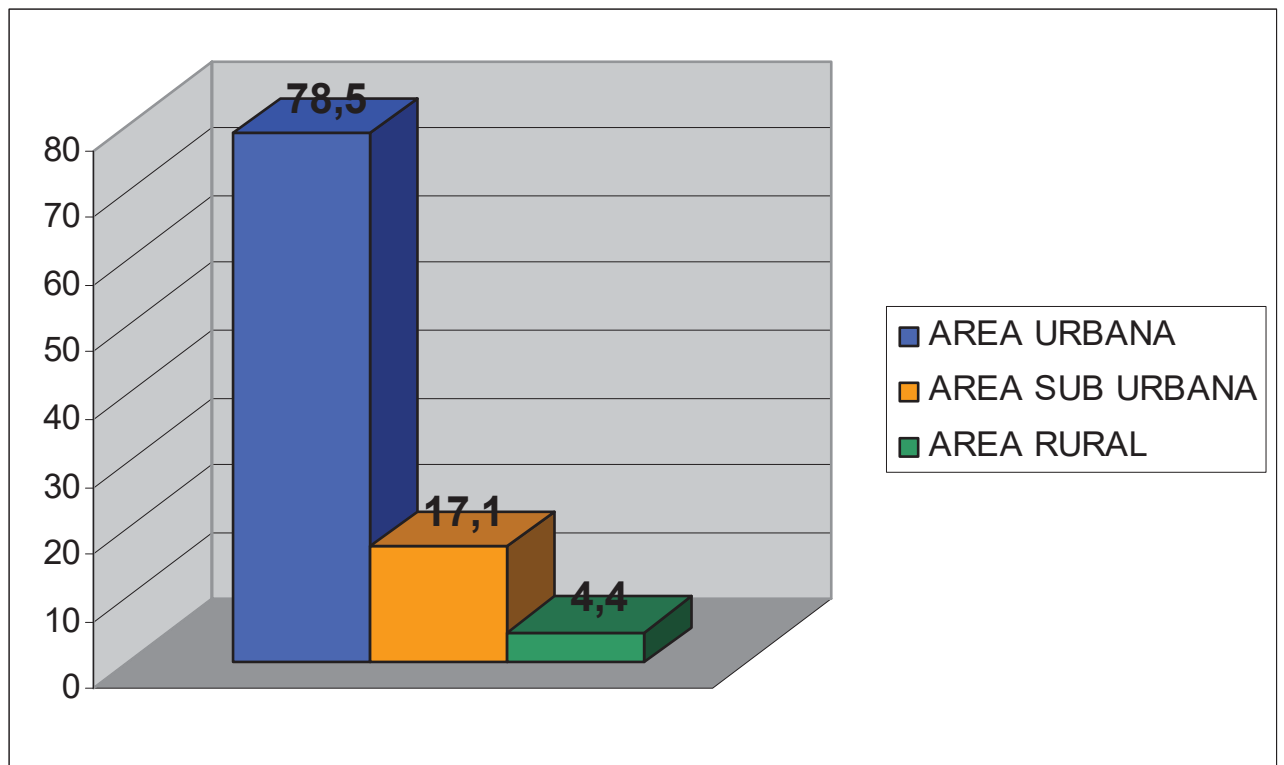
Interpretación: el 75.7% de las adolescentes embarazadas se dedican al hogar, el 14.3% son estudiantes y el 10% son empleadas.

CUADRO No 9

**AREA EN LA QUE HABITAN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF
No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE
MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.**

OCUPACION	TOTAL	PORCENTAJE
AREA URBANA	55	78.5
AREA SUB URBANA	12	17.1
AREA RURAL	3	4.4
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 9

FUENTE: Cuadro No 9

Interpretación: El área donde habitan las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta a la UMF No 75 fue del 78.5% que habitan en área urbana, el 17.1 en zona sub urbana y el 4.2% en una zona rural.

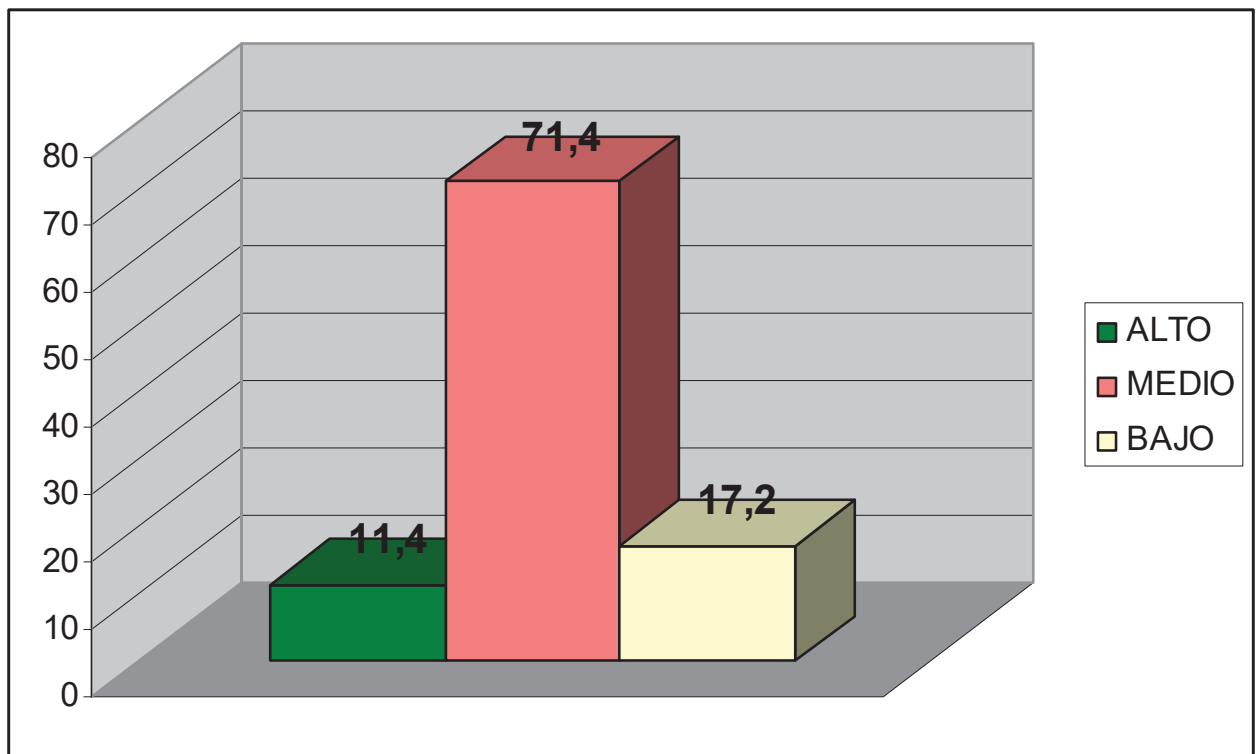
CUADRO No 10

ESTRATO SOCIOECONOMICO AL QUE PERTENECEN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.

ESTRATO SOCIOECONOMICO	TOTAL	PORCENTAJE
ALTO	8	11.4
MEDIO	50	71.4
BAJO	12	17.2
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 10



FUENTE: Cuadro No 10

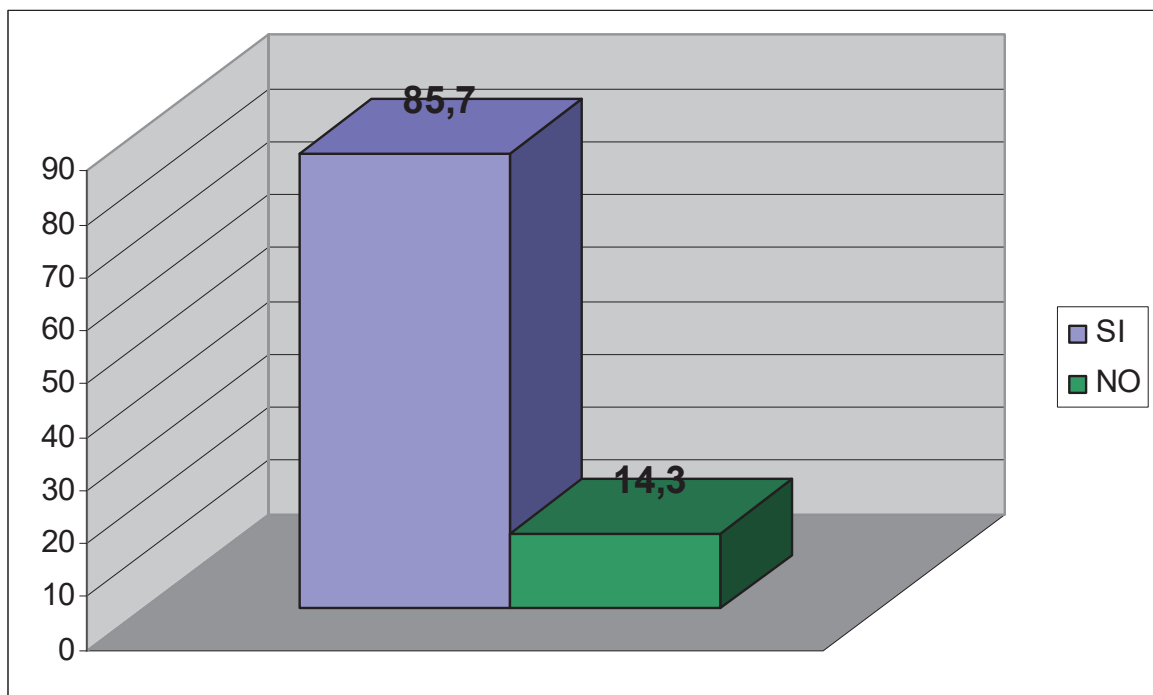
Interpretación: el 71.4% de las adolescentes embarazadas son de nivel socio económico medio, el 17.2% de nivel bajo y el 11.4% de nivel alto.

CUADRO No 11

**ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON
ORIENTACION SEXUAL POR PARTE DE LA FAMILIA, QUE
ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD
DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO
DE 2007.**

ORIENTACION SEXUAL	TOTAL	PORCENTAJE
SI	60	85.7
NO	10	14.3
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 11

FUENTE: Cuadro No 11

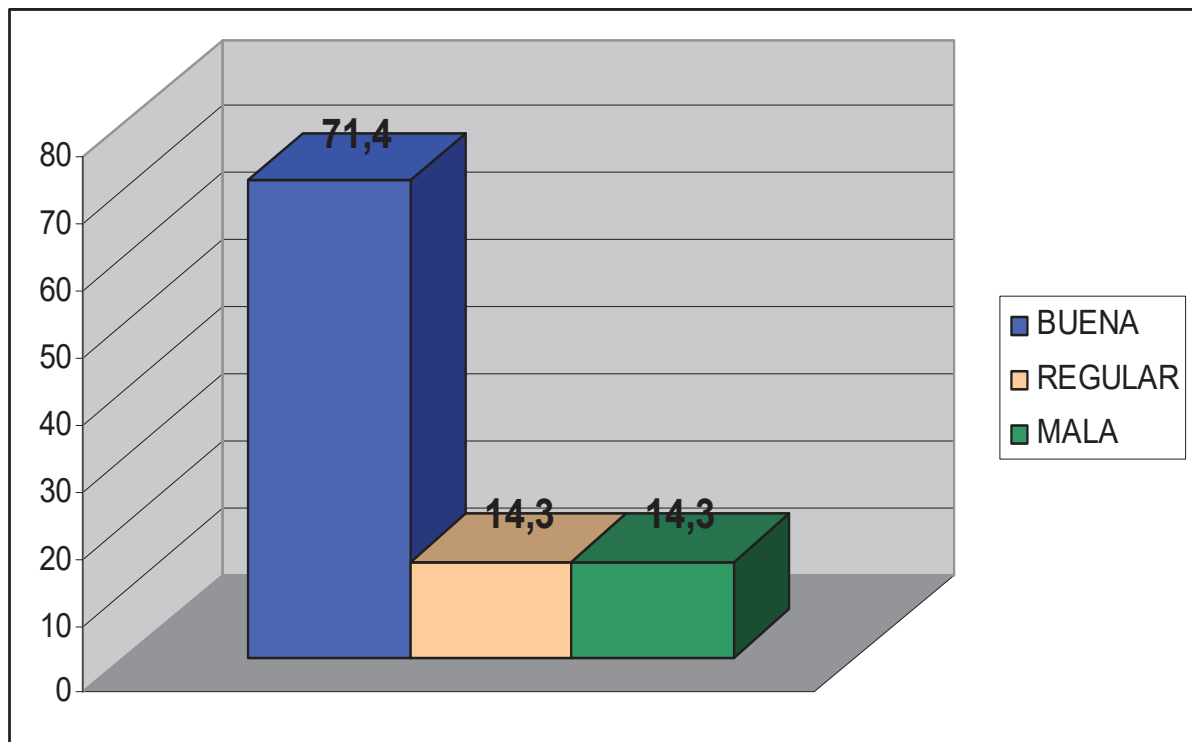
Interpretación: el 85.7% de las adolescentes embarazadas **Si** recibieron orientación sexual por parte de sus familia, y el 14.3% **No** recibieron orientación sexual.

CUADRO No 12

**SITUACION FAMILIAR Y AFECTIVA DE LAS ADOLESCENTES
QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA
CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE
JULIO DE 2007.**

SITUACION FAMILIAR	TOTAL	ORCENTAJE
BUENA	50	71.4
REGULAR	10	14.3
MALA	10	14.3
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 12

FUENTE: Cuadro No. 12

Interpretación: el 71.4% de las adolescentes embarazadas tienen buena situación emocional y afectiva, y simultáneamente el 14.3% es buena y mala.

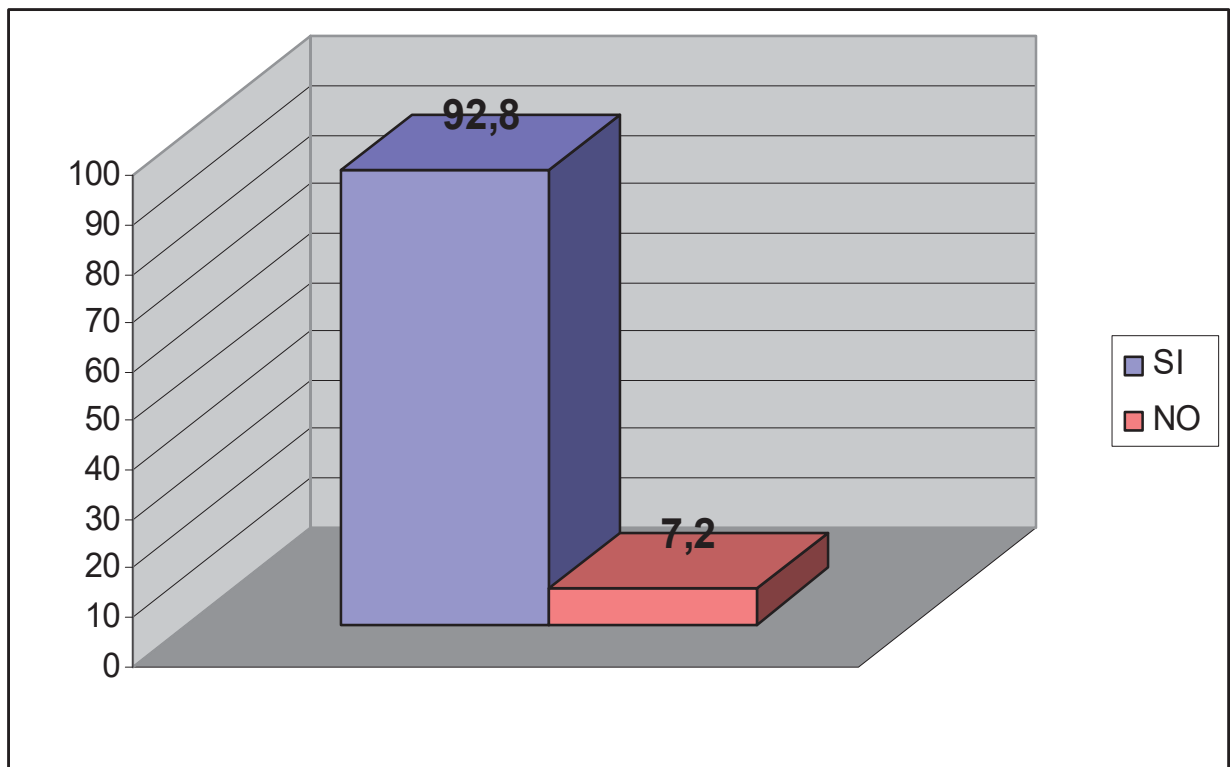
CUADRO No 13

CONOCIMIENTO DEL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.

CONOCIMIENTO	TOTAL	PORCENTAJE
SI	65	92.8
NO	5	7.2
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 13



FUENTE: Cuadro No.13

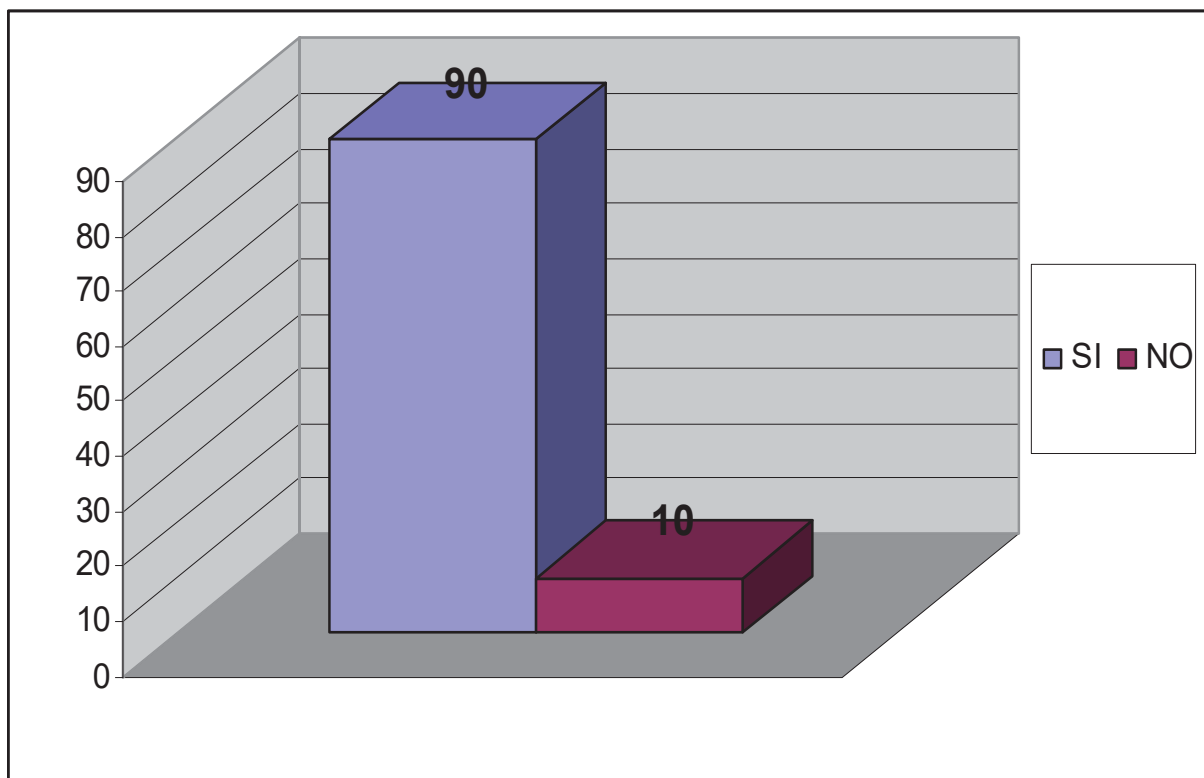
Interpretación: de acuerdo a la encuesta realizada se les pregunto a las adolescentes embarazadas sobre lo que era un embarazo y su tiempo de gestación, el 92.8% si reconoce lo que es un embarazo y el 7.2% tiene idea pero no es especificada.

CUADRO No 14

CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.

CONOCIMIENTO SOBRE LAS COMPLICACIONES	TOTAL	PORCENTAJE
SI	63	90.0
NO	7	10.0
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007

CUADRO No 14

FUENTE: Cuadro No 14.

Interpretación: el 90% de las adolescentes embarazadas saben que son las complicaciones de un embarazo mientras tanto el 10% no lo sabe.

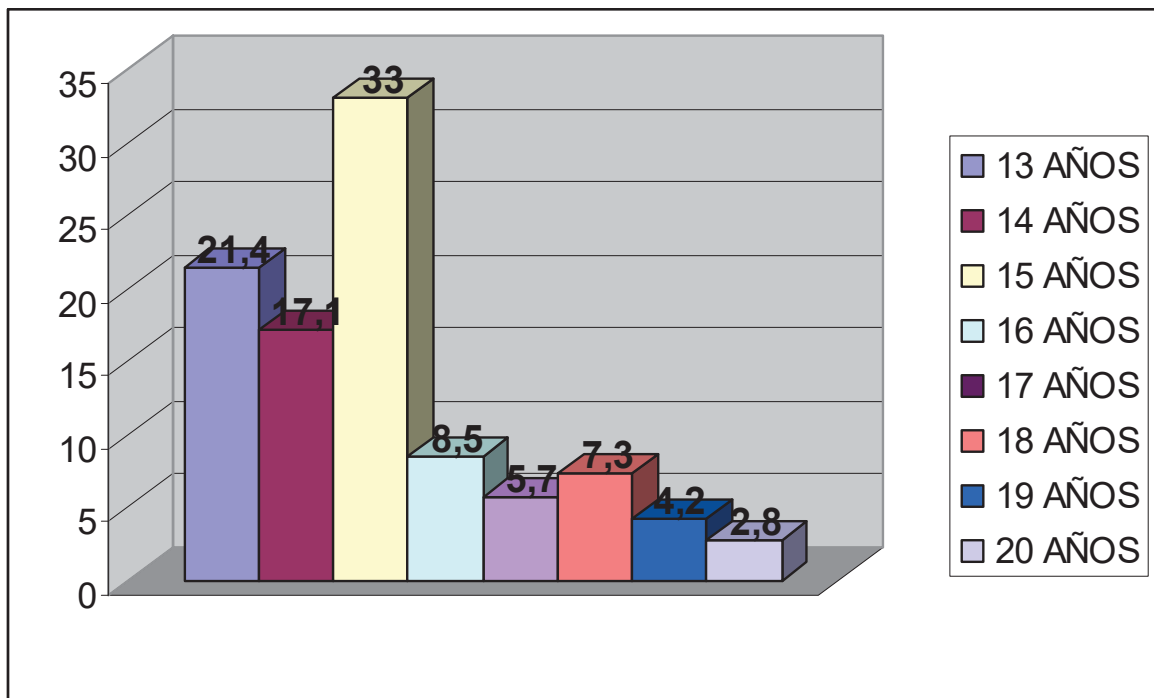
CUADRO No 15

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
13 AÑOS	15	21.4
14 AÑOS	12	17.1
15 AÑOS	23	33.0
16 AÑOS	6	8.5
17 AÑOS	4	5.7
18 AÑOS	5	7.3
19 AÑOS	3	4.2
20 AÑOS	2	2.8
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 15



FUENTE: Cuadro No. 15

Interpretación: El 33.0% de las adolescentes comenzaron su vida sexual a los 15 años de edad, el 21.4% a los 13 años, el 17.1% a los 14 años, el 8.5% a los 16 años, el 7.3 a los 18 años, el 5.7% a los 17 años, el 4.2% a los 19 años y el 2.8% a los 20 años.

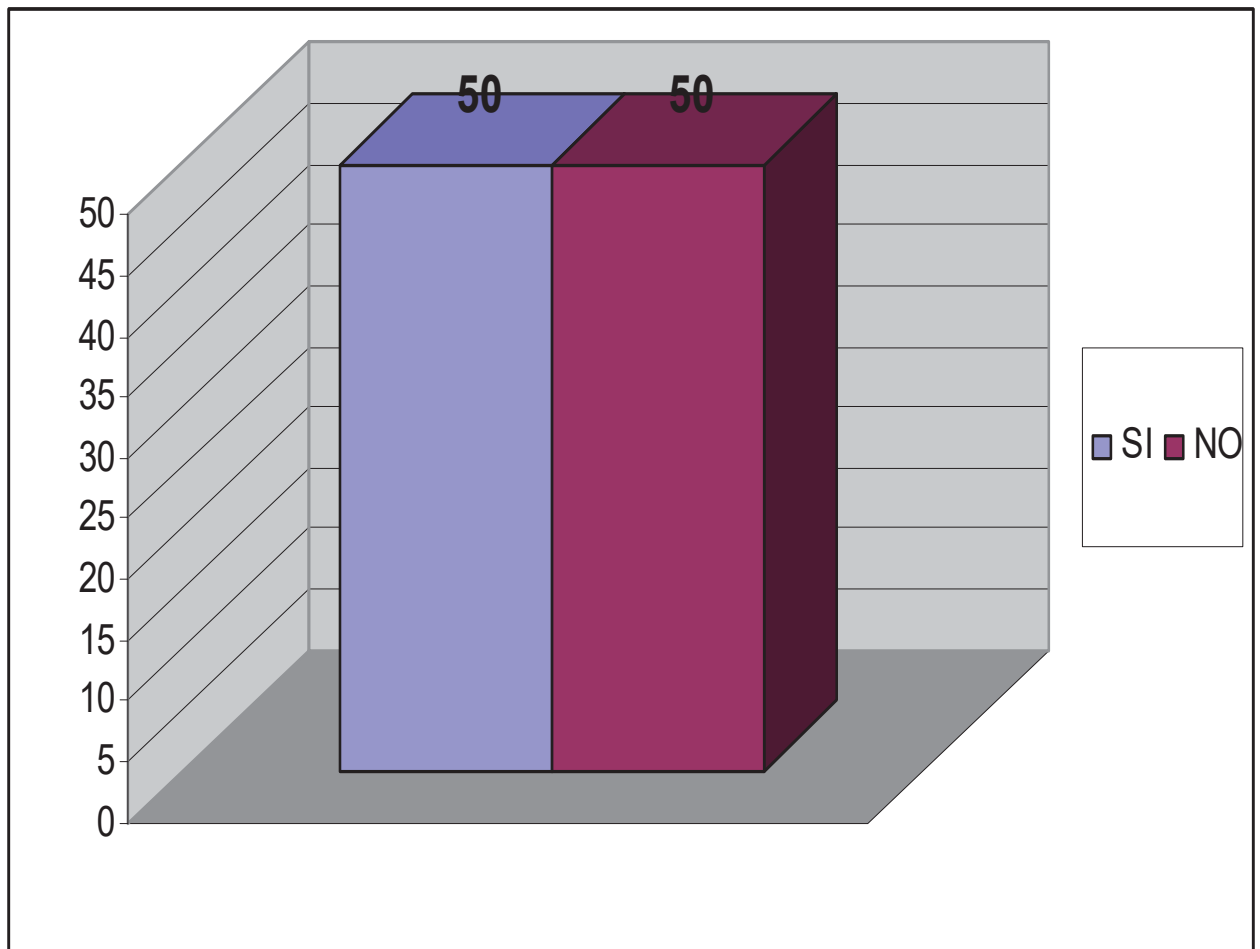
CUADRO No 16

ES DESEADO EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.

EMBARAZO DESEADO	TOTAL	PORCENTAJE
SI	35	50.0
NO	35	50.0
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 16



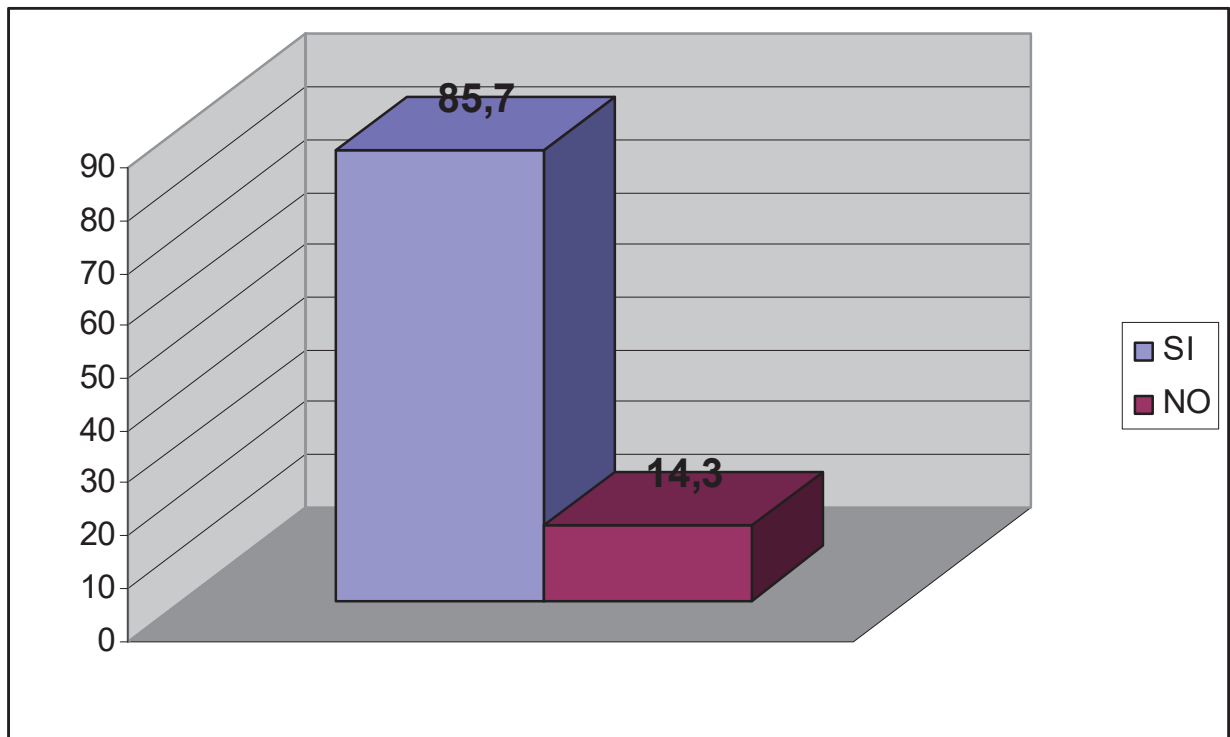
FUENTE: Cuadro No. 16

Interpretación: El 50.0% de las adolescentes embarazadas refieren que su hijo no es deseado, mientras tanto el 50.0% notifica que si es deseado.

CUADRO No 17**ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE RECIBIERON ATENCION MEDICA Y QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.**

ATENCION MEDICA	TOTAL	PORCENTAJE
SI	60	85.7
NO	10	14.3
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 17

FUENTE: Cuadro No. 17

Interpretación: El 85.7% de las adolescentes embarazadas si recibieron atención medica, en cuanto el 14.3% no la recibieron.

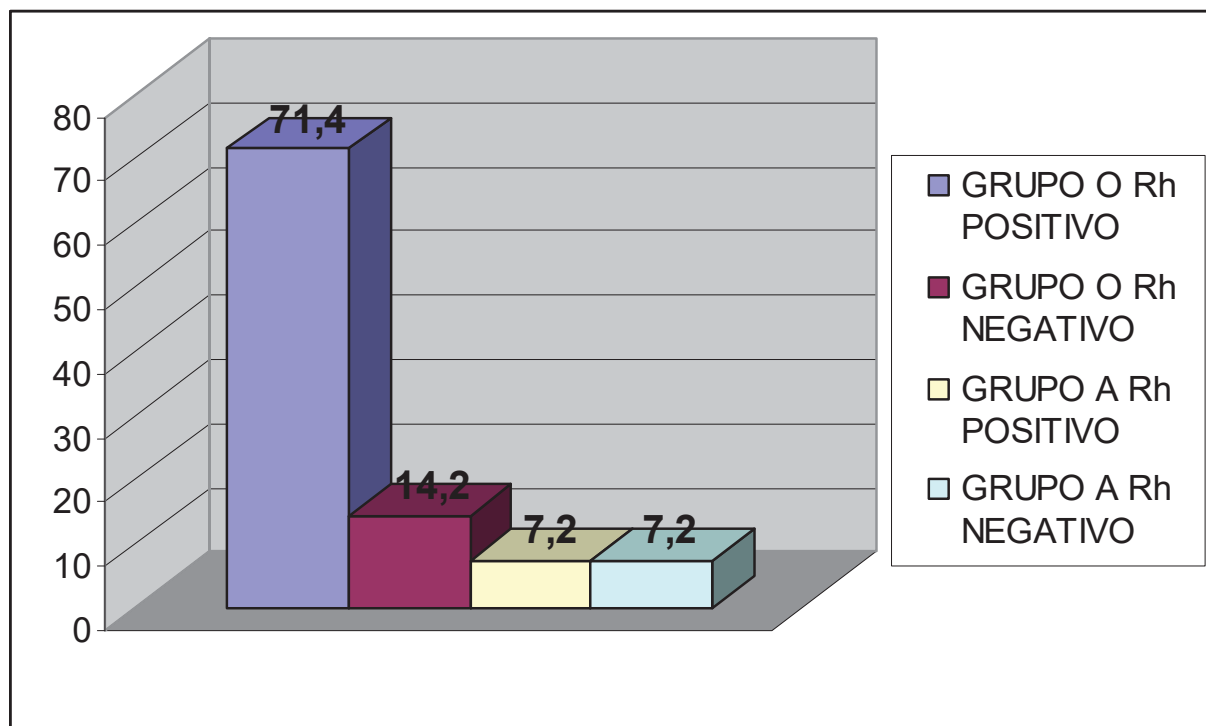
CUADRO No 18

**GRUPO SANGUINEO DE LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF
No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE
MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.**

GRUPO SANGUINEO	TOTAL	PORCENTAJE
GRUPO O Rh POSITIVO	50	71.4
GRUPO O Rh NEGATIVO	10	14.2
GRUPO A Rh POSITIVO	5	7.2
GRUPO A Rh NEGATIVO	5	7.2
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 18



FUENTE: Cuadro No. 18

Interpretación: El 71.4% de las adolescentes embarazadas pertenece al Grupo O Rh Positivo, el 14.2% al Grupo Rh Negativo, y simultáneamente el 7.2% al Grupo A Rh Positivo Y al Grupo A Rh Negativo.

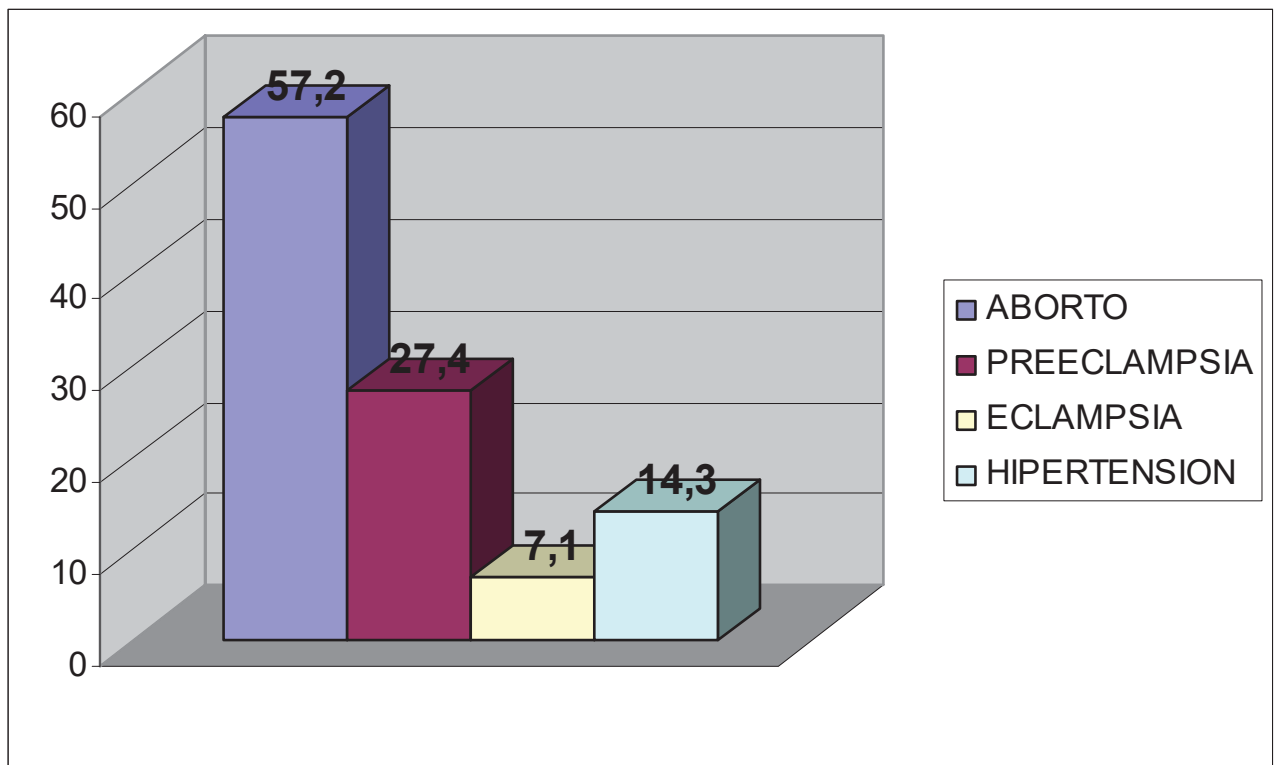
CUADRO No 19

PRINCIPALES COMPLICACIONES CONOCIDAS POR LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.

COMPLICACIONES	TOTAL	PORCENTAJE
ABORTO	40	57.2
PREECLAMPSIA	15	27.4
ECLAMPSIA	5	7.1
HIPERTENSION	10	14.3
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 19



FUENTE: Cuadro No 19

Interpretación: Dentro de las principales complicaciones que conocen las adolescentes embarazadas esta que el 57.2% corresponde al aborto, el 27.4% a la preeclampsia, el 14.3 a la hipertensión y el 7.1 a la eclampsia.

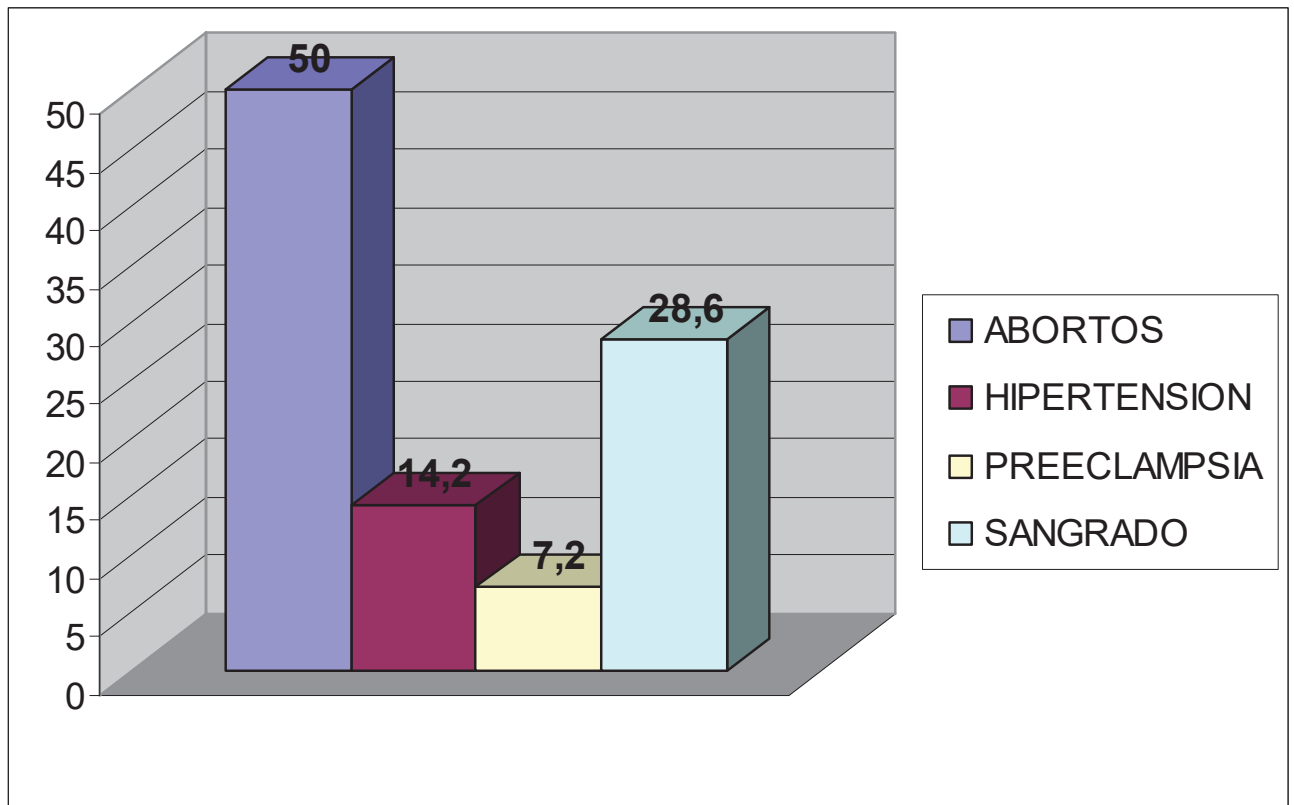
CUADRO No 20

COMPLICACIONES QUE HAN PRESENTADO LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.

COMPLICACIONES	TOTAL	PORCENTAJE
ABORTOS	35	50.0
HIPERTENSION	10	14.2
PREECLAMPSIA	5	7.2
SANGRADO	20	28.6
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 20



FUENTE: Cuadro No 20

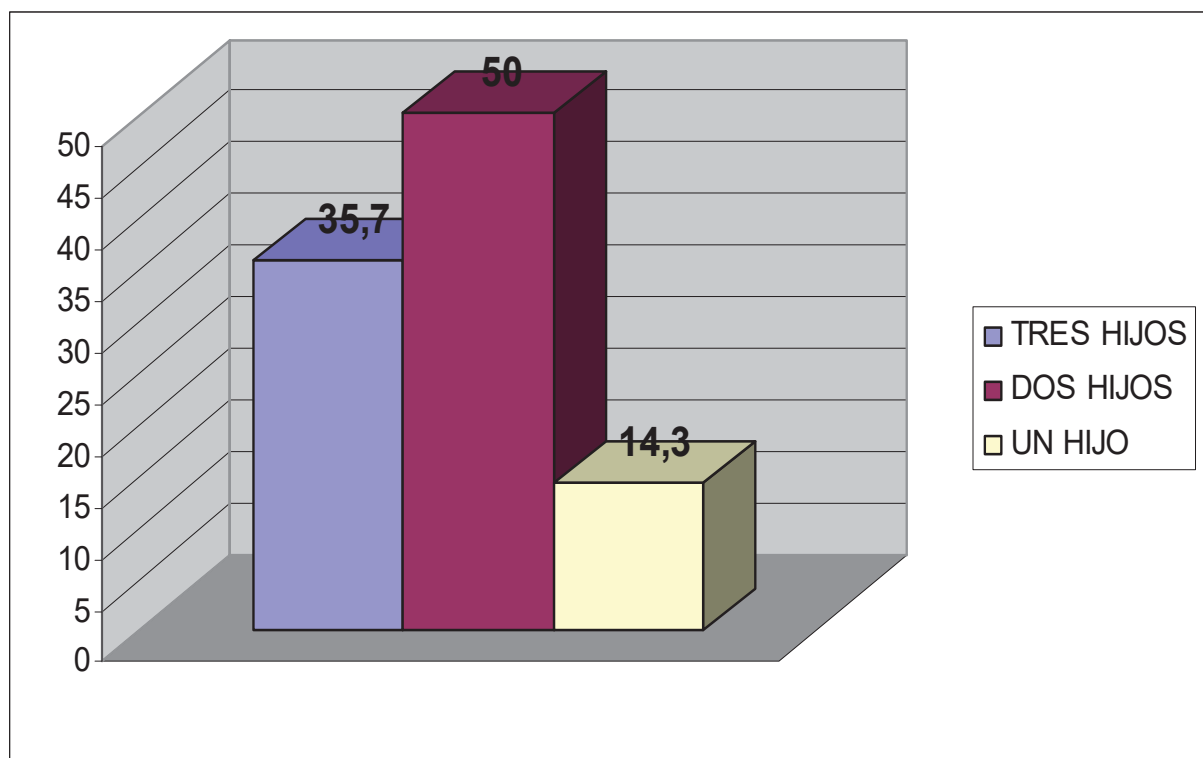
Interpretación: el 50.0% de las adolescentes embarazadas han presentado complicaciones tales como abortos, el 28.6% ha presentado sangrados, el 14.2% hipertensión y el 7.2% preeclampsia.

CUADRO No 21

**HIJOS QUE TIENEN LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS
QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF No 75 EN LA
CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE MAYO AL 20 DE
JULIO DE 2007.**

NUMERO DE HIJOS	TOTAL	PORCENTAJE
TRES HIJOS	25	35.7
DOS HIJOS	35	50.0
UN HIJO	10	14.3
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 21

FUENTE: Cuadro No 21

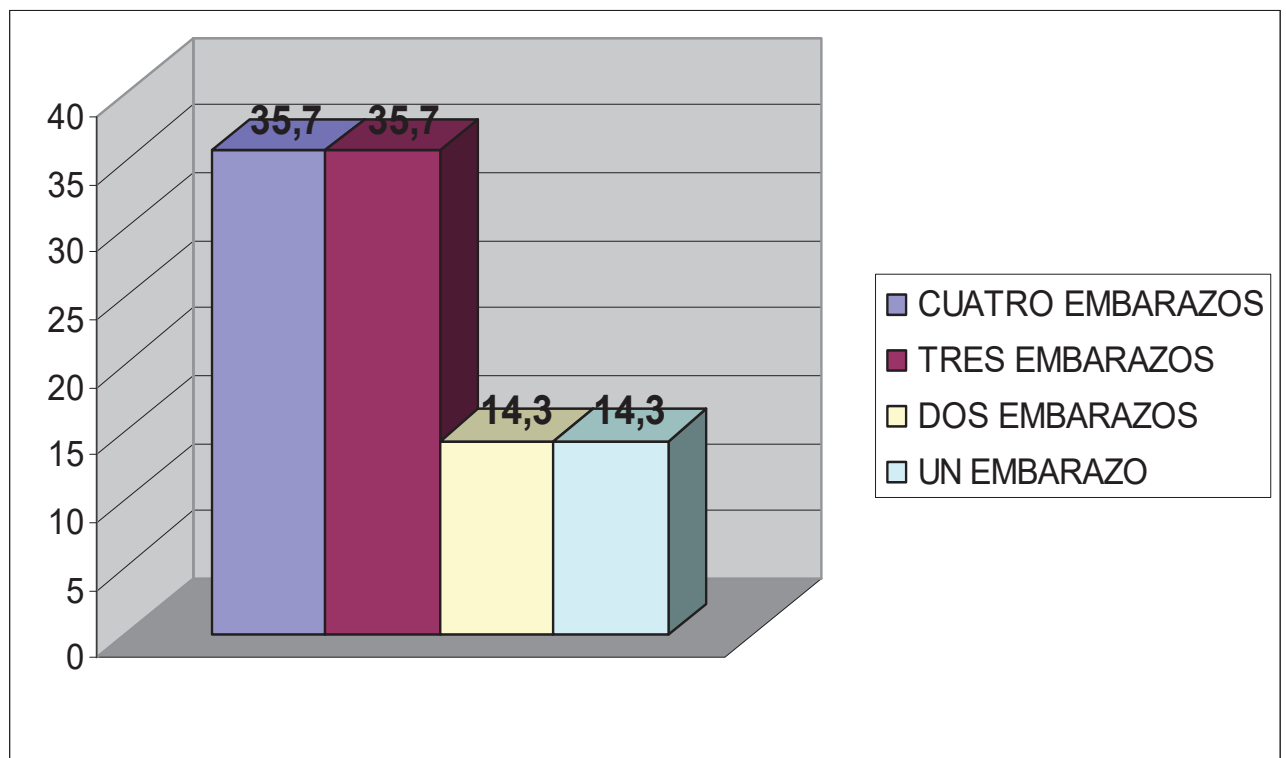
Interpretación: El 50.0% de las adolescentes embarazadas tienen 2 hijos, el 35.7% tienen 3 hijos y el 14.3% 1 hijo.

CUADRO No 22

**EMBARAZOS QUE HAN TENIDO LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF
No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE
MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.**

NUMERO DE EMBARAZOS	TOTAL	PÒRCENTAJE
CUATRO EMBARAZOS	25	35.7
TRES EMBARAZOS	25	35.7
DOS EMBARAZOS	10	14.3
UN EMBARAZO	10	14.3
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007.

CUADRO No 22

FUENTE: Cuadro No 22

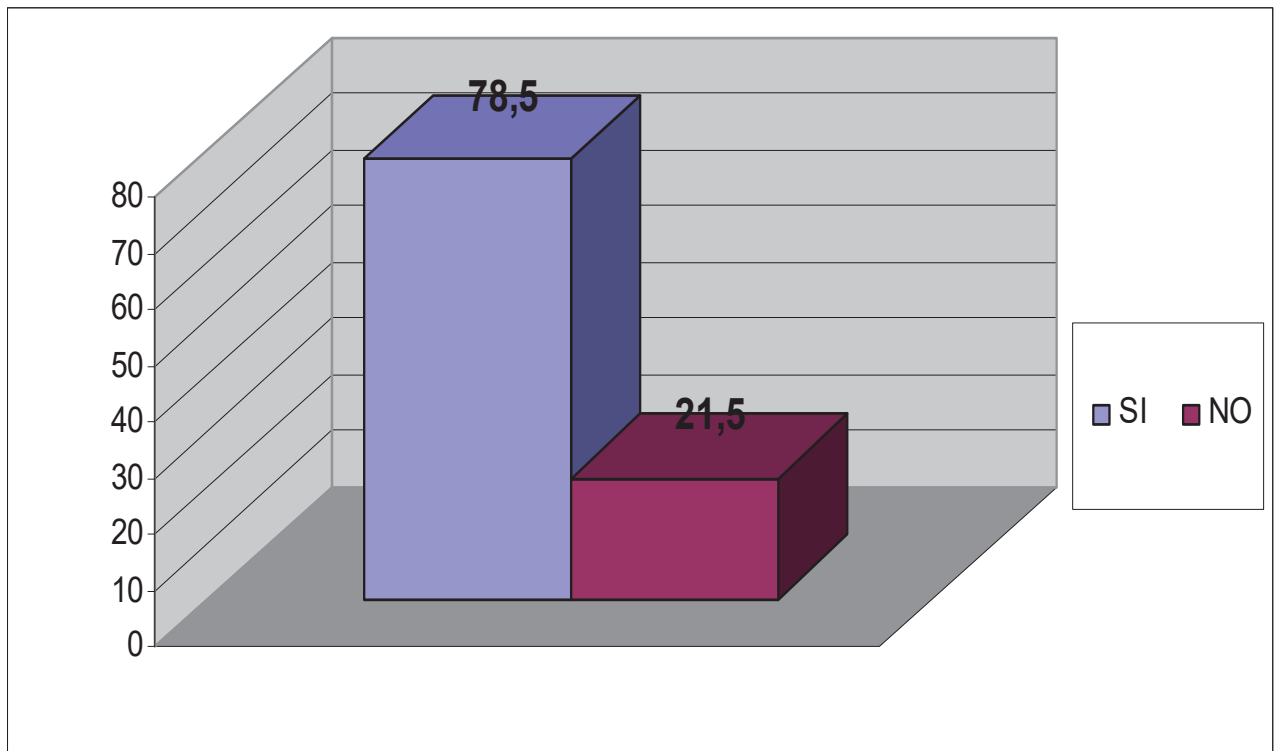
Interpretación: El 35.7% de las adolescentes embarazadas han tenido entre cuatro y tres embarazos, y el 14.3% entre dos y un embarazo simultáneamente.

CUADRO No 23

**NACIMIENTO DE HIJOS SANOS EN LAS ADOLESCENTES
EMBARAZADAS QUE ACUDIERON A CONSULTA EN LA UMF
No 75 EN LA CIUDAD DE MORELIA MICHOACAN DEL 25 DE
MAYO AL 20 DE JULIO DE 2007.**

HIJOS SANOS	TOTAL	PORCENTAJE
SI	55	78.5
NO	25	21.5
TOTAL	70	100.0

Fuente: Encuesta realizada a las adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la UMF No. 75 de la Ciudad de Morelia Michoacán. Del 25 de Mayo al 20 de Julio de 2007

CUADRO No 23

FUENTE: Cuadro No 23

Interpretación: El 78.5% de los nacimientos de sus hijos anteriores de las adolescentes han nacido sanos, mientras tanto el 21.5% han nacido con alguna complicación.

IX. COMPROBACION DE LA HIPOTESIS

De acuerdo con los datos obtenidos, en esta investigación se demostró que el grado escolar, la orientación familiar, la falta de información y la cultura influyen de manera importante para que se presente el embarazo no deseado en adolescentes y así mismo las complicaciones, en adolescentes embarazadas que acudieron a consulta en la U.M.F. No 75. Esto demuestra una vez más que la falta de información familiar y escolar es un factor importante para que ocurran este tipo de sucesos. Y de esta manera se comprobó que lo escrito en la literatura demuestra que la tasa de complicaciones en el embarazo de adolescentes va en incremento continuo.

X. CONCLUSIONES

Una vez concluida la investigación, se demuestra que la falta de cultura, en la actualidad lleva a grandes problemas en las adolescentes, como es de comprobarse en esta investigación.

El tener diferentes parejas sexuales, el conocimiento mínimo y creencias erróneas sobre la sexualidad, la menarca temprana, el inicio temprano de una vida sexual activa, y la liberación que viven hoy en día los adolescentes son muchos factores que conllevan a la complicación de los embarazos que nunca son esperados por los adolescentes.

El deficiente grado escolar, y la falta de información de adultos hacia los adolescentes, es lo que representa que se estén presentando en gran magnitud, embarazos a temprana edad, y lo es aun peor es que no son deseados y recurren a ciertas practicas ilícitas para evitar problemas sin pensar que uno de ellos puede ser una complicación que puede acabar hasta la muerte.

XI. SUGERENCIAS

- ♠ Dar orientación actualizada a profesores de primaria, secundaria y preparatoria.
- ♠ Evitar tener la mentalidad de que la sexualidad en nuestros días es algo anormal o malo para ciertos padres de familia.
- ♠ Ofrecer cursos didácticos y modernos a los adolescentes para evitar este tipo de problema.
- ♠ Tomar conciencia de que este tema es de prioridad entre los jóvenes.
- ♠ Concienciar a los padres de familia a que eviten los mitos y hablen como un tema normal acerca de la sexualidad en casa con sus hijos.
- ♠ Informar a las adolescentes sobre que es un embarazo, sus cuidados y complicaciones que debe llevar.
- ♠ Hacer promoción continua, campañas, prevención y orientación sexual.

XII. ANEXOS

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE
“COMPLICACIONES EN EMBARAZOS NO DESEADOS DE
ADOLESCENTES”.**

El presente cuestionario se ha elaborado como instrumento para obtener información y a partir de esta se podrá analizar a través de las tablas y gráficas necesarias para el conocimiento y presentación de los resultados.

OBJETIVO

Recabar datos con el fin de obtener información fidedigna que permita que permita recabar información para comprobar o desaprobar la hipótesis.

CONSIDERACIONES

Se recopilara la información de forma indirecta a través del expediente clínico, los datos obtenidos manejarán de forma confidencial y anónima, los resultados de esta investigación serán utilizados por la responsable para fines educativos.

DATOS GENERALES

1. Edad de la usuaria: _____ años.
2. Edad de la pareja: _____ años.
3. Estado civil:
 - Soltera _____
 - Casada _____
 - Divorciada _____
 - Unión libre _____
4. Compañeros sexuales _____
5. Menarca _____
6. Religión
 - Católica _____
 - Cristiana _____
 - Otra _____
 - Ninguna _____
7. ¿A que edad comenzaste a tener relaciones sexuales?
8. Estudios que tiene.
 - Analfabeta _____
 - Primaria incompleta _____
 - Primaria completa _____
 - Secundaria incompleta _____
 - Secundaria completa _____
 - Preparatoria incompleta _____
 - Preparatoria completa _____

9. Ocupación

- Hogar _____
- Empleada _____
- Comerciante _____
- Estudiante _____

10 Área geográfica en donde habita la usuaria.

- Área urbana _____
- Área suburbana _____
- Área rural _____

11. Estrato socioeconómico al que pertenece.

- Alta _____
- Media _____
- Baja _____

12 ¿Tuvo orientación sexual en su familia?

- Si _____
- No _____

13 ¿Sabes lo que es un embarazo?

- a. Si _____
- b. No _____
- c. Describelo _____

14 ¿Sabes cual es la duración de un embarazo que llega a término?

- 7 meses
- 8 meses.
- 9 meses
- 10 meses

15 ¿Conoce las complicaciones del embarazo a su edad?

- Si _____
- No _____
- ¿Cuáles?

16 ¿Su hijo es deseado?

- Si _____
- No _____

17 ¿Ha recibido atención en su embarazo desde un inicio del mismo?

- Si _____
- No _____
- ¿Cuál?

18.- ¿Cuál es tu grupo sanguíneo?

- Grupo O Rh positivo
- Grupo O Rh negativo
- Grupo A Rh positivo
- Grupo A Rh negativo
- Grupo B Rh positivo
- Grupo B Rh negativo
- Grupo AB Rh positivo
- Grupo AB Rh negativ0

19 ¿Conoces cuales son las complicaciones de un embarazo?

- Si _____
- No _____
- ¿Cuáles? _____

20. ¿Haz presentado complicaciones en tu embarazo?

- Si _____
- No _____
- ¿Cuáles? _____

21. ¿Cuantos hijos tienes?

22 ¿Cuantos embarazos has tenido?

23. ¿tus hijos han nacido sanos?

XIII. GLOSARIO

Aborto. Pérdida del producto de la concepción antes de que sea viable. El peso del feto debe ser inferior a 500gr., y menor a 20 semanas de gestación.

Aborto Criminal. El provocado clandestinamente.

Aborto Diferido. Aquel entre la muerte fetal y su expulsión media, un espacio de tiempo.

Aborto Embrionario. En el que ocurre antes del quinto mes de embarazo.

Aborto Espontáneo. El que ocurre naturalmente.

Aborto Fetal. El que se produce después del quinto mes de embarazo.

Aborto Incompleto. El que va seguido de la retención de la placenta.

Aborto Inminente. Amenaza de aborto.

Aborto Ovular. El que ocurre en la primera o segunda semana de embarazo.

Aborto Provocado. El que re practica artificialmente.

Aborto Séptico. El infectado con diseminación de los gérmenes en la circulación materna.

Aborto Terapéutico. El practicado por indicación médica.

Aborto Tubàrico. Caída del huevo en vías de desarrollo en la cavidad abdominal tras la rotura de una trompa de Falopio fallida.

Adolescencia: Época que sigue a la infancia y se extiende desde los primeros signos de la pubertad hasta que el cuerpo ha adquirido su madurez psicofísica.

Adolescencia temprana. Etapa comprendida entre los 10 Y 13 años de edad.

Adolescencia intermedia. Etapa que abarca de los 14 a los 16 años.

Adolescencia tardía. La que abarca entre los 17 a 20 años.

Adulto. Organismo que ha adquirido todo su desarrollo o madurez.

Autoestima. Amor, cariño respeto así mismo.

Autonomía. Independencia funcional.

Blastocisto. Período de desarrollo embrionario consecutivo a la segmentación del huevo constituido por el blastodermo que rodea la cavidad central.

Blastodermo. Primitiva acumulación celular del embrión. Las células o blastómeros se disponen en estratos:(ectodermo, mesodermo y endodermo).

Cigoto. Individuo resultante de la unión de dos gametos.

Citotrofoblasto. Capa celular mas profunda del trofoblasto (capa de langhans).

Complicación. Fenómeno que sobreviene en el transcurso de una enfermedad, sin ser propio de ella agravándola.

Comunicación. Transmisión de sentimientos o actitudes.

Conflicto. Antagonismo, pugna, oposición.

Cultura. Aspectos de una sociedad que incluyen conocimientos, creencias, artes, moral, social, leyes y costumbres.

Cuerpo Lúteo. Masa amarilla de función endocrina, en el ovario que ocupa el lugar del folículo, una vez que se ha desprendido el ovulo.

Clítoris. Órgano eréctil pequeño y alargado situado en el ángulo anterior de la vulva. Está constituido por dos raíces que se unen en la línea media para formar el cuerpo el cual termina en un abultamiento o glande. Homólogo del pene masculino.

Crecimiento Físico. Desarrollo progresivo del cuerpo, especialmente la altura.

Dermis. La piel, especialmente el corion, la capa profunda, conjuntiva, nerviosa y vascular, de la piel o mucosa.

Desarrollo. Aumento de tamaño.

Embarazo. Gestación, preñez, estado de la mujer, encinta periodo comprendido desde la fecundación del ovulo hasta el parto.

Embarazo Ectópico. Desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina.

Embarazo Gemelar. Gestación de dos o más fetos.

Embrión. Producto de la concepción desde las primeras modificaciones del huevo fecundado. En la especie humana, este producto durante los primeros tres meses, a partir del cual toma nombre de feto.

Epidídimo. Pequeño cuerpo fijo en la parte superior del testículo, consta de cabeza, cuerpo y cola, esta última continua en el conducto deferente.

Escroto. Envoltura cutánea común de los testículos.

Eclampsia. Término general que designan a las convulsiones tónico-clónicas de carácter paroxístico, debidas a causas diversas.

Ectodermo. Hoja externa del blastodermo destinada a formar la epidermis, órganos de los sentidos y sistema nervioso.

Endodermo. Capa interna del blastodermo primitivo.

Epidermis. Capa exterior de la piel, avascular, situada sobre la dermis que consta de cinco capas que, de abajo a arriba son: basilar, cuerpo mucoso de Malpighi, estrato granuloso, estrato lucido y estrato corneo.

Estroma. Trama o armazón de un órgano, glándula u otra estructura, generalmente de tejido conjuntivo, que sirve para sostener entre sus mallas los elementos celulares.

Eyacuación. Emisión súbita de un líquido, como la del semen.

Eyacuación Precoz. Eyacuación prematura.

Fecundación. Impregnación del ovulo maduro por el espermatozoide y fusión de los pronucleos masculino y femenino.

Feto. Producto de la concepción desde el final del tercer mes hasta el parto.

Fertilización. Fecundación.

Fibrina Hialinizada. Proteína de la sangre y líquidos serosos del cuerpo, translúcida, homogénea, que existe normalmente en el cartílago.

Gestación. Embarazo

Hiperémesis Gravídica. Vómitos incoercibles en las embarazadas.

Hipotálamo. Porción del diencefalo que forma el suelo y parte de la pared lateral del III ventrículo; comprende el quiasma óptico, los cuerpos mamilares, el tuber cinereum, infundíbulo e hipófisis. Ejerce el control de las actividades viscerales, regulación hormonal, equilibrio hídrico y temperatura corporal.

Hormona. Sustancia química específica producida por un órgano o determinadas células de este y que transportada por la circulación u otros líquidos, produce efectos sobre funciones de células y sistemas sin aportar caudales importantes de materia o energía.

Hormona Estrogénica. La ovárica y la placentaria que estimulan las formaciones y características secundarias en las hembras; su producción aumenta en el embarazo.

Hormona Folicular. Que se sintetiza y secreta en el folículo ovárico.

Hormona Foliculoestimulante. (FSH) Hormona gonadotrópica de la adenohipófisis que estimula el crecimiento y desarrollo de los folículos ováricos y al espermatogénesis en los varones.

Hormona Luteinizante. (LTH) Hormona gonadotropa de la adenohipófisis que estimula la síntesis y secreción de hormonas ováricas y testiculares.

Hormona Ovárica. Son dos tipos de hormona; la folicular o estrógena (estradiol), estrina y lútea (progesterona).

Hormonas Sexuales. Hormonas de origen ovárico, testicular, suprarrenal y placentario, que estimulan el desarrollo y caracteres sexuales secundarios y mantienen las funciones sexuales. Incluyen los estrógenos, los gestágenos, y los andrógenos.

Hormona Testicular. (Testosterona).

Implantación. Fijación, inserción o injerto de un tejido u órgano en otro. Fijación del huevo fecundado en la cavidad uterina.

Labio Mayor. Cada uno de los pliegues cutáneos con pelos situados a cada lado de la vulva.

Labio Menor. Cada unos de los pliegues mucosos o ninfas debajo de los labios mayores de la vulva.

Mesodermo. (Mesoblasto) capa intermedia del blastodermo entre e ecto y endodermo, de la que se derivan el tejido conjuntivo, óseo, cartilaginoso, y muscular, la sangre, los vasos sanguíneos y órganos linfáticos, epitelio celómico (pleura, pericardio, epitelio celómico, y peritoneo).

Mesosalpíx. Repliegue peritoneal que sostiene las trompas de Falopio.

Miometrio. Capa muscular del útero.

Mitosis. División indirecta de las células germinativas y otras que consiste en la separación ordenada de los cromosomas duplicados previamente para formar dos núcleos hijos.

Monte de Venus. Prominencia celuloadiposa en la parte anterior del pubis femenino encima de la vulva.

Morbilidad. Número proporcional de personas que enferman en una población y tiempos determinados.

Mortalidad. Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinados.

Nidación. Implantación del ovulo fecundado en el endometrio.

Nutrición. Propiedad esencial de los seres vivos que consiste en el doble proceso de asimilación y disimilación, conjunto de cambios efectuados entre el organismo y el medio que lo rodea.

Ovario. Glándula sexual femenina, par, ovoidea, situada a cada lado del útero en lo ligamentos anchos. Costa de sustancia medular que contiene las vesículas de De Graaf, con sus óvulos correspondiente. Y una porción cortical, túnica albugínea membrana germinativa u ovígena de Waldeyer.

Ovulación. Proceso de formación y desprendimiento del ovulo maduro del folículo de Graaf.

Óvulo. Elemento reproductor femenino formado y contenido en el ovario del cual después de fecundado se desarrolla el embrión.

Parto. Conjunto de fenómenos fisiológicos conducentes a la salida de l claustro materno de un feto viable y sus nexos.

Consta de tres tiempos en la madre: premonitorio, dilatación, expulsión.

Y cinco tiempos en el feto: reducción, encajamiento, descenso, rotación interna y rotación externa.

Pene. Órgano eréctil masculino de la cópula situado delante del pubis (sínfisis). Esta compuesto de raíz, cuerpo, y glande, constituido por dos cuerpos cavernoso y esponjoso.

Percepción. Recepción de los centros nerviosos de una impresión de los sentidos.

Perineo. Anatómicamente región romboidal que va del pubis a la punta del cóccix y de una tuberosidad isquiática a la otra.

Placenta. Órgano redondeado, plano, blando y esponjoso de grosor y tamaño variable, situado en el interior del útero durante el embarazo y que sirve para el intercambio nutritivo entre la madre y el feto.

Placenta Acreta. La inseparable del útero por que sus vellosidades se incrustan en el músculo uterino.

Placenta Previa. La que se inserta en un segmento tan bajo del útero que en el momento del parto sale previamente al feto, es causa de grandes hemorragias.

Preeclampsia. Estado de toxemia que precede a la aparición de la eclampsia.

Procreación. Generación, multiplicación de algo.

Pubertad. Periodo de maduración sexual, iniciando con la menarquia en las mujeres y la producción de espermatozoides en los varones.

Responsabilidad Innata. Forma de actuar adecuada de carácter hereditario

Testículos. Glándula seminal masculina, de forma ovoidea, consta de una envoltura fibrosa, la albugínea, y una sustancia medular compuesta de tubos seminíferos.

Tónica. Estable el tono normal.

Trofoblasto. Capa celular extraembrionaria, epiblastica, que fija el embrión a la pared uterina, y lo nutre.

Trompas de Falopio. Nombre de dos conductos o tubos situados a los lados del útero que sostienen a los ovarios.

Útero. Matriz, órgano femenino de la generación destinado a recibir el óvulo fecundado, a conservar y nutrir el fruto de la concepción y a expulsarlo en tiempo oportuno.

Vestíbulo. Atrio, espacio o cavidad a que sirve de entrada a otra cavidad.

Vulva. Parte exterior de los genitales femeninos, que comprende los labios mayores y menores, el clítoris, el vestíbulo vaginal y sus glándulas y los orificios uretral y vaginal.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.saludhoy.com/htm/adoles/articulo/adoledo.htm>
2. **MOLINA R., Sandoval** “Salud sexual y reproductiva del adolescente” 2ª edición México 2000.
3. **Mc Cary J.L** “Sexualidad Humana” Editorial Manual Moderno 5ª edición México 1999.
4. <http://www.ambientejuven.org/stdfeature.htm>
5. **Toro Merlo J Uzcategui O.** “Embarazo en la adolescente: Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva” Volumen 1. Editorial Ateproca. Caracas Venezuela 2001.
6. **BAILY, E. y Cols** “Adaptaciones del Embarazo y Desarrollo Fetal” Enciclopedia de la Enfermería Volumen 4 Editorial Océano/ Centrum 1997.
7. **Lozano V.D** “Planeando tu Vida” Editorial Escobar 5ª edición Argentina 1997.
8. **BENSON C. Ralph** “Manual de Ginecología y Obstetricia” Editorial Océano 2ª edición México 2002.
9. **NAVARRO Joaquín** “Psicología Infantil y Juvenil”. Primera Edición Grupo Editorial Océano Barcelona España.
10. **Gispert C** “Fundamentos de Enfermería” Editorial Océano/ Centrum 3ª edición Madrid España 1999.

11. MOLINA R. Sandoval “Adolescencia y Embarazo” Pérez Sánchez A. Donoso Siña E. Obstetricia, Capitulo 14. Segunda Edición. 1992. publicaciones Mediterráneo. Santiago de Chile.