



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLÁS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MEMORIA DE EXPERIENCIA EN SERVICIO SOCIAL

***“Factores que Influyeron para el Embarazo en
Adolescentes”***

PARA OBTENER EL GRADO DE:

Licenciada en Enfermería

AUTORA

Maricela Madrigal Hernández

ASESOR

Maestro en ciencias de enfermería: Roberto Martínez Arenas

CO-ASESORES

Maestro en salud pública: Julio César González Cabrera

Maestra en ciencias: María Luisa Sáenz Gallegos

Morelia, Michoacán., Marzo 2014



DIRECTIVOS

DRA. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA
DIRECTORA

M.E. RUTH E. PÉREZ GUERRERO
SECRETARIA ACADÉMICA

M.C.E. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS
SECRETARIO ADMINISTRATIVO

MESA SINODAL

ASESOR

M.C.E. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS

VOCAL 1

M.S.P. JULIO CÉSAR GONZÁLEZ CABRERA

VOCAL 2

M.C. MARÍA LUISA SÁENZ GALLEGOS

DEDICATORIA

A Dios:

Por darme la vida, sabiduría, fortaleza y sobre todo porque siempre ha sido mi guía y nunca eh sentido soledad. Gracias

A mis padres:

Sr: Roberto Madrigal Alejo

Sra. Alicia Hernández Apolonio

Por darme la dicha de ser su hija y brindarme todo su esfuerzo, porque a pesar de las dificultades han sido mi apoyo y eh logrado uno de mis sueños. Gracias

A mis hermanos:

Hilda Madrigal Hernández

Griselda Madrigal Hernández

Arnulfo Madrigal Hernández

José Guadalupe Madrigal Hernández

Por brindarme su apoyo y confianza. Gracias.

A un gran amigo:

Que me brindo ánimo y fuerza para seguir adelante. Gracias.

AGRADECIMIENTOS

A dios:

Le agradezco a dios por haberme permitido vivir hasta este dia, haberme guiado a lo largo de mi vida, por ser mi apoyo, mi luz y mi camino. Por haberme dado la fortaleza para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad.

A mis padres:

Le doy gracias por todo el apoyo brindado a lo largo de mi vida. Por darme la oportunidad de estudiar esta carrera. Y por ser ejemplo de vida, por promover el desarrollo y la unión familiar en esta nuestra familia, sobre todo por creer en mi y brindarme la confianza.

A mi asesor:

M.C.E. Roberto Martínez Arenas

Por compartir conmigo los conocimientos que me han ayudado a concluir en mí trabajo de investigación, brindándome su confianza y apoyo incondicional.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2 OBJETIVOS	5
1.2.1 Objetivo general	5
1.2.2 Objetivos específicos	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
CAPÍTULO II	12
2.1. MARCO TEÓRICO	13
2.1.1 Antecedentes	13
2.1.2 Adolescencia	15
2.1.2.1 Clasificación de adolescencia	15
2.1.3 Cambios en la adolescencia	17
2.1.4 Salud sexual y reproductiva	18
2.1.5 Embarazo	19
2.1.6 Embarazo temprano	20
2.1.7 Factores predisponentes al embarazo	21
2.1.7.1 Clasificación de diferentes tipos de factores	22
2.1.8 Consecuencias en el embarazo adolescente.....	32
2.1.9 Edad ideal para un embarazo.....	38
2.1.10 Promoción y prevención.....	39
CAPÍTULO III	42
3.1 Metodología.....	43
CAPÍTULO IV	45
4.1 Conclusiones.....	46
4.2 Sugerencias.....	47

RESUMEN

Factores que influyeron para el embarazo en adolescentes.

Madrigal Hernández, Maricela; Martínez Arenas, Roberto.

Uno de los problemas sociales más comunes que afectan a los adolescentes es el embarazo, considerado de riesgo debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además de las consecuencias psicológicas y sociales. En la presente investigación se describen los factores que influyen para el embarazo en adolescentes de Pajacuarán, Michoacán. La justificación está basada en literatura científica especializada en la materia. El resultado obtenido nos dice que los factores principales son la no utilización de los métodos anticonceptivos y su incorrecto uso. Además de eso se consideran las relaciones sexuales a muy temprana edad, la baja situación económica y educativa, así como también el abuso sexual o violación. Las consecuencias de un embarazo precoz se manifiestan en complicaciones a la madre, tales como la preclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de vías urinarias, hemorragias y partos prolongados, ocasionando que el producto sea prematuro, con bajo peso e inclusive con retardo de desarrollo cognitivo y físico.

Palabras clave: Adolescencia, embarazo, salud sexual y reproductiva.

ABSTRACT

Influencing factors for teen pregnancy

Madrigal Hernández, Maricela; Martínez Arenas, Roberto.

Pregnancy, one of the most common social problems affecting adolescents, is considered like a risk, because of the impact it has on the health of mother and her teenage son, besides psychological and social impact. This work mentions some main factors influencing in teen pregnancy from Pajacuarán, Michoacán. Justification is based on scientific literature on the object. The result tells us the main factors are not using contraception and misuse. Besides that, it's considered sex at an early age, low economic and educational status, as well as sexual abuse or rape. The consequences of early pregnancy are manifested in the mother, such as preeclampsia, eclampsia, anemia, urinary tract infections, bleeding and prolonged labor, causing the product to be premature, underweight and even with delayed cognitive development and physical.

Key words: Adolescence, pregnancy, sexual health and reproductive.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa compleja en el ser humano, el organismo atraviesa por cambios físicos y mentales, entre estos cambios se encuentra el despertar y querer iniciar una vida sexual activa. Un embarazo temprano constituye un hecho biopsicosocial de gran trascendencia y es un problema de salud a nivel mundial, por las secuelas psicosociales que un embarazo no planeado repercute a la mujer adolescente. El propósito de esta investigación fue identificar los factores que influyeron para el embarazo de adolescentes, problemática identificada en la comunidad de Pajaracuaran Michoacán.

El documento está estructurado en cuatro capítulos. En el capítulo uno se describe la problemática identificada en adolescentes de esta localidad, ya que cada año hay un incremento en el número de embarazos de un rango de 12 a 19 años de edad. El planteamiento del problema dio origen a la pregunta de investigación generando un objetivo general, objetivos específicos y una justificación con datos estadísticos obtenidos en varias referencias bibliográficas que explican los altos índices de embarazos a edades tempranas.

El capítulo dos del marco teórico incluye los antecedentes de la investigación, está estructurado con los siguientes temas: adolescente, salud sexual y reproductiva, definición de embarazo, embarazo en adolescentes, factores predisponentes al embarazo en edades tempranas, consecuencias en embarazo en adolescentes, edad ideal del un umbarazo, promoción y prevención de embarazos en adolescentes.

En el capítulo tres se puntualiza la metodología en la cual se realizó una tesina monográfica al realizar una investigación documental mediante la revisión de literatura científica en libros, revistas científicas, estadísticas, reportes, documentos oficiales, y estudios, sobre lo que se ha escrito respecto al embarazo en adolescentes, para responder la pregunta de investigación que se generó a partir de una problemática. Después del análisis, sistemáticamente se redactó un texto original que aporta propuestas basadas en la evidencia.

En el capítulo cuatro se representan los resultados de la investigación, su análisis e interpretación, contiene conclusiones presentando los principales resultados el mal uso y no uso de métodos anticonceptivos seguida por el inicio precoz de las relaciones sexuales; se cumplen los objetivos planteados. Finalmente se presentan las sugerencias y referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la realización del servicio social como pasante de Licenciatura en Enfermería en el periodo 2012-2013, en el Centro de Salud Dr. Maurilio Rodríguez Mora en la comunidad de Pajacuaran, perteneciente a la Jurisdicción 02 de Zamora Michoacán, se identificó una alta incidencia de embarazos en adolescentes en un rango de edad de 12 a 19 años, éste es un problema de salud pública que afecta tanto al hombre como a la mujer y se ve a nivel local, nacional como mundial; durante el año del servicio se registró en el tarjetero de control de embarazos un total de 115 mujeres gestantes en control prenatal, de las cuales sólo 30 pertenecían al control del Programa Oportunidades y 18 embarazadas en menores de edad. Además, en el Centro de Salud no se cuenta con suficientes recursos materiales (equipo biomédico), humanos y entre otros, para la atención de embarazos de alto riesgo, por lo cual un total de 60 mujeres fueron referidas a un segundo nivel debido al diagnóstico de embarazo de alto riesgo, el 16.66 % (10 mujere) de estos casos por preeclampsia y eclampsia y el 21.22 % (13 mujeres) por hemorragia durante el embarazo. Según la Organización Mundial para la Salud (OMS) citado en Barbón (2011) define un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de la madre. Entre los riesgos más comúnmente señalados destacan las hemorragias, el trabajo de

parto prolongado, las complicaciones a largo plazo, hijos con elevado riesgo de prematuridad, lesiones durante el parto, muertes perinatales y bajo peso al nacer.

Asimismo, de estas adolescentes embarazadas que fueron atendidas en el Centro de Salud, verbalizaban temor, miedo, dificultad en expresar sus sentimientos y hablar acerca de su embarazo, la mayoría con matrimonios a temprana edad, de manera que se identificó que entre 16 y 17 años de edad presentaban su segunda gesta por lo que se decidió promover pláticas a parejas sobre la anticoncepción, pero había casos que no aceptaban ningún método anticonceptivo y decían: “que dios nos dé los hijos que vengan” referían que era un pecado intervenir en el embarazo, lo que se relaciona con la falta de comunicación entre padres e hijos, bajo nivel educativo, tabús, maltrato familiar y de pareja, la cultura, creencias y costumbres, incluso el alcoholismo y la drogadicción, misma que conlleva una carencia de información sexual, el uso incorrecto de los métodos anticonceptivos, el desconocimiento total de signos y síntomas de embarazo y de quedar embarazadas al no utilizar algún método anticonceptivo. Las adolescentes desconocen las etapas de la evolución del parto y lactancia materna, algunas no tomaban ácido fólico y no asistían a su control prenatal hasta no tener alguna complicación, las embarazadas llegaban de manera tardía a punto del alumbramiento a la unidad de salud. Debido a este problema, durante la guardia nocturna los embarazos no eran atendidos por médicos adscritos en el Centro de Salud por los siguientes motivos: los días

festivos no se presentaban, salían a cenar con una duración de 3 a 4 horas, no asistían durante su guardia.

También, durante el año de servicio social se logró identificar que los métodos anticonceptivos no eran suficientes principalmente el Implante Subdérmico y el Dispositivo Intrauterino (DIU), ya que no cubrían la demanda. En la jornada vespertina existía sobre carga laborar al recibir entre 3 o 4 mujeres embarazadas a consulta prenatal, embarazos con riesgo (hemorragia) y trabajo de parto, el personal de salud no era acorde a los parámetros administrativos y no cubrían la atención, por lo que era necesario referir a las pacientes a un segundo nivel. Por lo antes mencionado se genera la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son los factores que influyeron para el embarazo en adolescentes en Pajacuaran Mich. en el 2013?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los factores que influyeron para el embarazo en adolescentes de Pajacuarna Mich.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores sociales, económicos y culturales que influyeron en la incidencia de embarazo en adolescentes en Pajacuaran Mich.
- Identificar las consecuencias del embarazo en adolescentes de Pajacuaran Mich.
- Identificar el nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Uno de los problemas sociales que durante los últimos años, ha tenido mayor repercusión sobre el individuo, la familia y la comunidad, es el embarazo en adolescentes, éste es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas. La Secretaría de Salud en el Estado de Michoacán y del Instituto Mexicano del Seguro Social (2011), tanto en su régimen ordinario como el de Oportunidades, en el 2010 se registraron en Michoacán 94 mil 916 nacimientos a término, de los cuales, 25 mil 487 fueron de mujeres menores de 18 años. En el Seguro Social destaca el hecho que en 418 de las mujeres atendidas, sus edades fluctuaban entre los 10 y los 14 años.

Aunque la federación a través del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), difunde datos de que la fecundidad en menores de entre 15 y 19 años ha descendido en Michoacán en poco más de un 26%; lo cierto es que cada vez se detectan más embarazos en menores de entre los 10 y los 15 años. El censo INEGI, se registró en la entidad un millón 711.8 mil mujeres mayores de 12 años de edad; de ellas, un millón 106.2 mil han tenido al menos un hijo y representan 64.6 por ciento.

Los embarazos en adolescentes son considerados hoy en día, un grave problema de salud pública y social por las implicaciones y el impacto que

conlleven en temas de educación, pobreza, marginación y seguridad. Se sabe que en Michoacán, 62.96 de cada mil adolescentes resultan embarazadas, y alrededor de uno de cada cinco embarazos se da en una joven menor de 20 años, además, las incidencias se han duplicado en chicas menores de 15 años de edad. Las cifras han ido incrementándose al paso del tiempo. Una muestra en el 2008, Michoacán registró 55 mil 082 embarazos, de los cuales 11 mil 937 fueron en adolescentes. Para 2009 se registraron 14 mil 171 embarazos en adolescentes en toda la entidad, de los cuales mil 58 fueron en menores de 15 años de edad. Ese año, la mayor incidencia de casos fue en Morelia, con 3 mil 466, seguida por Zamora, con mil 711 y Pátzcuaro, con mil 499, aunque en casos de menores de 15 años el orden fue Morelia, Uruapan y Pátzcuaro. En el 2010 la cifra es verdaderamente preocupante, de 94 mil 916 nacimientos a término, 25 mil 487 fueron de menores de 18 años. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, por medio del IMSS-Oportunidades, con más de un millón de usuarios adscritos en el Estado de Michoacán en mil 606 localidades de 106 de los 113 municipios que conforman la geografía estatal, durante el 2010 se registraron 18 mil 530 partos. De ellos, 352 fueron en menores de quince años; 5 mil 295 en mujeres de entre 16 y 19 años; once mil 250 de entre 20 y 34 años; y los 163 restantes, en mejores mayores de 35 años de edad. En su régimen ordinario, el IMSS maneja cifras similares. En el año recién concluido fueron atendidos 16 mil 796 partos: 66 en niñas entre los 10 y los 14 años; 2 mil 213, de entre 15 y 19 años; 9 mil 729 embarazos de mujeres entre los 20 y los

29; 3 mil 147, en mujeres de 30 a 34 años; mil 340, de 35 a 39 y 301 en madres de 40 años en adelante.

Gonzales, Rojas, Hernández y Olaiz (2005). Refirieron que en México el embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema relevante, a pesar de que las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 a 19 años de edad en los últimos años; en el año 2000 ocurrieron más de 500 mil embarazos en adolescentes menores de 19 años, y de éstos, alrededor de 366 mil llegaron a término, lo que representó 17% del total de nacimientos del país.

La OMS (2013) con respecto a la incidencia o tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ofrece las siguientes cifras: Durango es el Estado que cuenta con la tasa más alta de fecundidad en adolescentes de los 15 a los 19 años de edad con 79.56% y por el contrario la tasa de incidencia más baja la tiene el Distrito Federal con 36.39%. Siguiendo el porcentaje de incidencia siete Estados son los que tienen la tasa más alta de fecundidad la cual ubica del 64.77% al 79.56% en donde se encuentran: Chiapas, Guerrero, Chihuahua, Coahuila, Nayarit, Sinaloa, y Durango. Trece Estados que se ubican en el rango de 54.55% a 64.77% en la tasa de fecundidad: Puebla, Zacatecas, Campeche, Hidalgo, Veracruz, Aguascalientes, Baja California, Nuevo León, Quintana Roo, Tabasco, Baja California Sur, Tamaulipas y Sonora. Nueve Estados que se

ubican en un nivel de 44.53% a 54.55%: Yucatán, San Luis Potosí, Jalisco, Oaxaca, Tlaxcala, Guanajuato, Morelos, Michoacán y México. Por último, tres Entidades Federativas que se ubican en el rango más bajo que el INEGI señala de 36.39% al 44.53%: Distrito Federal, Querétaro y Colima.

La Secretaria de Salud en México SSM (2013) refiere que en el 2008 se registraron 16 millones de nacimientos de madres en edades entre los 15 y los 19 años, lo que representa el 11% de todos los nacimientos a nivel mundial. Cerca del 95% de esos nacimientos tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos, la tasa mundial de natalidad entre los adolescentes descendió de 60 por 1000 en 1990 a 48 por 1000 en 2007, y en este último año las cifras registradas oscilaron entre 5 por 1000 mujeres en asía oriental y 121 por 1000 en el África subsahariana, a pesar de que las tasas de natalidad de las adolescentes están en descenso, las cifras absolutas han disminuido menos, debido al incremento de la población de adolescentes. Además, en muchos países, la proporción de nacimientos que corresponden a las adolescentes entre las mujeres de todas las edades ha aumentado, y había una disminución de la fecundidad de las mujeres de más edad.

OMS, (2011) los embarazos y partos entre las niñas de 10 a 14 años son relativamente raros en la mayoría de los países. No obstante, según varias fuentes, en algunos países del África subsahariana la proporción de mujeres

que da a luz antes de los 15 años viene situándose entre un 0,3% y un 12% desde 2000. En América Latina, los nacimientos en ese grupo de edad representan menos del 3% de todos los nacimientos entre adolescentes. Con relación a América Latina, la Prevención del embarazo adolescente, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, indica que de acuerdo al informe del Estado de la Población Mundial por cada mil nacimientos que ocurren en América del sur 74 provienen de mujeres adolescentes, con un rango de entre 55 y 90 por 1000, para los países andinos. También se establece que los embarazos en adolescentes representan aproximadamente el 18 por ciento de todos los embarazos en el área andina.

En Bolivia, entre el 2003 y el 2008, mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó del 14.7% al 18%. Más del 25% de las madres adolescentes apenas han concluido la educación primaria. La proporción de embarazo en adolescentes es cercana al 21%; lo más alarmante es que hay un 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres. En Colombia, entre 1995 y 2010, la fecundidad adolescente se redujo de 89 a 84 por 1.000, aunque, en 2005, llegó a 90 por 1000. Sin embargo, el porcentaje de madres o adolescentes embarazadas era de 17.4% en 1995, 20% en 2000 y 19% en 2010. En Chile, para el año 2004, según datos del Departamento de Información y Estadísticas del Ministerio de Salud (DEIS), de los 33.507 niños nacidos, hijos de madres entre 15 y 19 años, solamente el 88

por ciento% fue primogénito/a. En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez (2004). La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años es del 9% (Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010). La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1.000 nacidos vivos. En Venezuela, la población adolescente representa el 21 por ciento de la población total, y las adolescentes entre 15 y 19 años, el 21% de las mujeres en edad fértil. El 23.35% de los nacimientos vivos registrados en este país, ocurren en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, mientras que la tasa específica de embarazo entre este grupo de edades es de 89,40 por 1.000 mujeres.

Este trabajo de investigación se realizó tras el interés de conocer y analizar los principales factores predisponentes que influyen al embarazo en adolescentes con la finalidad de que favorezca a la práctica profesional de enfermería, una vez obteniendo los resultados y así poder dar a conocer las propuestas para disminuir los embarazos en adolescentes.

CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

En el capítulo del Marco Teórico en el que se definen los elementos como: adolescencia, cambios en la adolescencia, salud sexual y reproductiva. Embarazo, embarazo adolescente o embarazo precoz, así como factores predisponentes en el embarazo en adolescentes y complicaciones, edad ideal en el embarazo y promoción y prevención del embarazo; que deben abordar de acuerdo al planteamiento del problema establecido, a fin de que sirva de base y fundamentación.

2.1.1 Antecedentes

Sánchez, Mendoza, Grisales, Ceballos, Bustamante, Muriel, Chaverra y Acuña (2013). Comentan que en las últimas décadas, el embarazo adolescente se ha convertido en un importante problema de salud y es considerado una problemática social cuyo efecto se traduce en falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo/a y su familia. Cerca de 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años tienen un hijo cada año. La literatura nos informa que 62,8% de los adolescentes en escuelas norteamericanas son sexualmente activos y cerca de 850.000 adolescentes resultan embarazadas cada año.

Gonzales, Rojas, Hernández y Olaiz (2005). Refirieron que en México el embarazo en la adolescencia se ha considerado como un problema relevante, a pesar de que las tasas específicas de fecundidad en mujeres entre 15 a 19 años de edad en los últimos años; en el año 2000 ocurrieron más de 500 mil embarazos en adolescentes menores de 19 años, y de éstos, alrededor de 366 mil llegaron a término, lo que representó 17% del total de nacimientos del país.

Cifras por la Secretaría de Salud en el Estado de Michoacán y del Instituto Mexicano del Seguro Social (2011). Los embarazos en adolescentes son considerados hoy en día un grave problema de salud pública y social por las implicaciones y el impacto que conllevan en temas de educación, pobreza, marginación y seguridad. Se sabe que en Michoacán, 62.96 de cada mil adolescentes resultan embarazadas y alrededor de uno de cada cinco embarazos se da en una joven menor de 20 años, además, las incidencias se han duplicado en chicas menores de 15 años de edad. Las cifras han ido incrementándose al paso del tiempo. Una muestra: en el 2008, Michoacán registró 55 mil 082 embarazos, de los cuales 11 mil 937 fueron en adolescentes. Para 2009 se registraron 14 mil 171 embarazos en adolescentes en toda la entidad, de los cuales mil 58 fueron en menores de 15 años de edad. Ese año, la mayor incidencia de casos fue en Morelia, con 3 mil 466, seguida por Zamora, con mil 711 y Pátzcuaro, con mil 499, aunque en casos de menores de 15 años el orden es: Morelia, Uruapan y Pátzcuaro. En el 2010 la

cifra es verdaderamente preocupante, de: 94 mil 916 nacimientos a términos, 25 mil 487 fueron de menores de 18 años.

2.1.2 Adolescencia

La OMS (2011). Define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años. A la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

2.1.2.1 Clasificación de adolescencia

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente es un periodo peripuberal, con cambios corporales (aparición física) y funcionales como la menarca, pierden interés por los padres e inician amistades del mismo sexo.

Adolescencia Media (14 a 16 años)

Es la adolescencia; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático, promedio de inicio de experiencia y actividad sexual, con conductas omnipotentes generadoras de riesgo.

Adolescencia Tardía (17 a 19 años)

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

Según la Secretaria de Salud México SSM (2002). Considera que la adolescencia es el periodo crucial del ciclo vital en el que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. Durante esta etapa los/las jóvenes experimentan cambios en diferentes planos. En primer lugar alcanzan la madurez física y la capacidad reproductiva, asimismo, su desarrollo intelectual les permite elaborar juicios críticos y pensamientos abstractos, por otro lado aumenta su responsabilidad social puesto que ya no tienen la continua vigilancia de los padres en su actuación social.

Precisan también acomodar su sexualidad, “aún infantil”, con la sexualidad de los adultos. Finalmente, tendrán que buscar su independencia económica y autonomía personal.

2.1.3 Cambios en la adolescencia

En los adolescentes la salud y el desarrollo están estrechamente interrelacionados. El desarrollo físico (cambios sexuales y corporales) que se produce durante la adolescencia va acompañado de importantes cambios psicosociales que caracterizan a este periodo como una etapa decisiva en el camino hacia la edad adulta.

Áreas del desarrollo del adolescente:

- Desarrollo físico: pubertad, desarrollo sexual y desarrollo cerebral;
- Desarrollo psicológico:
 - Desarrollo cognitivo: cambios en la manera de pensar;
 - Desarrollo afectivo: sentimientos negativos o positivos relacionados con experiencias e ideas; constituye la base de la salud mental;
- Desarrollo social: relaciones con la familia, los compañeros y el resto de las personas.

Resulta difícil separar estas distintas áreas del desarrollo porque están estrechamente vinculadas entre sí. Por ejemplo, los cambios físicos provocan cambios cognitivos y en la pubertad se registra un desarrollo tanto físico como emocional. También es importante observar que el ritmo de desarrollo en cada una de estas tres áreas puede ser diferente: por ejemplo, una adolescente

puede parecer físicamente madura, pero es probable que no esté plenamente desarrollada desde el punto de vista psicológico. Su apariencia puede hacer que las personas crean y esperen que su modo de pensar sea maduro o que sea capaz de controlar sus emociones, cuando es probable que esto no sea así.

2.1.4 Salud sexual y reproductiva

Salud sexual

La salud sexual ha sido definida por la OMS s.f. como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, sociales y culturales del ser sexual, de manera de enriquecer positivamente y fortalecer la personalidad, la comunicación y el amor.

Según la OMS, la salud sexual se compone de tres elementos básicos:

- ❖ Ser capaz de disfrutar y controlar el comportamiento sexual de acuerdo a una ética social y personal.
- ❖ Estar libre del miedo, la vergüenza, la culpabilidad, las falsas creencias y otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y perjudican las relaciones sexuales.
- ❖ Estar libre de problemas orgánicos, enfermedades y dificultades que interfieran con las funciones sexuales.

Salud reproductiva

La salud reproductiva ha sido definida por la OMS, s.f. como la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de las personas, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la capacidad de decidir si tener hijos e hijas o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

2.1.5 Embarazo

NOM-07-1993. Refiere que el embarazo es al periodo comprendido desde la concepción (evidenciada por cualquier signo o síntoma presuntivo de embarazo, como suspensión de menstruación o prueba positiva de embarazo médicamente aceptada) hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

Menéndez, Navas, Hidalgo y Espert (2012). Refieren que la definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la OMS el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio

se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación.

2.1.6 Embarazo Temprano

SSM s.f. Citado por Orr y cols (1991). Refieren que el embarazo temprano con sus repercusiones es uno de los problemas más evidentes que plantea la práctica sexual no protegida y su incidencia es mayor en los grupos más vulnerables. La actividad sexual se considera comúnmente como un indicador de riesgos psicosocial, en el caso de los/las jóvenes de las zonas urbanas la relación sexual temprana se asocia con el uso de métodos anticonceptivos poco efectivos (ritmo, coito interrumpido), el consumo de tabaco, y alcohol.

Embarazo en adolescente o embarazo precoz

La OMS (2012). Considera que el embarazo durante la adolescencia es como un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años. Según la OMS el embarazo en la adolescencia es “aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad

de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental”.

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país.

2.1.7 Factores predisponentes de un embarazo en la adolescencia

Emans, Laufer y Goldstein (2000). Refieren para que una adolescente se embarace, es el inicio precoz de la relación sexual, algunos de los principales factores son la baja situación socioeconómica, orientación deficiente hacia los logros para el futuro, dificultades académicas, escasas oportunidades y escuelas deficientes. La conducta sexual depende también de la falta de apoyo y estructura familiar en la vida de la adolescente, así como la falta de cariño provoca que algunas inicien su actividad sexual en busca de cercanía emocional, otros factores pueden estar vinculados como ser víctima de abuso sexual o estar rodeado de personas que fuman, beben, o usan drogas. El uso inadecuado de los métodos anticonceptivos contribuye enormemente un alto índice de embarazos en adolescentes.

2.1.7.1 Clasificación de diferentes factores

Factores Predisponentes

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

7. – Pensamientos mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8. – Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. – Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. – Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Factores Determinantes

Estos factores son: relaciones sin anticoncepción, abuso sexual y violación.

Otros factores de riesgo

El uso temprano del alcohol y/o otras drogas, incluyendo productos como el tabaco, la carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias, percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito y vivir en comunidades o escuelas donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlo como una norma más que como una causa para su interés.

Factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada

Son los siguientes factores: Baja autoestima, Ausencia de interés, Pérdida reciente de personas significativas, Embarazo por violación o abuso Intento de aborto, Propósito de entregar el hijo en adopción, Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente, Trabajo no calificado, Condición económica desfavorable, Marginación de su grupo de pertenencia y Difícil acceso a los centros de salud.

Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente

Estado nutricional deficiente, Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad, Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias), Tatuajes y Más de 2 parejas.

SSM (2002). Dentro de las posibles causas que influyen en la aparición de los embarazos no planeados se mencionan factores personales, familiares y sociales. Entre los más sobresalientes están la pobre o nula educación sexual, las cuestiones de género, la doble moral sexual, la baja autoestima, el acceso limitado a servicios especializados de salud sexual y reproductiva destinados a los/las jóvenes, la escasa prevención con que los jóvenes llevan a efecto sus prácticas sexuales, el bajo uso de métodos anticonceptivos seguros, así como la edad de la primera experiencia sexual y como marco el nivel socioeconómico. Aunado a lo anterior, el periodo adolescente en sí mismo representa un riesgo, por las características propias de el/la joven como son: emergencia del impulso sexual, idealismo, imposibilidad, sentimiento de invulnerabilidad y necesidad de alcanzar su identidad y autonomía.

Baeza, Póo, Vásquez, Muñoz y Vallejos (2007). Mencionan de los factores individuales de riesgo que favorecen el embarazo aparecen con relevancia categorías denominadas como:

- ❖ El “amor romántico” se refiere al hecho que las adolescentes justifican la actividad sexual e incluso el embarazo.
- ❖ El no uso de métodos anticonceptivos se explica por: olvido de ingesta, temor a subir de peso, dificultades en el acceso a los métodos, vergüenza para solicitarlos e irresponsabilidad masculina.

- ❖ La baja autoestima se expresa en temor al rechazo de las amistades al manifestar discrepancias con el grupo que tiene conductas de riesgo.
- ❖ La “irresponsabilidad masculina”, señalando que los varones no asumen responsabilidad.
- ❖ La “falta de conocimiento en sexualidad” se refiere a que existe información pero que es escasa frente a sus necesidades respecto de cómo prevenir un embarazo, de los métodos anticonceptivos tienen información pero no saben cómo usarlos.

Los factores individuales de riesgo que favorecen el embarazo familiar aparecen con relevancia:

- ❖ El “límite estrecho familiar” Manifiestan falta de autonomía y libertad para la toma de decisiones, especialmente en el ámbito de la vida emocional y social.
- ❖ La “negligencia paterna” las adolescentes perciben como desinterés, falta de apoyo y una insatisfacción de la necesidad de orientación en temas relevantes para la joven tales como la sexualidad y el consumo de drogas, entre otros.
- ❖ Los “padres ausentes del hogar” otorgando a las jóvenes la oportunidad de permanecer solas.

- ❖ La “familia poco acogedora” una dinámica disfuncional que no cubre las necesidades afectivas y provoca en las adolescentes un sentimiento de soledad.

Alarcón, Coello, Cabrera y Monier (2009). Dicen que se demostró que existió asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces. El no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja y no conversar con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta.

Según la OMS (2010). Son diversas las variables que influyen, dependiendo el enfoque con el que se aborde la temática, para que se presenten los embarazos en la infancia y adolescencia, resulto difícil desvincularlas unas de otras. Se destacan los siguientes factores:

- ❖ Inicio de la práctica sexual a edades tempranas. De acuerdo con el Consejo Nacional de Población-CONAPO (2010) las personas en México inician su vida sexual a edades tempranas. La edad promedio en las mujeres adolescente del rango entre 15 y 19 años, era de 15.7 en 1987 y para 2009 se desplazó apenas unos meses, para quedar en 15.7 años.

- ❖ Practica de relaciones sexuales sin protección. uso y acceso a los métodos anticonceptivos. En 1987 se registraba que por 96 por ciento de las mujeres entre 15 y 24 años que declaraban ser sexualmente activas estaban unidas. En 2009, esta proporción se redujo a 76.2 %, debido al aumento de jóvenes solteras sexualmente activas (de 2.5% en 1987 a 21.6 en 2009). En adición a esta circunstancia, cabe mencionar que según, CONAPO (2010) aunque las mujeres adolescentes tienen un alto nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos (97.4% de las mujeres entre 15 y 24 años declararon conocer al menos un método anticonceptivo en 2009).

- ❖ La falta de calidad y/o acceso a los servicios de salud. Según la encuesta gente joven 2002, 80% de la población adquieren los métodos anticonceptivos; sobre todo, en las farmacias, ello implica entre otras cosas, que quedan desprotegidos otros aspectos de su salud sexual y reproductiva como asesoría, por parte de personal especializado, que oriente la adquisición y uso correcto del método que resulte más adecuado para cada uso.

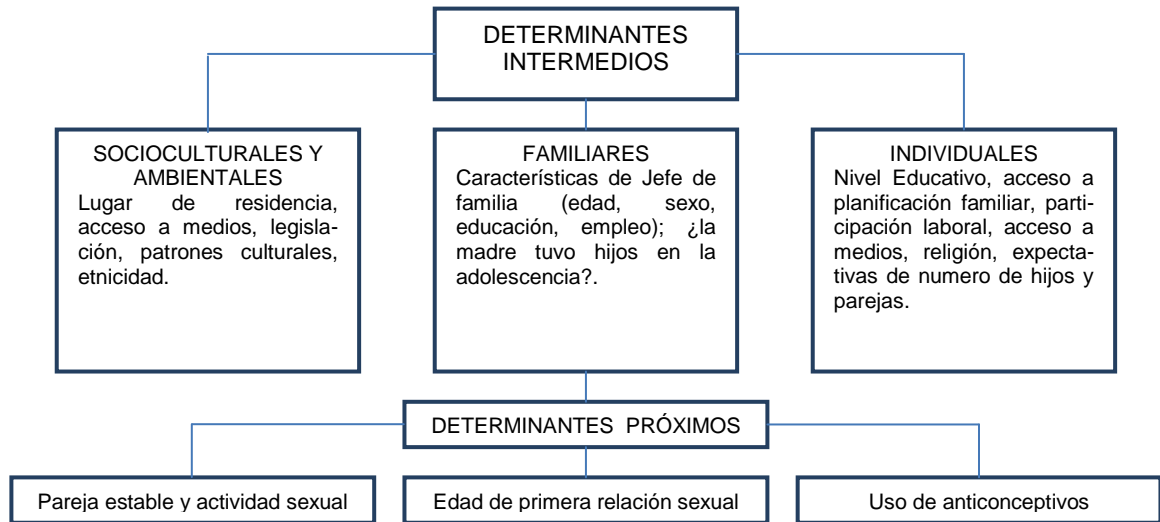
- ❖ Pobreza. Según los estudios, las niñas más pobres, que cuentan con menos oportunidades, a menudo son menos capaces y se hallan menos motivadas para evitar embarazos imprevistos n la adolescencia.

- ❖ Abuso y violencia sexual contra niñas y adolescentes. El abuso y la violencia sexual contra niñas y adolescentes constituyen una violación a los derechos humanos de las mujeres. Este tipo de violencia suele ser perpetrado, principalmente por hombres, ya sean integrantes de la familia como el padre o la pareja, son menos los que se trata de desconocidos.

Los resultados de un estudio que realizaron: Álvarez, Pastor, Linares, Serrano Y Rodríguez (2012). Muestran que el embarazo durante la adolescencia no es el resultado de un proceso de toma de decisiones entre los dos miembros de una pareja, sino que ocurre como consecuencia de la no utilización de métodos anticonceptivos o de su uso incorrecto. Pero tampoco es el resultado de un encuentro ocasional o esporádico no previsto por las chicas, sino que sucede en el marco de una relación de noviazgo socialmente conocida. Si bien de los resultados de este estudio no podemos afirmar la ausencia de información sobre anticoncepción entre la población joven, lo cierto es que hay diversas causas que pueden explicar el mal uso de los métodos anticonceptivos. Actualmente la población adolescente vive su sexualidad de manera más temprana y acelerada, aunque dentro de los patrones de relación afectiva y monogamia. Sin embargo, el contexto de socialización sigue estando mediado por estereotipos de género, que llevan a chicas y chicos a vivir su sexualidad de manera diferente

Otras investigaciones Rodríguez, Rodríguez, Viñet e Infante (2013). Refirieron que la identificación de los factores predisponentes de embarazo en las adolescentes en Venezuela de Nuevo Turumo fueron el grado de escolaridad, donde la mayoría solo tenía la secundaria básica terminada y sin terminar; la presencia de la menarquia en la adolescencia temprana; el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia media; pocos conocimientos y utilización de los métodos anticonceptivos; no vinculación al trabajo y acceso a los medios de comunicación, y tiempo libre dedicado mayormente a la televisión e Internet.

Mendoza y Suburia (2013). Refieren de manera esquemática, estas relaciones dan cuenta de una compleja trama de variables e intereses sociales que incrementan el riesgo de que una adolescente quede embarazada, en la mayoría de casos sin proponérselo. En acuerdo con estas relaciones dinámicas, los marcos teóricos propuestos señalan que no se debe dejar de considerar el efecto de algunos factores contextuales, más vinculados al hogar y a las dinámicas familiares, de género y comunitarias, incluyendo la cultura. De los resultados de esta dinámica a escala poblacional, y de algunos comportamientos que se generan en ella, da cuenta la sección siguiente:



OMS (2011). Refiere para estos países Chile, Bolivia, Venezuela, Ecuador, y Colombia, 3 son algunos de los factores considerados como determinantes para el embarazo en la adolescencia:

- El inicio temprano de las relaciones sexuales;
- El matrimonio antes de los 20 años, asociado a la maternidad (que se presentan más en las áreas rurales), y
- El bajo uso de métodos anticonceptivos.

Asimismo, a través de estos factores actúan otras determinantes de carácter estructural, como la pobreza, las inequidades sociales y las relaciones de subordinación de género y la violencia contra las mujeres.

2.1.8 Consecuencias de un embarazo temprano

SSM s.f. refiere que en el grupo adolescente se ha observado que frecuentemente aparecen complicaciones durante el embarazo tales como: preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual-incluyendo el VIH/SIDA-, virus del papiloma humano y finalmente el aborto. En cuanto al producto, se presentan antecedentes de prematurez, bajo peso, retardo en el desarrollo cognitivo y retardo en el crecimiento físico. Estas complicaciones junto con el impacto psicosocial, en el que se afecta la salud tanto de la madre como del embrión en desarrollo. Las implicaciones de riesgo obstétrico en la adolescencia temprana incluyen un incremento en la frecuencia de desproporción céfalo-pélvica, condición que amerita la realización de operación cesárea para la resolución del evento obstétrico y cuando el embarazo ocurre en una adolescente con desnutrición se incrementa significativamente la morbilidad y mortalidad materna. Por otra parte, la frecuencia de defectos al nacimiento de tipo multifactorial incluyendo bajo peso, aberraciones cromosómicas y malformaciones congénitas, ocurren en madres adolescentes en una proporción significativamente mayor, en comparación con las embarazadas adultas.

Consecuencias para la adolescente

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

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

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

Consecuencias para el hijo o hija

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Consecuencias iniciales (parto y postparto)

Dadas las características de estos embarazos, existe en estos niños una mayor incidencia de problemas orgánicos tales como prematuridad, bajo peso para su

edad gestacional, y mayor mortalidad en los días próximos al parto y durante su primer año de vida, también, son mayores las posibilidades de sufrir problemas neurológicos, epilepsia, parálisis cerebral, sordera y ceguera.

Un hijo de madre adolescente tiene entre dos y tres veces más posibilidades de morir durante su primer año que un hijo de madre no adolescente. Esta cifra se dispara en madres menores de 15 años.

Consecuencias durante la infancia

Es menos probable que estos niños lleguen a establecer vínculos de apego seguros y las posibilidades de sufrir negligencia y malos tratos son mayores. Tienen una mayor incidencia de trastornos orgánicos y son más frecuentes en ellos los problemas de conducta, el fracaso escolar y el bajo rendimiento intelectual, así como otros problemas psicológicos. Además, suelen vivir en hogares con pocos recursos, con todo lo que ello conlleva.

Consecuencias iniciales (Ante la confirmación del embarazo)

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

Consecuencias a corto y medio plazo

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

Consecuencias a largo plazo

Según ciertas investigaciones, los factores que modulan las consecuencias a largo plazo son:

- 1- la seguridad económica y el nivel de educación de los padres de la chica;
- 2- el nivel educativo y las aspiraciones de la joven madre; y
- 3- el grado en el que la chica está dispuesta a controlar rápidamente la fertilidad subsiguiente.

Los datos presentados parecen indicar que si bien las consecuencias de un embarazo son muy importantes a corto y medio plazo, tienden a atenuarse (pero no a desaparecer) a los 10 ó 15 años. No obstante, el grado en que esto ocurra dependerá de diversos factores.

Consecuencias asociadas a la decisión de tener el hijo

Si decide quedarse con el hijo, puede estar expuesta a diversas consecuencias orgánicas, psicológicas, sociales, económicas y educativas. Además, tiene

grandes posibilidades de quedarse, en un corto período de tiempo, nuevamente embarazada.

Consecuencias orgánicas

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos. Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes.

Consecuencias psicológicas

"La madre adolescente es en cierto sentido una niña, que de pronto se ve arrojada al mundo adulto sin estar preparada para ello". Esta nueva situación lleva a la adolescente a gran cantidad de problemas psicológicos, ya que la aceptación de ser madre o del matrimonio son grandes pasos para los que no está preparada. Esto hace que se sienta frustrada en sus expectativas de futuro. Algunos autores llegan a afirmar que el embarazo en la adolescencia supone el inicio de un "síndrome del fracaso", ya que la adolescente suele fracasar en el logro de las metas evolutivas de la adolescencia, en terminar su educación, en limitar el tamaño de su familia, en establecer una vocación y conseguir ser independiente.

Consecuencias educativas, socio-económicas y relacionales

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

Otros estudios como refieren Gonzales, Hernández, Conde, Hernández y Brizuela. (2010). Aseguran que las consecuencias desagradables que con mayor frecuencia acompañan al embarazo en la adolescencia son: la interrupción de los estudios y de la preparación técnico-profesional. La posibilidad de convertirse en madre soltera hace después más difícil establecer un hogar estable y se inicia así una sucesión de uniones de corta duración. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de condición por temor a la reacción de su grupo familiar.

OMS citado en Barbón (2011). Refiere que un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre y el producto, además de las secuelas psicosociales, particularmente sobre el proyecto de vida de la madre. Entre los riesgos más comúnmente señalados destacan las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, las complicaciones a largo plazo, hijos con elevado riesgo de prematuridad, lesiones durante el parto, muertes

perinatales y bajo peso al nacer. Desafortunadamente las consecuencias perjudiciales no se limitan al punto de vista biológico, a éstas se añaden otras en el plano social tales como la deserción escolar, la incorporación temprana a la vida laboral, desajuste en la integración psicosocial, la escasa preparación para desarrollar una relación satisfactoria con los hijos, entre otros.

2.1.9 Edad ideal para el embarazo

Según la OMS, (2013). Biológicamente la edad ideal para que una mujer tenga su bebé, es antes de que cumpla los treinta años. El desarrollo físico y la fertilidad alcanzan su máximo índice entre los 20 y los 25 años, generalmente la mujer a esta edad no presenta enfermedades crónicas y tiene mucha energía. La fertilidad empieza a disminuir después de los 30 años. Emocionalmente muchas mujeres en sus veinte años, no están listas para aceptar las responsabilidades, el compromiso y el cambio del estilo de vida que la llegada de un bebé implica. Por estas razones, que se suman a la estabilidad económica, metas de la carrera profesional, objetivos personales y otras razones más, hoy en día muchas mujeres inician su maternidad después de los 35 y hasta los 40 años, cuando en generaciones anteriores a esas edades ya se consideraban o eran abuelos. La maternidad iniciada a dichas edades tiende a ir en aumento mundialmente.

2.1.10 Promoción y prevención

Torres, Gutiérrez, (2006). Refieren que la capacitación adecuada de los profesores es un elemento clave para el éxito y control de calidad de las intervenciones para un embarazo en adolescentes.

Secretaria de Salud de Honduras s.f. Refiere que la prevención de los embarazos en adolescentes sea exitosa, es necesario lograr un compromiso sostenido de los actores claves de la comunidad y de las instituciones del primer nivel y segundo nivel para responder a los complejos desafíos que enfrentan los adolescentes:

- ❖ Promover el acceso de los adolescentes a la educación integral en sexualidad en escuelas, colegios y comunidad para brindar información adecuada y responder a las necesidades en salud sexual de los adolescentes durante su desarrollo.

- ❖ El personal responsable de las Unidades de Salud independientemente del modelo de gestión bajo el cual funcionen deben planificar y desarrollar las acciones para garantizar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud para recibir información y atención

en salud sexual y reproductiva con calidad orientada a la prevención del embarazo.

❖ Desarrollar actividades informativas sobre:

- ✓ -Roles de género y relaciones de poder en la casa y la comunidad
- ✓ -Comunicación y relaciones entre la madre, el padre, hijas e hijos y otras personas de la familia.
- ✓ -Crecimiento y desarrollo del adolescente
- ✓ -El proceso de socialización donde se aprende a ser hombre y a ser mujer, Mamá y Papá responsables.
- ✓ -Abuso sexual, violencia de género , violencia en el noviazgo
- ✓ -Salud sexual y reproductiva :

- Sexualidad

- ITS/VIH/Sida

- Postergar el inicio de las relaciones sexuales

- Información sobre métodos de anticoncepción en base a normas

-Derechos y deberes de la adolescente embarazada y su pareja

Mendoza, Sirbiria (2013) del Plan Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente. Para hacer frente a la situación descrita en secciones anteriores, este plan tiene una sólida propuesta de intervención de política pública. Recoge lo más avanzado de la investigación internacional y nacional, a partir del

balance de las intervenciones que tienen efecto probado para disminuir embarazo no planificado en adolescentes, y reconoce que solo las intervenciones simultáneas y multisectoriales, nunca aisladas, habrán de tener un efecto sostenible. Su horizonte temporal alcanza el año 2021 (bicentenario), siendo su objetivo general reducir en 20% la prevalencia del embarazo en las adolescentes. Sus objetivos específicos son:

- Postergar el inicio de la actividad sexual en la adolescencia; Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria;
- Asegurar la inclusión de la educación sexual integral (ESI) en el marco curricular nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI;
- Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en los adolescentes sexualmente activos mayores de 18 años y en adolescentes que ya son madres;
- Disminuir los diferentes tipos de violencia en los adolescentes poniéndose énfasis en la violencia sexual.

CAPÍTULO III

3.1 METODOLOGÍA

Esta investigación fue iniciada con la identificación de una problemática de embarazos en adolescentes en la comunidad de Pajacuaran, Michoacán. Se estructuró el planteamiento del problema de estudio y delimitando la problemática, se generó una pregunta de investigación que versaron sobre cuestiones identificadas. Una vez planteado el problema de estudio, se consideró lo que se ha investigado en relación al problema y se realizó una tesina monográfica al efectuar una investigación documental y al analizar la literatura científica que otros autores han escrito sobre el problema identificado, mediante la revisión de la literatura en fuentes primarias como libros, Plataformas en internet en Google Académico, revistas de enfermería SCIELO, Normas Oficiales Mexicanas, páginas de Secretaria de Salud y periódicos en línea como el Sol de Morelia, libros, diccionarios; después de analizarlos sistemáticamente se redactó un texto original con argumentos basados en evidencia identificada, analizando el estado del conocimiento. Se delimitó el problema buscando la relación de la variable de estudio con otras variables, se definieron los objetivos de investigación los cuales fueron las guías del estudio, se justificó el estudio argumentando el porqué y el paraqué del estudio así como la importancia que tiene la realización de esta investigación a la disciplina de la enfermería, las instituciones y la sociedad.

Al cumplir la investigación, se finalizó con las conclusiones dando respuesta a la pregunta y cumpliendo los objetivos planteados, ya se que logró identificar los principales factores en embarazo en los adolescentes como las consecuencias que afecta tanto al hijo como a la madre; de acuerdo a lo obtenido en la investigación se proponen sugerencias para la promoción y prevención y de esta manera disminuir en futuro los altos índices de embarazos en adolescentes.

CAPÍTULO IV

4.1 CONCLUSIONES

La adolescencia es la etapa más compleja del ser humano, ya que ocurren cambios tanto físicos como mentales. El embarazo en éste rango de edad es uno de los problemas más evidentes en México. Los adolescentes que eligen una vida sexual activa están frecuentemente limitados en sus opciones anticonceptivas por las influencias de sus compañeros, de sus padres, ciertas culturas y por restricciones propias del nivel de desarrollo, es decir por alcanzar la madurez física antes que la emocional. El principal factor predisponente que refiere la bibliografía, para un embarazo en adolescentes, es la no utilización y uso incorrecto de los métodos anticonceptivos, el inicio precoz de las relaciones sexuales, la baja situación económica y educativa así como el abuso sexual o violación, por último se consideran como la falta de conocimiento sexual, la baja autoestima, familia disfuncional, uso de drogas, tabaco y alcohol, trabajo no calificado, difícil acceso a Centros de Salud. Mismas que conlleva a complicaciones tanto al hijo como a la madre adolescente. Como los más mencionados que afecta a la madre adolescente son la preeclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de vías urinarias, hemorragias, partos prolongados y cesárea, expuestos a infecciones de transmisión sexual; lo que esto ocasiona que el producto sea prematuro, bajo peso al nacer, incluso pueden tener retardo de desarrollo cognitivo y físico.

4.2 Sugerencias

1. El jefe(a) de enfermería de la jurisdicción 02 de Zamora Michoacán, cumplan con visitas cada mes a Centros de Salud retroalimentando pláticas sobre temas de salud sexual y reproductiva.
2. Las enfermeras (os) del Centro de Salud realicen pláticas a jóvenes en instituciones educativas (primaria, secundaria y preparatoria) una vez al mes, sobre la salud sexual y reproductiva, como otros temas en relación.
3. El personal del Centro de Salud implemente talleres donde interactúen padres e hijos para fomentar la comunicación acerca de la salud reproductiva.
4. El personal de salud promueva a la comunidad temas sobre salud sexual, a través de trípticos, cartelones y radio.
5. La directora de la Facultad de Enfermería invite a enfermeras (os) del Centro de Salud para capacitar la manera de trabajo en un primer nivel a nuevas generaciones.
6. La directora de la Facultad permita que los alumnos de tesina compartan experiencias del servicio social a nuevas generaciones sobre causas o problemas que afectan a diferentes localidades de Michoacán.

Referencias bibliográficas

1. Emans, Laufer Y Goldstein (2000). Ginecología en pediatra y la adolescencia (4ª Ed.). Editores. S.A. DE C.V. Hill Interamericana. Pág. 523.
2. Gonzales Garza, C., Rojas Martínez, R., Hernández Serrato, M., Olaiz Hernández, G. (2005). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. *Salud Pública Méx v.47 n.3 Cuernavaca mayo/jun.* Recuperado el 6 de noviembre de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342005000300004&script=sci_arttext
3. Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., Espert Castellanos, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev Cubana ObstetGinecol vol.38 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012.* Recuperado el 6 de noviembre de 2013, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006&lang=pt
4. Baeza, B., Poo, A. M., Muñoz, S., Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *7R6EV CHIL OBSTET GINECOL 2007; 72(2):76-81.* Recuperado el 28 de noviembre de 2013, de <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n2/art02.pdf>

5. Rodríguez González, A., Rodríguez González, J., Viñet Espinosa, L. M., Infante Esponda, R.M. (2013). Factores predisponentes de embarazo en adolescentes de nuevo turumo. Venezuela. 2007- 2008 *Rev habancienc méd vol.12 no.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2013*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200012&lang=pt
6. Mendoza, W., Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica versión impresa ISSN 1726-4634*. Recuperado el 19 de noviembre de 2013, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342013000300017&lang=pt

7. Alarcón Argota, R., Coello Larrea, J., Cabrera García, J., Monier Despeine, G. (2009). Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. *Rev. Cubana Enfermer v.25 n.1-2 Ciudad de la Habana ene.-jun. 2009* recuperado en noviembre 2013, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192009000100007&script=sci_arttext
8. Álvarez Nieto, C., Pastor Moreno, G., Linares Abad, M., Serrano Martos, J., y Rodríguez Olalla, L. (2012). Motivaciones para el embarazo adolescente *Gaceta Sanitaria versión impresa* ISSN 0213-9111. Recuperado en noviembre de 2013, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112012000600002&lang=pt
9. Gonzales Sáez, Yolanda; Hernández Sáez, Isabel; conde Martin, Marlene; Hernández riera, Rodolfo; Brizuela Pérez, Susana. 2010. *Revista Archivo Médico de Camagüey versión* ISSN 1025-0255. Recuperado en noviembre de 2013, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552010000100013&lang=pt

10. Barbón Pérez, O. G. (2011). Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. *Versión On-line* ISSN 0717-9553. Recuperado el 18 de diciembre 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000100003&lang=pt
11. Organización Mundial para la Salud (2013). Embarazo en adolescentes. Recuperado el 18 de diciembre de 2013, de <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf>
12. Secretaria de Salud (2011). Matrimonios precoces y embarazos en la adolescencia y la juventud. Recuperado el 18 de diciembre de 2013, de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_12-sp.pdf
13. Organización Mundial para la Salud (2011). Embarazo en adolescentes. Recuperado el 6 de noviembre de 2013, de <http://3-4taembarazoadolescente.blogspot.mx/2011/08/embarazo-adolescente-definido-por-la.html>
14. Secretaria de Salud México (2002). Prevención de embarazo no planeado en adolescentes. Dirección general de salud reproductiva. Segunda edición. Recuperado el 6 de noviembre de 2013, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf>
15. Organización mundial para la salud s.f. Salud sexual y reproductiva. Recuperado el 12 de diciembre de 2013, de http://www.prosaludchile.org/es_salud_sexual_y_reproductiva.php

16. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Recuperado el 18 de diciembre de 2013, de http://salud.edomexico.gob.mx/html/transparencia/informacion/leyesreglamentos/reglamento/norma_007_SSA2_1993.pdf
17. Organización Mundial para la Salud (2012). Dirección de Salud y Binestar de la Municipalidad de Guatemala. Edición octubre 2012 http://munisalud.muniquate.com/2012/09oct/estilos_saludables03.php
18. Organización Mundial para la Salud s.f. Embarazo precoz. Recuperado el 7 de noviembre de 2013, de <http://www.monografias.com/trabajos48/embarazo-precoz/embarazo-precoz2.shtml>
19. Organización Mundial para la Salud (2010). Embarazo en edades tempranas en México. Políticas públicas para la atención. Recuperado el 10 de diciembre de 2013, de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
20. Organización Mundial para la Salud s.f. Recuperado el 7 de noviembre de 2013, de <http://www.monografias.com/trabajos48/embarazo-precoz/embarazo-precoz2.shtml>

21. Torres, Gutiérrez, M., (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/sida entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Versión impresa* ISSN 0036-3634. Recuperado el 28 de noviembre de 2013, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000400005
22. Secretaria de Salud de Honduras. s.f. Recuperado el 28 de noviembre de 2013, de www.paho.org/hon/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=332&itemid=211 - 252k
23. Organización Mundial para la Salud s.f. Recupero el 17 de enero 2014, de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/
24. Sánchez Valencia, Y.A; Mendoza Tascón, Mónica; Grisales López, B.; Ceballos Molina, L.Y.; Bustamante Farfan, J.C.; Muriel Castañeda, E.; Chaverra, L.A. Y Acuña Polo, M.E. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá. *Versión On-line* ISSN 0717-7526. Recuperado el 17 de enero de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262013000400005&lang=pt