



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



**MEMORIA DE EXPERIENCIA EN EL SERVICIO SOCIAL  
“Embarazo en Adolescentes”**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
Licenciada en Enfermería**

**Presenta**

**P.L.E Claudia Yunuen Flores Gómez**

**Asesora**

**M.C Avelina Ramírez Izquierdo**

**Morelia, Michoacán., junio 2014.**

**DIRECTIVOS**

**DRA. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA**

DIRECTORA

**ME. RUTH E. PÉREZ GUERRERO**

SECRETARIA ACADÉMICA

**MCE. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS**

SECRETARIO ADMINISTRATIVO

**MESA SINODAL**

**ASESORA**

**M.C Avelina Ramírez Izquierdo**

---

**VOCAL 1**

**L.E.Q Cirila Dimas Palacios**

---

**VOCAL 2**

**DRA. María Dolores Flores Solís**

---

**SUPLENTE**

---

## **DEDICATORIA**

### **A DIOS:**

Por permitirme llegar a concluir uno más de mis propósitos de mi vida académica, y estar siempre conmigo. Y por ayudarme siempre y hacerme comprender que nunca es tarde a pesar de los obstáculos de la vida.

### **A MIS PADRES:**

Marbella Gómez González, Ciro Flores Sánchez. Por ser mis ejemplos a seguir y creer en mí, por brindarme su ayuda incondicional siempre gracias los quiero demasiado.

### **A MI HERMANO:**

José Ángel Flores Gómez por creer en su hermana.

### **A MI ESPOSO:**

Luis Huerta Valentón por su apoyo y paciencia en todo momento, y esos días que no pude dedicarle la atención adecuada y ante todo siempre su comprensión.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MI COORDINADORA DE TESIS**

Por su dedicación al 100% con nosotros y la paciencia que nos brindó en cada una de las explicaciones, por ser equitativa y comprensible, no me queda más que reconocer sinceramente lo agradable de su compañía, fue un placer ser su alumna gracias maestra.

### **ASESORA DE TESIS:**

Le agradezco por su apoyo y asesoramiento que me dio maestra avelina sin usted no hubiera culminado mi objetivo, de antemano gracias.

# ÍNDICE

<b>CAPÍTULO I</b> .....	<b>1</b>
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	2
<b>1.2 OBJETIVOS</b> .....	<b>6</b>
1.3 OBJETIVO GENERAL .....	6
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
<b>1.5 JUSTIFICACIÓN</b> .....	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>13</b>
2. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 ANTECEDENTES.....	14
2.2 EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	19
ADOLESCENCIA .....	19
2.2.1 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	21
2.2.2 EMBARAZO.....	23
2.3 CAUSAS DE EMBARAZO ADOLESCENTE .....	24
2.4 FACTORES Y CAUSAS QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO.....	27
2.5 CAUSA INICIO VIDA SEXUAL .....	29
2.6 CAUSA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ .....	30
2.7 FACTORES CULTURALES Y EDUCATIVOS.....	34
2.8 FACTOR DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES EN LO FAMILIAR .....	34
2.9 FACTOR PSICOSOCIAL .....	36
2.10 PRINCIPALES COMPLICACIONES EN EMBARAZO EN ADOLESCENTES .....	41
2.11 IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA .....	48
2.12 REPERCUSIONES DE SALUD DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO .....	50
2.13 COMPLICACIONES EN LA CESÁREA Y EL PARTO .....	51
2.13.1 PARTO .....	51
2.13.2 CESÁREA.....	52
2.13.3 RIESGOS DE LA CESÁREA .....	53
2.14 ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO .....	57
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>59</b>
3.1 METODOLOGÍA.....	60
<b>CAPÍTULO IV</b> .....	<b>61</b>
4.1 CONCLUSIONES .....	62
4.2 SUGERENCIAS.....	64
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	67
. ANEXOS.....	85

## RESUMEN

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en la actualidad una preocupación para el sector salud y sociedad en Apatzingán Michoacán, durante las practicas del servicio social con el método observacional se identificó un incremento de embarazos en adolescentes menores de 20 años por diversos factores que lo asocian parte de la misma problemática. Así mismo se identificaron repercusiones para la salud de la madre y el hijo.

El embarazo temprano se encuentra relacionado con condiciones desfavorables de vida en México. Y esto se concluye que ser madre en la adolescencia lleva a un mayor numero de hijos. Mujeres que inician maternidad temprana al final de su vida reproductiva tienden a tener por lo general 3 hijos que de las que empezaron después de los 19 años.

Asimismo fue de gran interés personal abordar e investigar el tema de embarazo en adolescentes.

Palabras claves: embarazo, adolescentes, edad temprana, embarazo no sedado, mujeres embarazadas, maternidad temprana.

## ABSTRACT

The teenage pregnancy has become today a concern for health and society sector Apatzingán Michoacán, during practice of social service with the observational method increased pregnancies were identified in adolescents under 20 years by various factors that associated part of the same problem. Likewise implications for the health of the mother and child were identified.

Early pregnancy is associated with adverse living conditions in Mexico. And this concludes that motherhood in adolescence leads to a greater number of children. Women who start early motherhood at the end of their reproductive life tend to be usually 3 children of which began after age 19.

Well same was of great personal interest to investigate the issue of, pregnancy in adolescents.

Keywords: pregnancy, teenagers, early, unwanted pregnancy, pregnant women, early motherhood.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo en las Adolescentes se ha convertido en una preocupación para el sector salud y para varios sectores sociales, el embarazo en la adolescencia se considera de riesgo elevado, por lo que se hace necesaria la educación sexual y sanitaria a los jóvenes y que esta se encamine a la reducción de las tasas de embarazos en Adolescentes, lo que garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su hijo y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad; la actividad sexual de los Adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años, lo que contribuye a mayores repercusiones en un embarazo a temprana edad en la mujer adolescente y el recién nacido.

El documento se estructuró en 4 capítulos. El capítulo uno presenta la necesidad de analizar los factores que influyen en el embarazo de Adolescentes, planteando la problemática identificada y generando una pregunta de investigación. En este capítulo se delimitó el propósito establecido para el estudio a través del objetivo general que conlleva el analizar los factores que influyen en el embarazo en Adolescentes y como objetivos específicos se tiene, determinar los factores que influyen en el embarazo de Adolescentes, describir las repercusiones del embarazo a la mujer adolescente y al recién nacido, describir las intervenciones de enfermería para prevenir el embarazo de Adolescentes. También se incluye la justificación donde se refleja la importancia y relevancia de los altos índices de

embarazos en Adolescentes, así también se manejó la trascendencia y la magnitud de los embarazos en los últimos años hasta la fecha.

El capítulo dos del marco teórico organiza los elementos teóricos derivados del planteamiento del problema organizados en diez puntos: Antecedentes, concepto de Adolescentes, embarazo, complicaciones, embarazo en Adolescentes, factores que influyen en el embarazo en Adolescentes, complicaciones generales, complicaciones en el parto y la cesárea, así como también intervenciones educativas del personal de enfermería para prevenir el problema.

El capítulo tres se presenta la metodología, se realizó una tesina monográfica al realizar una investigación documental mediante la revisión de literatura científica en libros, revistas científicas, estadísticas, reportes, documentos oficiales, estudios, entre otros, sobre lo que se ha escrito respecto al embarazo en adolescentes, todo ello para responder la pregunta de investigación que se generó a partir de una problemática. Después de analizarlo sistemáticamente se redactó un texto original que se aportaron propuestas basadas en la evidencia. En el capítulo cuatro se presentan las conclusiones y sugerencias sobre el tema de la investigación, finalizando con referencias bibliográficas y anexos.



# CAPÍTULO I

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la realización del servicio social en el Hospital General Ramón Ponce Álvarez de Apatzingán Michoacán, se identificó una problemática, por el alto índice de embarazos en Adolescentes en esta comunidad. En el año 2012 en los tarjeteros que se analizan mensualmente por la jurisdicción 07 se encontró un índice de 2387 embarazadas y en el 2013 con 2345 embarazos en mujeres Adolescentes en Apatzingán Michoacán. Asimismo, se observó que un 80% de los ingresos en la sala de urgencias, eran embarazadas que acudían para la atención de embarazo y parto, la mayoría de ellas eran adolescentes y sin conocimiento previo de la intervención que adquirirían, algunas eran referidas del Centro de Salud con un control desde su séptimo u octavo mes; sin conocimiento relativo a signos y síntomas de alarma durante el embarazo, la importancia de la lactancia materna y técnica correcta; otras no habían llevado el control prenatal en ningún mes de su estado de gestación, las mujeres referían que no acudían a control por pena o falta de conocimiento de la importancia que tiene control prenatal. Lo que proyecta un problema a futuro por incremento o muerte materna por complicaciones como eclampsia, preeclámpsia, bajo peso del recién nacido entre otras. Igualmente, de acuerdo a lo identificado, la falta de comunicación familiar quizás sea un factor que este influyendo en el embarazo de Adolescentes ya que se observó que el personal del Centro de Salud no está haciendo promoción en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos a los Adolescentes y padres de familia; lo que se considera una problemática para el incremento de embarazos no deseados ya que sí no se fomenta que desde el

primer contacto con las Adolescentes, habrá incremento en la demanda de atención de embarazos no planeados. Además, en esta región es común ver grupos de jóvenes narcotraficantes, estos ofertan su poder, dinero, y carros de último modelo a las mujeres y las de mayor riesgo son comúnmente Adolescentes en edades entre 12 a 20 años que no culminan la primaria por que la economía no se lo permitió y es más fácil tener dinero con una persona que le brinda apoyo económico, sólo por ser su pareja durante unos años, meses o días. Esto no depende del tiempo, se considera más bien hasta que termina la relación, dejando como consecuencia un embarazo en adolescente, infecciones y enfermedades de transmisión sexual, entre otros problemas de salud. Estos problemas se relacionan con la deficiencia de conocimiento sobre salud reproductiva, la falta de comunicación familiar; igualmente, estas niñas no están preparadas para comenzar su vida sexual activa a edad temprana sus órganos sexuales reproductivos no están en desarrollados completamente así como también se encuentran con desequilibrio emocional y no son aspirantes para la atención de un bebe. La actividad sexual de los Adolescentes va en aumento, lo que se relaciona con el incremento en la incidencia de embarazos, en el aborto e las implicaciones de estos. Además, la maternidad precoz suele afectar en lo académico y el potencial económico, el embarazo en adolescente es más probable en las poblaciones rurales, pobres, y con menor nivel educativo. Igualmente, el embarazo afecta a la adolescente embarazada y la familia, se considera importante la relación de estos dos términos porque la familia es el primer núcleo en el que el individuo se desarrolla, aprende valores, y esto puede influir en sus actitudes y decisiones futuras. Analizando la problemática si hay factores que conllevan a un

embarazo no deseado a temprana edad, la falta de comunicación con los padres y la falta de estos, el ambiente familiar y el maltrato son factores asociados con la presencia de conducta antisocial, la interacción entre los miembros con un ambiente familiar positivo que permita a los Adolescentes un sano desarrollo. De esta forma, existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-psico-social para la madre y el recién nacido. Muchas de las veces por una falta de información, por una falta de responsabilidad al ejercer su sexualidad. Es importante estudiar este fenómeno social y su impacto en el ámbito familiar y social. También, por ser un problema que actualmente se está viendo más en los jóvenes quienes por una falta de información, una falta de comunicación muchas veces con los padres y por un momento de placer no miden las consecuencias del mismo. Algunas de las características sociales más comunes en las Adolescentes que se embarazan, son las condiciones familiares precedieron su embarazo. En algunos niveles socioeconómicos cuando hay dependencia social y económica de la joven su embarazo a los 18 años o inclusive después de esa edad. Asimismo, consideran que un aspecto importante para estudiar son las consecuencias que este presenta a largo plazo sobre los roles alternativos de la mujer y su entorno.

El embarazo temprano se encuentra muy relacionado con las condiciones desfavorables de vida en México. El hecho de ser madre en la adolescencia lleva a un mayor número de hijos, las mujeres que iniciaron la maternidad temprana llegan al final de su vida reproductiva con tres hijos más que las que empezaron después de los 19 años. Del mismo modo, el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de

políticas serias de salud y, sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo, lo que garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

El embarazo en Adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas. Por lo antes referido surge la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuáles son los factores que influyen en el embarazo de Adolescentes?**

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.3 Objetivo general

Analizar los factores que influyen en el embarazo de Adolescentes.

### 1.4 Objetivos específicos

- Describir los factores que influyen en el embarazo de Adolescentes.
- Identificar las repercusiones del embarazo a la mujer adolescente y al recién nacido.
- Determinar intervenciones de enfermería para la prevención de embarazo en Adolescentes.

## 1.5 JUSTIFICACIÓN

Se pretende que esta investigación contribuya a la disciplina de enfermería al señalar las principales causas y factores que favorecen a la presencia de embarazos en Adolescentes; con el propósito de dar a conocer propuestas que favorezcan las condiciones de salud de los Adolescentes y prevenir el embarazo a través de intervenciones educativas por parte del personal de enfermería. Además, aportar a disminuir los índices de muertes maternas, así como los altos costos a las instituciones del sector salud.

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, en todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en Adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América. En los EU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas Adolescentes, con una tasa estable del 11,1%. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado de embarazos en Adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los anticonceptivos. El profesional de enfermería ha incrementado su carga laboral en el segundo nivel de atención, lo que se relaciona con la falta de promoción de la salud que realiza el personal de enfermería en el primer nivel de atención o esta no ha tenido impacto, por lo cual se considera importante analizar los factores que influyen en el embarazo de Adolescentes. Armendáriz y Mendel (2010). Las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud que excluyen a quienes no solicitan sus servicios; sin embargo se han realizado aproximaciones.

Así, por ejemplo, Klein (1980) menciona que cada año más de un millón de Adolescentes en el mundo se embaraza; 30,000 son menores de 15 años y en su mayoría son embarazos no planeados. La OMS y la OPS (1988) reportan que, según la Encuesta Nacional Demográfica en México, 12.1% de nacimientos en 1982 fueron de madres de entre 15 y 19 años de edad, y que 33.5% de la población femenina de entre 15 y 24 años de edad falleció por complicaciones de embarazo, parto y puerperio en 1985. Estrada, citado en Armendáriz y Mendel (2010). También, en 2011, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 11 mil 512 niñas de entre 10 y 14 años se convirtieron en madres, y de esa cifra 318 tenían 10 años. INEGI citado en Gamboa y Valdés (2013). Con este estudio se pretende que los altos índices de embarazos en Adolescentes disminuyan en la ciudad de Apatzingán Michoacán, para que las Adolescentes puedan disfrutar de su niñez y no aceleren el proceso de evolución y su calidad de vida sea aún mejor.

Peláez, (1996) analizó que los Estados Unidos de Norteamérica presentan una situación específica que los hace similares a nosotros y los diferencia de los países desarrollados de Europa Occidental. En estudios allí realizados han encontrado un aumento dramático del porcentaje de mujeres Adolescentes entre 15 y 17 años, que mantienen vida sexual a temprana edad, Existe un gran índice de embarazos en la edad de la adolescencia. Asimismo, refiere un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado el 25 % de las Adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurren el 60 % de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales, alrededor del 35 % de las madres

adolescentes son solteras y que el 50 % de las madres solteras son Adolescentes; si se añade a esto que el 60-70 % de estos embarazos no son deseados se puede comprender perfectamente los efectos psicosociales de este fenómeno, el cual se ha relacionado con el incremento del suicidio y la drogadicción. Ordaz y Rangel (2010). Mencionan que los problemas del parto se encuentran, en primer lugar, con 34.2%, le sigue la Hipertensión (23.2%) y las hemorragias (21.3%). En cuarto lugar está el aborto inducido con 8.4% y, por último, las infecciones con 5.6%. Otras enfermedades no propias del embarazo, pero que se agravan con éste, son clasificadas como causas indirectas y constituyen 7.3%. Asimismo, el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud y, sobre todo, de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo, lo que garantizará un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. El embarazo en Adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas. Así mismo consideran que es un aspecto importante estudiar las consecuencias que este presenta a largo plazo, sobre los roles alternativos de la mujer y su status económico.

Issler, 2001 menciona que el Ministerio de Sanidad 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Igualmente y Peláez (1996) Refieren que sólo el 23 % de las Adolescentes

embarazadas deseaban la gestación. 1 de cada 5 que no deseaba el embarazo y había utilizado en alguna ocasión métodos anticonceptivos y alrededor del 50 % era del criterio de que ellas no tenían la posibilidad de embarazarse en una relación no protegida. En el 2001, 14.9% de los nacimientos registrados por mujeres menores de 20 años. Problemas del parto se encuentran, en primer lugar, con 34.2%, le sigue la Hipertensión (23.2%) y las hemorragias (21.3%). En cuarto lugar está el aborto inducido con 8.4% y, por último, las infecciones con 5.6%. Otras enfermedades no propias del embarazo, pero que se agravan con éste, son clasificadas como causas indirectas y constituyen 7.3%.

Deben tener en cuenta, el porcentaje de Adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas en Adolescentes ah variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosas, laicas, laicas de sectores populares). El 95% de los Adolescentes manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo el porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las Adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante sub registro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado. La proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la

capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento. Igualmente, en el 2001, 14.9% de los nacimientos registrados en Jalisco fueron realizados por mujeres menores de 20 años de edad, y de estas, sólo 17.1% eran económicamente activas (Estrada, 2005).

Fernández, (2008). Refiere que inician su vida sexual activa los Adolescentes a edad temprana y por ello se expone a los embarazos a edades muy tempranas, a los abortos, a la infección por agentes de transmisión sexual. También, Menkes y Suárez (2002) los factores más predisponentes que más afectan a los Adolescentes es el estado marital, la edad de la joven y el nivel de educación. Dicho de otro modo, al controlar las condiciones sociodemográficas mencionadas, el haber estado alguna vez unida con la pareja aumenta 70 veces el riesgo de embarazo, en relación con las solteras. El tener de 17 a 18 años aumenta tres veces el riesgo de embarazo respecto a las de 15 a 16 años y tener 19 años lo incrementa 5.3 veces; finalmente, un nivel de escolaridad bajo aumenta 2.5 veces el riesgo de embarazo respecto a las Adolescentes que tienen secundaria completa o más estudios. Las mujeres con mediana escolaridad aumentan 1.8 el riesgo de embarazo respecto a las de mayor educación formal. Asimismo la pobreza en servicios y en educación queda clara que el embarazo en la adolescencia se relaciona estrechamente con diferentes niveles de Pobreza. La diferencia más notoria la presentan las mujeres con pobreza educativa extrema, ya que 28.1 por ciento estuvo alguna vez embarazada en la adolescencia.

Núñez, Hernández, García, González y Gualker (2003). Encontraron asociación entre el no deseo de embarazo con la edad, unión, escolaridad, nivel socioeconómico, en intervalo intergenésico. Así mismo la logística no condicional

multivariado, para estimar las razones de no deseo de embarazo la edad, unión, escolaridad, nivel socioeconómico, derechohabientica, zona de residencia y paridad. Esta investigación aportara propuestas que contribuyan a disminuir las cifras de embarazos en Adolescentes, previniendo complicaciones como muertes maternas o perinatales.

## CAPÍTULO II

## **2. MARCO TEÓRICO**

En el capítulo dos del marco teórico se establecen algunos elementos derivados del planteamiento del problema, organizados por, antecedentes internacional, nacional y local, concepto de Adolescentes, embarazo, complicaciones, embarazo en Adolescentes, factores que influyen en el embarazo en Adolescentes, repercusiones, complicaciones, complicaciones en el parto y la cesárea, así como también intervenciones educativas del personal de enfermería.

### **2.1 ANTECEDENTES**

Organización Mundial de la Salud OMS (2012). Menciona que la educación de las niñas tiene efectos positivos sobre su salud, la salud de sus hijos y la de sus comunidades. Asimismo, las niñas que asisten a la escuela tienen menos probabilidad de casarse a una edad temprana. Lamentablemente, la tasa de matriculación cae abruptamente luego del quinto o sexto año de escolarización. Los responsables de política pública deben aumentar las oportunidades educativas formales y no formales de las niñas tanto a nivel primario como secundario.

Secretaría de salud (2002) Menciona que las Adicciones, (tabaquismo, alcoholismo y drogadicción), exposición a ambientes peligrosos y violentos, que asociados potencializan la probabilidad de que las y los Adolescentes sufran accidentes, suicidios y homicidios entre otros. Asimismo, las relaciones sexuales sin protección, debidas fundamentalmente a la falta de información, veraz oportuna en el marco de una educación sexual con enfoque de género, falta de percepción de riesgo de adquirir algunas ITS o de provocar un embarazo no planeado, muchos de los cuales terminan en abortos inducidos, con los consecuentes efectos en la fertilidad futura de la adolescente.

OMS, entre los más graves problemas de salud pública del mundo, siendo la vía sexual la principal vía de transmisión. Según la OMS, 1 de cada 20 Adolescentes se contagia de ITS cada año, siendo el 6% de los casos nuevos detectados de Adolescentes. El 24% de los varones y el 51% de las mujeres en el año 2012 en España se infectaron por el VIH a través de las relaciones sexuales no protegidas, siendo las relaciones heterosexuales el segundo modo de transmisión.<sup>4,5</sup> En el 2010, el 40% de las infecciones fueron entre los 15-24 años y más de 5 millones están viviendo con el virus. Sólo el 40% de los jóvenes varones y el 36% de las mujeres tenían conocimientos adecuados sobre el VIH y las ITS, mostrando que los programas de educación sexual centrados en los Adolescentes no son los adecuados y existe la necesidad de crear nuevos programas.

Garrido (2013). Según datos del Ministerio de Salud es la relación sexual a temprana edad existe. Mientras que en Honduras el 50% de los embarazos en menores de edad es causado por violaciones sexuales.

En Latinoamérica donde el incremento de la reproducción se ve más frecuente en mujeres jóvenes, económicamente comprometidas y dependientes. La primiparidad precoz constituye un factor predisponente fundamental en la prematuridad y por tanto, los hijos de estas madres tan jóvenes tienen mayores posibilidades de morir y otros de someterse a los riesgos del abandono. Señala que los riesgos de los niños de madres Adolescentes son muchos, pero los más significativos son el parto prematuro, bajo peso al nacer, mala nutrición y mayor posibilidad de abuso y negligencia en el cuidado del niño. Michigan, se realizó un estudio entre hermanos que tuvieron el primer parto a diferentes edades y se puso de manifiesto las desventajas de salud de los niños nacidos de madres Adolescentes. Sobre lactantes hijos de madres Adolescentes, se encontró que son más los riesgos psicosociales maternos que los biológicos los que inciden en forma negativa en el niño, para llegar a afectar fundamentalmente su nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor. Asimismo se han hallado en los hijos de los Adolescentes puntajes bajos en el coeficiente intelectual y desarrollo emocional y en algunos países el rechazo social y desventajas legales, lo cual agrava la situación económica tanto de la madre como del hijo, Consecuencia de la crianza durante la adolescencia. Salud, sexualidad y adolescencia. Como el embarazo en la adolescencia constituye un indicador negativo de salud, conocer cómo influye éste en el niño hasta el primer año de vida.

Olavarría y Molina (2012). Refieren que en Chile, el Ministro de Educación decidió evaluar las acciones y logros obtenidos y convocó a una Comisión de representación amplia, de personalidades y actores del sistema educativo. El

Informe Final de la Comisión 2005 señaló que "lo realizado en estos años es asumido por el sistema escolar y sus actores como acciones paralelas, aisladas y con escasa conexión, generando en la opinión pública –salvo el caso de la sensación de que el Ministerio no estaba haciendo nada para enfrentar este tema en el sistema escolar". Así mismo, Recomendaron diseñar un Plan estratégico de acción que tuviese como propósito final la instalación del tema en el sistema escolar, asegurase el derecho de niñas, niños y Adolescentes a ser sujetos de una educación sexual oportuna y de calidad.

Garrido (2013), refiere que mientras que en Bogotá, Colombia, según el Instituto de Bienestar Familiar del país, en los últimos dos años, 10 mil 800 niñas tuvieron bebés antes de cumplir los 14 años de edad. La principal causa de muerte entre jóvenes de entre 10 y 19 años en el Salvador, según datos del Ministerio de Salud es la relación que existe entre su embarazo. Mientras que en Honduras el 50% de los embarazos en menores de edad es causado por violaciones sexuales. De acuerdo a la información de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe entre 25 y 108 mujeres de cada mil, entre los 15 y 19 años, se convierten madres. Este índice es únicamente superado por África.

Peláez, (1996) analizó que los Estados Unidos de Norteamérica presentan una situación específica que los hace similares a nosotros y los diferencia de los países desarrollados de Europa Occidental. En estudios allí realizados han encontrado un aumento dramático del porcentaje de mujeres Adolescentes entre 15 y 17 años, que mantienen vida sexual a temprana edad, Existe un gran índice de embarazos en la edad de la adolescencia. Asimismo, Refiere que un

incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado el 25 % de las Adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurren el 60 % de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales, Alrededor del 35 % de las madres Adolescentes son solteras y que el 50 % de las madres solteras son Adolescentes ; si añadimos a esto que el 60-70 % de estos embarazos no son deseados podemos comprender perfectamente los efectos psicosociales de este fenómeno, el cual se ha relacionado con el incremento del suicidio y la drogadicción.

Morales y Díaz (2011). Mencionan que por otro lado, como se observa en Apatzingán destacan con competencias sociales seguidos de los Adolescentes provenientes de Pureándolo y Múgica.

## 2.2 EMBARAZO EN ADOLESCENTES

### ADOLESCENCIA

En 2013, La Organización Mundial de la Salud OMS define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y la independencia socio – económica”. La maternidad en las Adolescentes trae problemas de índole biológico, psicológico, social y cultural; lo cual repercute en la calidad de vida de la madre y de su familia con un riesgo latente para el niño. El embarazo en la adolescencia constituye un acontecimiento biológico con implicancias psicológicas y sociales que han variado a través de las épocas, Menciona que el embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad –comienzo de la edad fértil– y el final de la adolescencia

Armendáriz y Mendel (2010) define Adolescencia como una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o la edad adulta, y no como un período de transición de un estado a otro. La OMS, la consideramos como "Etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años", dividiéndola en las siguientes etapas:

Adolescencia 15 años precoz o menos

Adolescencia intermedia 16-17 años

Adolescencia tardía 18-19 años

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. OMS Citado en Issler (2001).

OMS (2013). La actividad sexual de los Adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

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

Adolescencia Temprana (10 A 13 AÑOS)

Biológicamente, es el *periodo* peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo Sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla

sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

#### Adolescencia Media (14 A 16 AÑOS)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

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

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

#### Adolescencia Tardía (17 a 19 años)

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

### **2.2.1 Embarazo en la Adolescencia**

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los Adolescentes especialmente durante un embarazo

sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son Adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

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

El matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer; La práctica de las relaciones sexuales de los jóvenes sin métodos anticonceptivos; La presión de los compañeros, que alientan a los Adolescentes a tener relaciones sexuales; El consumo de bebidas alcohólicas y otras drogas, producen una reducción en la inhibición, que puede estimular la actividad sexual no deseada; Carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y el no tener un fácil acceso a su adquisición; y La falta de una buena educación sexual.

Issler (2001) refiere que la actividad sexual de los Adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. El embarazo en las Adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto.

En lo psicosocial, por las consecuencias sobre la adolescente y sus familiares, Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, aparece A veces el aborto como un supuesto.

### **2.2.2 Embarazo**

NOM-007-SSA2-1993 (1995). El embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto, y se encuentran cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

Embarazo normal: Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

Embarazo Fisiológico: de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Embarazo de alto riesgo: Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

Mestrer (2012). Define embarazo: periodo de modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, considerablemente perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben emplear todos los

recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento. Asimismo el embarazo es un proceso mediante el cual se crea y desarrolla un embrión en el útero de la mujer. La gestación comienza con la implantación, una vez el óvulo y el espermatozoide se han unido en las trompas de Falopio el embrión baja desde las trompas hasta el útero. Entre los días 5 y 7 el embrión se encuentra en estado de blastocito y es en este momento cuando se implanta, se introduce en el endometrio y se quedará en esta zona creciendo hasta que llegue el momento del nacimiento, aproximadamente a las 40 semanas de la fecundación.

OMS (2012). En países de bajos y medianos ingresos, las complicaciones del embarazo y del parto son las causas principales de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años. Y en el 2008, hubo un estimado de tres millones de abortos inseguros entre las niñas de este grupo etáreo.

### **2.3 CAUSAS DE EMBARAZO ADOLESCENTE**

Las principales causas o razones que existen Armendáriz y Mendel (2010). Según Menacho (2004), son:

Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Familia disfuncional: la ausencia de los padres genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor.

Bajo nivel educativo.

Pensamientos mágicos: propios en esta etapa de la vida, que las llevan a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

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

Falta o distorsión de la información.

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 , con frecuencia por rebeldía, y a la vez como una forma de negarse a sí mismos que tienen relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.

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

La falta de una adecuada educación sobre sexualidad y el uso correcto de métodos anticonceptivos. Menacho citado en Armendáriz y Mendel(2010).

Asimismo, países desarrollados consideran la edad tope de la adolescencia a los 24 años, pero esto se aleja de la realidad de nuestros pueblos.

El adolescente de hoy en día tiene mayores posibilidades de enfrentar el fenómeno de un embarazo, deseado o no, lo cual acarrea toda una serie de problemas entre los que se destacan embarazo de alto riesgo, o temprana edad concepciones prematrimoniales, matrimonio o unión precoz, índice mayor de separación marital, Incremento del aborto y sus secuelas, Deserción escolar y/o laboral, embarazo no deseado Incremento de la morbilidad perinatal, infantil y materna

Jiménez y Montalvo (2004) Refieren sin duda alguna, el número importante de embarazos Adolescentes se concentra en las poblaciones con menores niveles socioeconómicos, Observaron que las mujeres de 15 a 19 años, tanto en el área rural como en la urbana, el peso relativo desciende a medida que se incrementan los niveles de escolaridad.

Urmenta, Echeverría y Martín (2000). Encontraron en su estudio que de 6,664 partos 95 correspondieron a madres Adolescentes entre las edades de 14 y 19 años de edad, destacan que el 22.1% de estas Adolescentes ha tenido gestaciones anteriores (abortos y partos). Así mismo que la mayoría han abandonado los estudios y sólo el 4.2% continúan su preparación académica, mientras que el 12.6% trabaja.

Ordaz y Rangel (2010). Refieren que se obtuvo información completa de 94 casos de mortalidad materna, de certificados de defunción y expedientes clínicos. La mayor parte de casos se ubicó en el rango de 19 a 24 años de edad con 40% (36), le sigue el grupo entre 25 a 34 años de edad con 36.37% (33), y por último se encuentran el grupo de mayores de 35 años con 23.3% (18). La edad media en muertes maternas hospitalarias fue de 27.8 y las no hospitalarias de 26.7, con un rango de 14 a 43 años. Asimismo, En relación con el grado de escolaridad, no hubo diferencias entre mortalidad materna hospitalaria y no hospitalaria; la mayoría se ubicó con nivel de secundaria completa (36.1%), y primaria completa (32.5%), sin educación o primaria incompleta fue 18.1%.

Ulanowicz, Parra, Wendler y Monzón (2006) Refirieron que la Adolescencia según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica; fija sus límites entre los 10 y 20 años. La adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa que se reflejan en la esfera anatómico fisiológica, social y cultural, en la esfera social y en la propia salud tanto de los padres como del hijo, y la forma de prevención de ésta entidad. Entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. El embarazo en la adolescencia es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. El embarazo irrumpe en la vida de las Adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, y a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

## **2.4 FACTORES Y CAUSAS QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO**

García, Ruiz y Camacho (2013). Mencionan que la fisiología, psicología y cultura se combinan entre sí dando lugar a un complejo mundo de afectos, amores y pasiones. Entre las causas de mortalidad prematura entre los jóvenes destacan el SIDA, las drogas, depender de factores sociales, económicos y culturales, estas causas se relacionan con comportamientos de riesgo que suelen adoptarse durante la adolescencia, El consumo de alcohol suele preceder al de las drogas

ilegales, y, en general, el consumo de alcohol y de drogas se relaciona con la actividad sexual. Los dos sexos consumen alcohol para adquirir confianza en el momento de acercarse e interactuar con potenciales parejas sexuales, El alcohol puede emplearse como un desinhibidor temporal que despierte el deseo sexual en los individuos que de otro modo serían más cautos. Al igual que otras drogas, el alcohol tiene propiedades amnésicas que permiten a los individuos olvidar sus acciones o las consecuencias de éstas antes, durante y después de la actividad sexual. Aunque según los estudios el alcohol es la droga más utilizada para incapacitar a las víctimas de violencia sexual. El alcohol se utiliza sólo o en combinación con agentes tranquilizadores para incapacitar a la víctima. Los efectos del alcohol dependen de la dosis y del tiempo. Se encontró que el aumento tanto en la concentración de alcohol en la sangre y la intoxicación percibida (en una tasa de alcoholemia de 0,04 mg ) (Wilson y Lawson, 1978) se asociaron con aumento de la excitación sexual. también informó que aumentar la dosis (en particular, BAC de .05% mg, 0.075 mg%) se asoció con una mayor autoinformes de la excitación y el orgasmo. Por último, el consumo de alcohol durante el embarazo es frecuente. Así mismo, el síndrome de alcoholismo fetal se evidencia a través de anomalías neurológicas, retraso mental, grados variables de problemas psicosociales y conductuales y características faciales dismórficas que son evidentes en Adolescentes y adultos. En algunas poblaciones el consumo de alcohol durante el embarazo da lugar a aumento del maltrato y el abandono infantil o a compromiso del vínculo y la respuesta madre-recién nacido. Las madres que consumen alcohol tienen mayores probabilidades de presentar depresión pos-

parto y menor probabilidad de asistir a los establecimientos de salud en busca de educación y tratamiento médico.

## **2.5 CAUSA INICIO VIDA SEXUAL**

García, Ruiz y Carmona (2013). Cuando los jóvenes se emborrachan, se duplican sus probabilidades de practicar sexo desprotegido. González y Ortiz (2013). Asimismo el inicio de vida sexual es un evento crucial de los individuos y de su vida futura ya que implica asumir nuevos roles y patrones de comportamiento, que tendrán efectos en su salud sexual y reproductiva, el 36.2% de los Adolescentes , consideran que la mejor edad para iniciar a ser sexualmente activo es entre los 23 y 25 años, sin embargo la ENSANUT 2012 reportó que el promedio de Adolescentes de 12 a 19 años de edad que han iniciado vida sexual alcanza el 23%, con una proporción mayor en hombres con 25.5%, en relación con las mujeres, con 20.5%. Así mismo, el uso del condón debe ser usado cuando las relaciones sexuales son esporádicas; en comparación entre los métodos más utilizados por este grupo de edad se ubica, en los hombres, el condón con 80.6% y el 6.2% indicó que su pareja usó hormonales. En las mujeres, el 61.5% mencionó que su pareja usó condón y 7.3% usó hormonales. Por lo que podría existir una relación con el bajo nivel de autoestima dado por el ambiente familiar, social o educativo y el deseo de un embarazo. Es cierto que la educación sexual tiene una función preventiva, su función primordial es la formativa para que desarrollen y estructuren valores, actitudes y conocimientos que les sirvan para diferenciar, identificar y discriminar lo conveniente y lo inconveniente. Asimismo,

estudio cursaban el primer y segundo año de secundaria, recibieron información sobre temas relacionados con la sexualidad y vivieron la experiencia de cuidar a un recién nacido a través del modelo interactivo Baby Think it Over bebé virtual.

Sánchez, Mata y Rivas (2013). Mencionan que las Jóvenes encaminadas a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), SIDA y embarazos no deseados presentan ciertas dificultades para conseguir el cambio de comportamientos sexuales de riesgo, ya que, en muchas ocasiones, las intervenciones basan sus estrategias en proporcionar información, sin tener en cuenta las complejidades que conllevan estos cambios de comportamiento, asimismo, los Adolescentes son un grupo de alto riesgo dentro de las ITS, las cuales están producidas por agentes infecciosos para las que el mecanismo de transmisión sexual tiene relevancia epidemiológica. La infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

## **2.6 CAUSA ACTIVIDAD SEXUAL PRECOZ**

Centros para el control y prevención de enfermedades (2013). Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) que contraen las mujeres que no están embarazadas. El embarazo no ofrece a las mujeres ni a sus bebés ninguna protección adicional contra las ETS. Muchas ETS son silenciosas, o no tienen síntomas, por lo que las mujeres no saben que están infectadas. Las mujeres embarazadas deben hacerse pruebas de detección de las ETS, incluido el VIH (el

virus que causa el sida), como parte de la atención médica de rutina durante el embarazo. Asimismo, las ETS pueden causar complicaciones del embarazo y tener graves efectos en la mujer y su bebé en gestación. Algunos de estos problemas se pueden notar al momento del nacimiento, mientras que otros no se descubrirán sino hasta meses o años después, Las formas más comunes de transmisión del VIH de madre a hijo son, durante el embarazo, el parto o al amamantar al bebé.

Sin embargo, si el VIH se diagnostica antes o durante el embarazo y se toman las medidas adecuadas, el riesgo de transmisión de madre a hijo puede disminuirse a menos del 2 %. Se recomienda que todas las mujeres embarazadas se hagan las pruebas de detección del VIH, Así como La transmisión de la sífilis a un bebé en gestación puede causar graves problemas de salud. La sífilis se ha vinculado a nacimientos prematuros, muertes fetales y, en algunos casos, a muerte poco tiempo después del nacimiento. Los bebés que no reciben tratamiento y que sobreviven tienden a tener problemas en múltiples órganos, como el cerebro, los ojos, los oídos, el corazón, la piel, los dientes y los huesos. Las pruebas de detección de la sífilis se deben realizar en todas las mujeres embarazadas durante la primera visita médica prenatal y se deben repetir en el tercer trimestre, si se considera que la paciente tiene un alto riesgo, Aunque el riesgo de que una madre infectada transmita el VHB a su bebé depende de cuándo se infectó, el riesgo más alto se presenta cuando la madre se infecta cerca del momento del parto. Los bebés infectados también tienen un riesgo alto (hasta del 90 %) de convertirse en portadores crónicos (de por vida) del VHB, causada por el virus de la hepatitis C

(VHC) y puede ser transmitida por una madre infectada a su bebé durante el embarazo. En general, una madre infectada transmitirá la infección a su bebé el 10 % de las veces, pero las probabilidades son más altas en ciertos subgrupos de la población, como en las mujeres que también están infectadas por el VIH. Las infecciones por clamidia sin tratar se han vinculado a problemas durante el embarazo, como parto prematuro, ruptura prematura de las membranas que rodean al bebé en el útero y *bajo peso al nacer*. El bebé también se puede infectar durante el parto, al pasar por el canal de parto. Las infecciones neonatales (en los bebés recién nacidos) causan principalmente infecciones en los ojos y los pulmones. Las infecciones gonocócicas que no se tratan durante el embarazo se han vinculado a aborto espontáneo, nacimiento prematuro y bajo peso al nacer, ruptura prematura de las membranas que rodean al bebé en el útero, e infecciones del líquido que rodea al bebé durante el embarazo. El bebé también se puede infectar de gonorrea durante el parto, al pasar por el canal de parto. Si no reciben tratamiento, los bebés pueden presentar infecciones de los ojos. Debido a que la gonorrea puede causar problemas tanto en la madre como el bebé, como a pescado. Se ha vinculado la vaginitis bacteriana durante el embarazo a complicaciones graves del embarazo, como ruptura prematura de las membranas que rodean al bebé en el útero, parto prematuro, nacimiento prematuro, infección del líquido que rodea al bebé, así como a infección del útero de la madre después del parto. Las infecciones durante el embarazo se han vinculado a ruptura prematura de las membranas que rodean al bebé en el útero, nacimiento prematuro y bajo peso al nacer. En raras ocasiones, el bebé puede adquirir la infección al pasar por el canal de parto durante el nacimiento y presentar flujo

vaginal. La infección por el VHS puede tener efectos muy graves en el recién nacido, especialmente si el primer episodio de la madre ocurre al final del embarazo tercer trimestre. Las mujeres que se infectan por primera vez en las últimas etapas del embarazo tienen un alto riesgo de infectar al bebé. Se recomienda la cesárea a todas las mujeres en trabajo de parto con lesiones de herpes genital activas o con síntomas tempranos, como dolor vulvar y picazón. Las verrugas genitales a menudo aparecen en pequeñas agrupaciones en forma de coliflor que pueden arder o picar. Si la mujer tiene verrugas genitales durante el embarazo, el tratamiento se puede aplazar hasta después del parto. Si las verrugas genitales son de gran tamaño o están extendidas, pueden complicar el parto vaginal. En casos en que las verrugas genitales grandes bloqueen el canal de parto, se recomienda la cesárea. La infección de la madre puede estar vinculada a la aparición de papilomatosis laríngea en el recién nacido. Esto es un crecimiento poco común en la laringe que no es cáncer. La manera más segura de evitar el contagio de las ETS y el VIH es absteniéndose de tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales, o teniendo una relación estable y mutuamente monógama con una pareja que se haya hecho las pruebas y que se sepa que no está infectada.

**Parto prematuro:** El parto que empieza después de las 20 semanas, pero antes del final de la semana 37 del embarazo.

**Nacimiento prematuro:** Nacimiento de un bebé antes de las 37 semanas de embarazo.

Ruptura prematura de las membranas: Ruptura de las membranas que rodean al bebé en el útero antes de empezar el parto.

Bajo peso al nacer: Peso al nacer de menos de 5.5 libras.

Aborto espontáneo: Muerte del feto antes de las 20 semanas de embarazo.

Muerte fetal: Muerte del feto después de las 20 semanas de embarazo.

## **2.7 FACTORES CULTURALES Y EDUCATIVOS**

Ordaz y Rangel (2010). Refieren que la escolaridad, se encontró un riesgo 11 veces mayor de mortalidad materna no hospitalaria en las mujeres sin escolaridad o primaria incompleta, y sus colaboradores en el artículo “Mortalidad materna, niveles, tendencias y diferenciales”; al analizar las tasas de mortalidad materna en relación con las mujeres que terminaron la preparatoria, las mujeres analfabetas tienen un riesgo de morir 8 veces mayor, y con primaria incompleta 5 veces mayor.

## **2.8 FACTOR DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES EN LO FAMILIAR**

Nieves et al., (2007). Encontraron diferencias estadísticamente, siendo las mujeres que cometen actos antisociales quienes también reportaron menor comunicación. En el área de apoyo de los padres también se presentan diferencias estadísticamente significativas y, una vez más, son las mujeres que cometen actos antisociales quienes reportaron los más bajos niveles. La comunicación de los

padres y el apoyo significativo del hijo presentan diferencias estadísticamente significativas, siendo para estos casos, los hombres y las mujeres que cometen actos antisociales quienes reportaron menor comunicación y apoyo con medias de 2.6 y 2.9 respectivamente.

Herrera y Avilés (2000). Mencionan que el funcionamiento familiar es un factor de riesgo importante, con un predominio de regular y malo en la mayoría de los núcleos familiares de los pacientes que realizaron intento suicida, así como también la presencia de crisis familiares no transitorias en la totalidad de la muestra, con predominio de las crisis por desorganización y desmoralización, además de un marcado deterioro de las relaciones familiares.

Núñez, Hernández, García, González y Walker (2003). Mencionan que un 51.4% terminó la primaria y no continuó con los estudios de secundaria, 48.6% estaba cursando niveles superiores, 29.6% quedó en la categoría de estrato socioeconómico bajo, 69.1% estaba en la categoría de estrato socioeconómico medio y 47.3% habitaba en zona rural.

El estudio publicado por Nieves et.al., (2007). Se encontró que a mayor hostilidad y rechazo incrementa 17% la ocurrencia de esta conducta. Otro aspecto importante es la comunicación de los hijos hacia los padres, de manera que cuando la comunicación es menor, la presencia de conductas Antisociales se incrementa 36%. Un menor apoyo significativo de los hijos también es un predictor importante, de manera que cuanto menor es el apoyo la presencia de conductas antisociales se incrementa 14%. En el área de la disciplina y el maltrato, la

presencia de disciplina negativa severa incrementa 33% la presencia de los actos antisociales. En tanto, la presencia de disciplina negativa incrementa 74% la probabilidad de presencia de estos actos en los Adolescentes.

## **2.9 FACTOR PSICOSOCIAL**

Morales y Díaz (2013). Mencionan que las diferencias con base en el género de los participantes en los factores de apoyo familiar y apoyo social. La escolaridad es otra que establece diferencias en la capacidad de resistir; encontrándose diferencias en Fortaleza y confianza en sí mismo Competencia social.

Los principales factores Que existen en Nieves et al., (2007). Es la presencia de conductas antisociales por sexo, y se encontró que en las tres áreas que corresponden a la conducta antisocial, efectivamente en todos los casos existen diferencias según el sexo, en el ambiente familiar en el área de hostilidad hay rechazo y falta de comunicación del así como también comunicación de los padres y no hay poyo significativo del hijo existen diferencias significativas según el sexo. En tanto que, en el área de apoyo de los padres se encontraron deficiencias.

Principales factores que existen en Issler (2001). Menarca Temprana otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

Inicio Precoz de relaciones sexuales cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

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.

Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola 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, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

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.

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

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

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.

Aumento en número de Adolescentes alcanzando el 50% de la población femenina.

Factores Socioculturales la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. Asimismo, generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. Asimismo, en la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

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

La adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja, muchas de ellas el papel de madre joven.

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

Herrera y Avilés (2000). El suicidio es un hecho de causa multifactorial en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, y lo consideramos como la expresión de una falla de los mecanismos adaptativos del sujeto al medio ambiente, provocada por una situación de conflicto actual o permanente que genera un estado de tensión emocional.

Peláez (1996). Refiere que un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. Por otro lado el 25 % de las Adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurren el 60 % de estas gestaciones en los primeros 6 meses posteriores al inicio de las relaciones sexuales, Alrededor del 35 % de las madres Adolescentes son solteras y que el 50 % de las madres solteras son Adolescentes ; si añadimos a esto que el 60-70 % de estos embarazos no son deseados podemos comprender perfectamente los efectos psicosociales de este fenómeno, el cual se ha relacionado con el incremento del suicidio y la drogadicción.

Adolescentes de 10 a 14 años, aproximadamente 83% acude alguna de las modalidades del Sistema Educativo Nacional, el resto ha desertado o nunca ha estado en él, fenómeno que se agudiza conforme se avanza en los diferentes niveles escolares Si bien se ha logrado que casi todas y todos los jóvenes rurales asistan alguna vez a la escuela (96%), es significativo de éstos sólo asistió por unos pocos años 1 de cada 6 no llegó a completar la primaria, 3 de cada 10 no llegaron a secundaria. Estos niveles son dos veces superiores a los que encontramos en las áreas urbanas.

Morales y Díaz (2011). La escolaridad es otra de las consecuencias en los Adolescentes que establece diferencias en la capacidad de resistir; encontrándose diferencias en fortaleza y confianza en sí mismo competencia y apoyo. Asimismo en lo que a competencia social refiere, nuevamente estos Adolescentes hacen un mejor manejo de estas habilidades, y son los que cuentan con nivel básico-primario y secundaria- quienes muestran menor capacidad para relacionarse, el apoyo social muestra la misma tendencia, esto es, los participantes con estudios de preparatoria perciben mayor apoyo social que el resto de los Adolescentes.

Núñez et al., (2003). Mencionan que Un 51.4% terminó la primaria y no continuó con los estudios de secundaria, 48.6% estaba cursando niveles superiores, 29.6% quedó en la categoría de estrato socioeconómico bajo, 69.1% estaba en la categoría de estrato socioeconómico medio y 47.3% habitaba en zona rural. Asimismo, esto es importante ya que el estereotipo de que la maternidad

adolescente implica mayor riesgo obstétrico en realidad sólo se ha documentado en mujeres menores de 18 años, puesto que las mujeres entre 18 y 19 años de edad no muestran un riesgo mayor que las que tienen entre 20 y 24 años,<sup>24</sup> excepto en condiciones donde además de la edad precoz hay situación de extrema pobreza. Así mismo Varios autores han argumentado que la manifestación sobre el deseo de un embarazo está determinada por factores socioculturales que varían dependiendo del contexto social, psicológico y cultural. Herrera y Avilés (2000). Refieren que el suicidio y el intento suicida constituyen eventos vitales que repercuten en el sistema familiar y su funcionamiento, por lo cual son considerados como una crisis familiar por desorganización. No obstante, el hecho de que este evento se considere una crisis por su carácter estresor, no implica que se deje de considerar a la familia, su funcionamiento familiar y la presencia de otras crisis, como un factor de riesgo para el intento suicida. Asimismo, este enfoque nos conduce una vez más a la necesidad de valorar adecuadamente la importancia del funcionamiento familiar en el estado de salud de la familia y sus miembros.

## **2.10 PRINCIPALES COMPLICACIONES EN EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

La OMS, se considera como la etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años. Asimismo, adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores socioculturales. Las enfermedades que se asociaron con mayor frecuencia en el

embarazo se encuentran la anemia (33,3 %), los signos de alarma y amenaza de parto pre término (14,3 %) y pos término (9,8 %), lo que se corresponde con la bibliografía revisada y pone de manifiesto el gran riesgo que entrañan el embarazo en estas edades tempranas.

El estado nutricional se manifestó en el bajo peso materno, lo que coincide con otros autores morbilidad perinatal en la adolescente. Asimismo, a incidencia de la incidencia de la morbimortalidad perinatal, donde se observaron complicaciones tales como el bajo peso al nacer (6,8 %) y la depresión al nacer (4,5 %), las cuales se observaron en una cifra mucho menor en el grupo de gestantes de mayor edad. En cuanto a las complicaciones maternas periparto y posparto fueron también más frecuentes en las Adolescentes , similar a lo planteado por otros autores.

Las complicaciones perinatales, la tabla 5 muestra que el 21,2 % de los neonatos presentó alguna complicación en el estudio, mientras que en el grupo control solo se observó esta incidencia en el 6 % de los neonatos.

Un aspecto importante para el buen desarrollo del embarazo es el estado nutricional. El embarazo para la adolescente ha dirigido la atención de obstetras, y psicólogos hacia ese sector de la sociedad. El mayor peligro de parto pre término y de muertes neonatales en los hijos de madres Adolescentes ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemia, toxemia y complicaciones puerperales.

Instituto del Mexicano del Seguro Social IMSS (2005). Se denomina parto pre término a la interrupción del embarazo antes de la semana 37 de gestación.

Los estudios epidemiológicos encaminados a reconocer factores asociados no explican más de 40 % de los nacimientos pre término. El Parto pre término se divide en tres subgrupos:

1. Edad gestacional entre 32 y 36 semanas, 70 % de los casos.
2. Edad entre 28 y 32 semanas, 20 %.
3. Edad menor de 28 semanas (recién nacidos inmaduros), 10 %.

En relación a las complicaciones del embarazo, los factores asociados con significancia estadística fueron la ruptura prematura de membranas, Cervicovaginitis, hiperémesis gravídica, infección de vías urinarias y anemia.

el parto pre término ocurrió en 7 % del total de los embarazos, cifra similar a las encontradas en la literatura (5 a 10 %). Dentro de las complicaciones menores observadas, la cervicovaginitis se presentó en 31 % de los pacientes con parto pre término; en la literatura se refiere 33 %.<sup>4</sup> De los partos pre término, 52.8 % cursó con infección de vías urinarias. Factores asociados que mostraron diferencia estadísticamente significativa fueron las semanas de gestación al momento de la interrupción del embarazo, el peso del recién nacido, ruptura prematura de membranas, hiperémesis gravídica, infección de vías urinarias, anemia y cervicovaginitis.

Armendáriz y Mendel (2002). Mencionan que la anemia, especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia

ferropenia, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. 16,99% de anemias en las Adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropenias en Adolescentes. En un estudio sobre 340 Adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Asimismo, desarrollar y aplicar los programas de educación sexual para la abstinencia con el fin de estimular a las Adolescentes jóvenes a retardar el inicio de la actividad sexual, hasta el matrimonio o hasta que estén lo suficientemente maduras para manejar la actividad sexual y evitar un embarazo indeseable.

Gómis, Gautier, Salazar, Forrellat (1998). Refieren que se estudiaron 52 mujeres en edad fértil del municipio Boyeros con el objetivo de conocer la prevalencia de anemia nutricional. Se encontró que el 17,3 % presentaba anemia y la causa fundamental fue la deficiencia de hierro. El promedio de los días de duración de la menstruación fue más alto en las mujeres con menores reservas de hierro. Se encontró una alta frecuencia de déficit de folato sin anemia, no comunicada antes en nuestro país. Se observaron valores más bajos de hemoglobina en el grupo de las mujeres no blancas sin ninguna relación con los parámetros del hierro. La deficiencia de folato constituye otro problema de salud para este grupo de mujeres, el cual afecta fundamentalmente a las embarazadas y a las Adolescentes, donde los requerimientos de esta vitamina aumentan con la edad y la maduración sexual. Estudios recientes ponen de manifiesto la repercusión que tiene esta carencia en el estado de salud de la mujer en edad reproductiva El

porcentaje encontrado de mujeres con anemia por deficiencia de hierro y con niveles subnormales de folato sin anemia, justifica la conveniencia del tratamiento precoz, así como el desarrollo de un conjunto de medidas higiénico-dietéticas controladas por el médico de familia para prevenir las consecuencias de estas deficiencias. La alta frecuencia de déficit de folato con valores normales de hemoglobina en el grupo estudiado indica una baja reserva de ácido fólico, lo cual está relacionado con el deterioro de las condiciones económicas del país, debido al bloqueo a que se encuentra sometido y además por malos hábitos dietéticos que contribuyen a empeorar la situación.

La diabetes gestacional es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulina resistencia que se produce en la gestante. Es la complicación más frecuente del embarazo y su frecuencia es variable según los distintos estudios, poblaciones y criterios diagnósticos utilizados. Su importancia radica en que aumenta el riesgo de diversas complicaciones obstétricas como ser el sufrimiento fetal, macrostomia y problemas neonatales, entre otros la intolerancia a los hidratos de carbono de severidad variable, que comienza o se diagnostica por primera vez durante el embarazo, a diferencia de los otros tipos de diabetes, la gestacional no es causada por la carencia de insulina, sino por los efectos bloqueadores de las otras hormonas en la insulina producida, una condición denominada resistencia a la insulina, que se presenta generalmente a partir de las 20 semanas de gestación. Es un aumento de la secreción de insulina, cuando esto no ocurre se produce la diabetes gestacional. Asimismo, En muchos

casos los niveles de glucosa en sangre retornan a la normalidad después del parto. Su prevalencia global se sitúa entre 1 – 3 %. Es reconocida la repercusión de la diabetes gestacional sobre el embarazo y sus efectos perinatales adversos tanto en la madre como en el feto. Algunos factores de riesgo son la edad materna mayor a 30 años, historia obstétrica pasada (pasado de diabetes gestacional, enfermedad hipertensiva específica del embarazo, abortos a repetición, y macrosomía y malformaciones fetales), uso de medicamentos con acción hipoglucemiante (corticoides y otros), Obesidad central IMC >30, Historia familiar de diabetes especialmente entre los familiares de 1º grado. Asimismo se puede agregar como factores de riesgo el hecho de pertenecer a determinados grupos étnicos. Asimismo la alimentación debe realizarse respetando las necesidades energéticas del embarazo, sin incluir dietas excesivamente restrictivas (< 1600 Kcal/día) en las obesas, constituyendo el VCT de 55% de hidratos de carbono, 15 a 20% de proteínas y 30% de lípidos. En las pacientes obesas no es conveniente realizar una restricción calórica mayor del 30% del valor calórico total, ya que dietas más restrictivas producen aumento significativo de la acetonemia materna. Por el contrario, la restricción calórica del 30% reduce el índice de macrosomía sin riesgos para el feto. En lo farmacológico de los hipoglucemiantes orales, ya que atraviesan la barrera placentaria y pueden incrementar el hiperinsulinismo fetal favoreciendo el desarrollo de macrosomía de fetal e hipoglucemia neonatal y por su posible acción teratógena. Los riesgos en las madres y en el producto son descompensación metabólica aguda cetoacidosis diabética, siendo mortal para la madre y el feto, Infecciones urinarias recidivantes que agravan la evolución de la diabetes, Preclampsia/eclampsia, que aumenta el riesgo de morbimortalidad

materno/fetal, DG en embarazos posteriores y diabetes mellitus tipo 2 por lo general la diabetes gestacional desaparece después del embarazo, pero una vez que se ha tenido DG hay posibilidad de que dos de cada tres mujeres presente nuevamente esta enfermedad en futuros embarazos. Hasta un 30 a 40% de las mujeres con diabetes gestacional desarrollan una diabetes mellitus manifiesta dentro de 5 a 10 años. El riesgo puede incrementar si la obesidad está presente. Datos recientes apuntan a un mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia, y enfermedad cardiovascular. La Macrosomía lo definen como peso excesivo para la edad gestacional, constituye el atributo más característico de la diabetes gestacional. Se la ha considerado como una consecuencia del hiperinsulinismo fetal en respuesta a las altas concentraciones de glucosa materno/fetal. Existen complicaciones relativas a la macrosomía fetal, llevando a un aumento de la tasa de partos por cesárea, mayor riesgo de toco-traumatismos y aumento de la neo-mortalidad y malformaciones congénitas pueden ocurrir, ya que no siempre se trata diabetes que aparece por primera vez en el embarazo, pero si es diagnosticada en esta ocasión, problemas respiratorios enfermedad de la membrana hialina por inmadurez pulmonar, ya que el hiperinsulinismo fetal, interfiere en la acción madurativa de las catecolaminas y corticoides endógenos. La Hiperbilirrubinemia lo definen como significativamente más frecuente e intensa, tanto por la prematuridad como por la policitemia secundaria a una mayor secreción de eritropoyetina por hipoxias leves en úteros. Hipocalcemia se presenta a los dos o tres días del nacimiento, cuya causa es la reducción transitoria. Hipoglucemia es frecuente, especialmente en los neonatos macrosomicos. Asimismo, el embarazo es importante hacer una nueva evaluación del

metabolismo hidrocarbonado, solicitando una prueba de sobrecarga oral de la glucosa a las seis semanas postparto, después de haber cesado el tratamiento con insulina. El resultado de dicho test puede ser normal debemos tener en cuenta que esta mujer tiene un 50% de posibilidades de repetir la DG en el próximo embarazo, y también un riesgo aumentado de padecer diabetes mellitus en el futuro, patológico en cuyo caso puede presentar intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus.

## **2.11 IMPORTANCIA DE LACTANCIA MATERNA**

Riverón (2013). Menciona que las consecuencias por no amamantar al recién nacido. En la leche materna se han encontrado todas las clases de inmunoglobulinas. El estudio de ellas se ha realizado a través de electroforesis, cromatografía y radioinmuno ensayos. Se han identificado más de 30 componentes de los cuales 18 están asociados con proteínas en el suero materno y los otros se han hallado exclusivamente en la leche materna. La mayor concentración de inmunoglobulinas se encuentra en el calostro de todas las especies y va decreciendo en la medida que transcurre el tiempo de lactancia. La inmunoglobulina que presenta mayores concentraciones en la leche materna, principalmente en el calostro, pero su importancia no sólo radica en su concentración, sino también en su actividad biológica. De las inmunoglobulinas A existentes la que mayor trascendencia presenta, la cual parece ser sintetizada en las células alveolares de la glándula mamaria. En el calostro alcanza niveles de 300 mg/mL para ser su mayor concentración y la disminuye en la segunda y

tercera semanas, y permanece constante en la leche materna.<sup>20,21</sup> La IgA es la inmunoglobulina predominante en la leche materna y constituye el 90 % de todas las inmunoglobulinas presentes en el calostro y la leche. En la leche materna se han identificado anticuerpos bacterianos contra agentes productores de infecciones en lactantes y niños. los anticuerpos contra *vibrio cholerae*,<sup>29</sup> enterotoxinas de *E. coli*,<sup>5,27</sup> antígenos "O" de los serotipos más frecuentes de *E. coli*,<sup>24</sup> *Shigella sp.*,<sup>30,31</sup> *Salmonella sp.*,<sup>31,32</sup> *Campylobacter*,<sup>33,34</sup> *Clostridium difficile*,<sup>35</sup> *Hemophilus influenzae* tipo B36 que es el principal agente de las meningoencefalitis bacterianas y de graves problemas respiratorios, *Klebsiella pneumoniae*,<sup>37</sup> *Corynebacterium diphtheriae*, *Hemophilus pertussis* y *Clostridium tetani* que conforman la vacuna triple bacteriana contra difteria, tétanos y tos ferina, *Diplococo pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis*, varias cepas de *Streptococos*, *Bacteroides fragilis* entre otros. Recientemente se han obtenido anticuerpos antirotavirus contra *E. coli* en la leche de vacas hiperinmunizadas.<sup>38</sup> Estamos seguros que al igual que los anticuerpos bacterianos, en los próximos años, como expresión del desarrollo científico-técnico al nivel mundial, se aislarán nuevos anticuerpos virales en la leche materna, que permitirán conocer mejor las enfermedades protegidas por la leche materna. Como hemos podido apreciar la leche materna, por el número elevado de anticuerpos que contiene, puede catalogarse como la primera y más segura vacuna que recibe el niño durante su primer año de vida.

Calzado, Loida Rodríguez, Vargas Vistel (2000). Refieren la relación lactancia materna y enfermedades frecuentes, así como otras afecciones indica que de un

total de 37 niños que representa el 94,7 %, recibieron lactancia materna y no enfermaron; significamos 1 niño que no recibió lactancia materna exclusiva y enfermó por otras causas. Asimismo Al evaluar a los lactantes por su sexo y estado nutricional, se evidencia que del total de 38 niños, 33 resultaron normo peso, de ellos 15 del sexo femenino y 18 del masculino. No existieron niños delgados, ni desnutridos, lo cual demuestra una vez más la eficacia de la leche natural, independientemente de su sexo.

## **2.12 REPERCUSIONES DE SALUD DE LA MUJER Y EL RECIÉN NACIDO**

Al nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer y en el caso de los jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo. Es en Latinoamérica donde el incremento de la reproducción se ve más frecuente en mujeres jóvenes, económicamente comprometidas y dependientes. La primiparidad precoz constituye un factor predisponente fundamental en la prematuridad y por tanto, los hijos de estas madres tan jóvenes tienen mayores posibilidades de morir y otros de someterse a los riesgos del abandono. Señala que los riesgos de los niños de madres Adolescentes son muchos, pero los más significativos son el parto prematuro, bajo peso al nacer, mala nutrición y mayor posibilidad de abuso y negligencia en el cuidado del niño. Michigan, se realizó un estudio entre hermanos que tuvieron el primer parto a diferentes edades y se puso de manifiesto las desventajas de salud de los niños nacidos de madres Adolescentes. Sobre lactantes hijos de madres

Adolescentes, se encontró que son más los riesgos psicosociales maternos que los biológicos los que inciden en forma negativa en el niño, para llegar a afectar fundamentalmente su nutrición, crecimiento y desarrollo psicomotor. Se han hallado en los hijos de los Adolescentes puntajes bajos en el coeficiente intelectual y desarrollo emocional y en algunos países el rechazo social y desventajas legales, lo cual agrava la situación económica tanto de la madre como del hijo, Consecuencia de la crianza durante la adolescencia. Salud, sexualidad y adolescencia. Como el embarazo en la adolescencia constituye un indicador negativo de salud, conocer cómo influye éste en el niño hasta el primer año de vida.

## **2.13 COMPLICACIONES EN LA CESÁREA Y EL PARTO**

### **2.13.1 PARTO**

Robellón (2012). Menciona que la episiotomía y el parto asistido han mostrado su utilidad en evitar desgarros perineales y en el abordaje de distintos tipos de distocia. Hay conciencia de sus repercusiones inmediatas y tardías sobre la salud materna. Asimismo, el parto y el posparto normal; cuando las mujeres no se encuentran preparadas para ello, o más aún, cuando se presentan complicaciones relacionadas con dichos procesos. Una variable a tener en cuenta cuando se habla de la preparación para la maternidad es si la experiencia es vivida por primera vez o no, aunque cabe agregar que no hay un embarazo, ni un parto, ni un posparto igual a otro en una misma mujer. Lo deseable es que la mujer embarazada haya recibido la información y la preparación necesarias para enfrentar las posibles vicisitudes del embarazo, parto y posparto.

## 2.13.2 CESÁREA

Instituto Nacional de Medicina de los E.U.A (2013). Es el parto de un bebé a través de una abertura quirúrgica en el área ventral baja de la madre. Asimismo, La cesárea es una intervención que se realiza en el quirófano para realizar una incisión en el abdomen y el útero y extraer el recién nacido. Asimismo la decisión para llevar a cabo una cesárea depende de: el médico, del sitio donde usted esté teniendo el bebé, Partos anteriores, Sus antecedentes clínicos, Algunas razones para practicar una cesárea en lugar del parto vaginal son los Problemas con el bebé Frecuencia cardíaca anormal en el bebé posición anormal del bebé dentro del útero, como cruzado (transverso) o con los pies por delante (parto de nalgas) problemas del desarrollo del feto como hidrocefalia o espina bífida embarazo múltiples (trillizos y algunas veces gemelos). Asimismo problemas de salud y antecedentes médicos en la madre: Infección activa de herpes genital, Miomas uterinos grandes cerca del cuello uterino, Infección por VIH en la madre, Cesárea previa

Cirugía uterina previa: enfermedad grave en la madre, como cardiopatía, pre eclampsia o eclampsia, problemas con el trabajo de parto o nacimiento: la cabeza del bebé es muy grande para pasar a través de la pelvis de la madre y el trabajo de parto prolongado o detenido bebé muy grande. Problemas con la placenta o el cordón umbilical, la placenta cubre toda o parte de la abertura hacia la vía del parto (placenta previa, la placenta se separa prematuramente de la pared uterina (desprendimiento prematuro de la placenta) el cordón umbilical sale a través de la abertura de la vía del parto antes del bebé (prolapso del cordón umbilical).

### **2.13.3 RIESGOS DE LA CESÁREA**

Una cesárea es un procedimiento seguro y la tasa de complicaciones serias es extremadamente baja. Sin embargo, ciertos riesgos son más altos después de una cesárea que después de un parto vaginal y abarcan: Infección de la vejiga o el útero, Lesión a las vías urinarias, Lesión al bebé.

Una cesárea también puede causar problemas en futuros embarazos y comprende un riesgo mayor de: Placenta previa, placenta que crece dentro del músculo del útero y tiene problema para separarse después de que el bebé nace (placenta adherida) estas afecciones pueden llevar a que se presente sangrado profuso (hemorragia), lo cual puede requerir transfusiones de sangre o la extirpación del útero (histerectomía). Asimismo, todas las cirugías conllevan riesgos. Los riesgos debido a la anestesia pueden abarcar reacciones a los medicamentos, y problemas respiratorios. Asimismo, los riesgos relacionados con la cirugía en general pueden abarcar: Sangrado, Coágulos de sangre en las venas e Infección

Loedsalud (2010). Los lineamientos de la Secretaría de Salud de México, dicen que la cesárea debe indicarse en anomalías en los huesos de la pelvis de la mamá. En ocasiones alguna enfermedad como puede ser del corazón (cardiopatía), o riñones, por problemas de la placenta. Y enfermedad en que sube la presión arterial durante el embarazo. (Pre eclampsia- eclampsia). Infección de la bolsa o saco amniótico del bebé, Bebés muy grandes, mayores de 4kg, bebés que por la posición en que están colocados (transverso), o que por malformaciones no lograrían salir. Asimismo cuando el cordón umbilical se sale a través del cuello de

la matriz, durante el trabajo de parto. Cerca del 75% de las mujeres que tuvieron una cesárea anteriormente, pueden tener un parto vaginal con su próximo embarazo. Asimismo hay una pequeña posibilidad de que la cicatriz en su útero por su cesárea pudiera abrirse o romperse durante el trabajo de parto. El riesgo de que esto suceda depende de donde fue cortado su útero durante su cesárea.

Se requiere de al menos un año para garantizar que la cicatriz de la cesárea está completamente cerrada antes de iniciar un nuevo embarazo, Se va a tener que repetir la cesárea en los casos de un bebé con peso estimado de más de 4kg.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a todos los países que no se practiquen más de 15 cesáreas por cada 100 mujeres que se atiendan de parto, pues las que excedan este número pueden ya no tener una justificación. En México en el 2004 se practicaban 53 por cada 100 mujeres que tienen un bebé.

Aunque la mayoría de las mujeres están saludables y por lo mismo tienen buenas razones para esperar un parto vaginal sin complicaciones, el aumento de las cesáreas en México está muy por arriba de lo recomendado. Este aumento se asocia a distintas causas como por ejemplo el miedo al dolor durante el parto y la poca preparación al parto disminuye la posibilidad de tomar decisiones informadas.

Olza (2012). Refiere que “la cesárea afecta al cerebro del bebé, según científicos estadounidenses“. En realidad el titular es erróneo por varias razones: la primera autora del estudio es una científica española del Instituto Cajal, Julia Simon Areces, y son varios los científicos de dicho instituto que han colaborado con la

Universidad de Yale para el mismo. Y donde dice cesárea debería detallar un aspecto muy importante: “cesárea programada”.

Valdés, Essien, Bardales y Saavedra, Bardales (2012). Refieren que las complicaciones del embarazo y el parto en la adolescencia en el hospital municipal de Santa Cruz del sur, desde el 1ro de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de ese año. Se tomó como grupo estudio a las 132 Adolescentes que parieron en esta etapa y se comparó con un grupo control de 132 gestantes de 20 años o más que parieron en igual fecha. Esta información fue recogida de los expedientes clínicos de las pacientes y del libro de parto y llevada a encuestas. El bajo peso materno estuvo presente en el 59,8 % de las Adolescentes, el 87,1 % de estas eran amas de casa, el 78 % de estas gestantes presentó alguna enfermedad durante el embarazo y sus productos sufrieron mayor número de complicaciones, además de asociarse con mayor frecuencia las complicaciones posparto para la madre. Este estudio muestra todos los riesgos que implica un embarazo en estas edades, por lo que insistimos en lo importante de disminuirlos al mínimo.

Medwave (2004). Menciona que un número significativo de casos esto no es así; una de cada diez mujeres se deprime después del parto, lo que ocurre sobre todo en las primíparas, que muchas veces son Adolescentes.

La depresión monopolar es más frecuente en las mujeres que en los hombres, con una relación, en cualquier país del mundo; en el caso de la bipolaridad, la relación. esta hipótesis se basan, en primer lugar, en la investigación epidemiológica, que

muestra que la prevalencia de la depresión es más frecuente en las mujeres, apareciendo en la pubertad y manteniéndose durante todo el período fértil, para cesar con la llegada de la menopausia, Los esteroides gonadales, estrógeno y progesterona, participan en la génesis de la depresión por un efecto directo en algunas áreas del sistema nervioso central, como hipotálamo, hipófisis, sistema límbico y corteza cerebral, que tienen receptores específicos para los estrógenos, además de ser capaces de inducir plasticidad sináptica y dendrítica. Los estrógenos y la progesterona también actúan en el sistema nervioso central a través de mecanismos indirectos, influyendo en los sistemas de neurotransmisión central, a nivel del eje neuroendocrino y de los sistemas cronobiológicos. El riesgo que tiene cualquier mujer de ser hospitalizada en un recinto psiquiátrico en los treinta días que siguen al parto es 7 a 8 veces mayor que el riesgo de ser ingresada en el período previo al embarazo. En las primíparas y en las mujeres hospitalizadas por psicosis, este riesgo aumenta alrededor de 30 veces. Las constelaciones sintomáticas en las que puede estar presente el síntoma depresión, son, en grado creciente de gravedad, la disforia post parto (50-75%). La depresión post parto (10-15%), en cambio, es un cuadro más grave. Aparece en forma más tardía, alrededor del mes, alcanzando su intensidad máxima entre el segundo y el tercer mes. Las psicosis (0,1-0,2%) son los cuadros más graves, caracterizados por síntomas de agitación psicomotora, actividad psicótica, delirios y alucinaciones. Las ideas de culpa se refieren a la situación de la maternidad, hay sentimiento de insuficiencia, incapacidad, irritabilidad, pérdida del deseo sexual e ideas obsesivas o franco rechazo al niño, en los casos más graves. Estos cuadros no se diagnostican, porque se piensa que son disforias y no

depresiones, en especial cuando aparecen más tardíamente en relación al parto, de modo que el alta al hogar puede coincidir con el inicio de la enfermedad; además, los profesionales de la salud se centran más en la salud física de la madre y del niño y suelen no estar suficientemente entrenados para detectar estos problemas. Finalmente, las mismas madres no consultan por temor a defraudar a los demás o porque piensan que lo que les sucede es algo normal, sobre todo en las primíparas.

La depresión post parto Medwave (2004). Menciona que altera toda la dinámica familiar, la relación de pareja y la relación con el niño, de modo que, en relación con éste, se produce alteración del vínculo madre-hijo, aumento de la ansiedad infantil., anomalías EEG en el lóbulo frontal del niño, aparición de problemas conductuales y deficiencias cognitivas en los niños, según lo que se ha descrito en los estudios de seguimientos disponibles, en los que también se ha encontrado que el varón tiene mayor riesgo que las niñas de sufrir estos problemas.

## **2.14 ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO**

Armendáriz y Mendel (2013). Centrar un programa basado en enseñar a las Adolescentes a conocer su cuerpo en cuanto a morfofisiología, al igual que suministrar educación detallada sobre los métodos anticonceptivos. Ofrecer un programa con enfoque preventivo de fácil acceso a la información, a través de folletos, trípticos y asesoría por parte de profesionales de enfermería con permanencia continua y visitas domiciliarias a aquellas Adolescentes ubicadas en la zona de influencia y que no acudan de manera espontánea, y ampliar los

servicios de anticoncepción, ofreciendo variedad de métodos y educación sobre su uso correcto. Asimismo fomentar un programa de asesoría que involucre a Adolescentes mayores responsables que inviten a otras Adolescentes a resistirse a las presiones sociales y de los compañeros para llegar a involucrarse sexualmente, que ayude a tomar un enfoque más personal, ayudando a las Adolescentes a entender sus propios riesgos. Asimismo, para aquellas Adolescentes que ya están involucradas en actividades sexuales, el programa de asesoría por parte de sus compañeros, debidamente Preparados por la enfermera, que incluya todos los aspectos sobre sexualidad: biológico, fisiológico, psicológico, social y afectivo, le brindan las habilidades para la negociación en las relaciones sentimentales y la educación que necesitan para obtener y utilizar los anticonceptivos en forma efectiva. Formar un grupo de autoayuda para aquellas Adolescentes que queden embarazadas a pesar del apoyo y educación que otorga la enfermera, con el fin de procurar que tengan un embarazo libre de riesgos. Evaluar el programa por lo menos una vez al año para hacer las adecuaciones pertinentes, con la inclusión de las Adolescentes.

## CAPÍTULO III

### 3.1 Metodología

Esta investigación se inició con la identificación de una problemática en la ciudad de Apatzingán Michoacán, cuya fuente fue la experiencia vivida durante el año de servicio social, situaciones identificadas en las mujeres Adolescentes embarazadas que se atendieron durante la realización de actividades como pasantes de Licenciatura en Enfermería, se delimitó el problema buscando la relación de la variable de estudio con otras variables, se formuló la pregunta de investigación que orientó hacia las respuestas. Se realizó una tesina monográfica al realizar una investigación documental mediante la revisión de literatura científica en libros, revistas científicas, estadísticas, reportes, documentos oficiales, estudios, entre otros, sobre lo que se ha escrito respecto al embarazo en Adolescentes, todo ello para responder la pregunta de investigación que se generó a partir de una problemática. Después de analizarlo sistemáticamente se redactó un texto original que aportaran propuestas basadas en la evidencia. 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. Después de analizarlos metodológicamente se realizaron las propuestas para prevenir el embarazo en Adolescentes. Se finalizó con las conclusiones y las propuestas basadas en la evidencia.

## **CAPÍTULO IV**

## 4.1 CONCLUSIONES

La Adolescencia es una etapa de la vida, donde influyen varios patrones condicionantes a la alteración del comportamiento y del pensamiento del individuo por naturaleza, algunos patrones que se asocian son psicológicos, biológicos, sociales entre otros, este proceso aparece en la pubertad y culmina en la adolescencia y comienza la edad inicial de los experimentos hasta culminar como un posible fracaso en esa etapa difícil de manejar cuando se encuentran varios factores y causas al mismo tiempo influyendo en los Adolescentes. Un factor predominante para que las adolescentes se embaracen es el factor psicosocial y factor familiar estos factores refieren que pasan por una edad difícil, la sociedad y los amigos influyen para cometer actos no propios con la cultura del propio Adolescente y la inmadurez no es la suficiente para decisiones correctas. Asimismo, las causas presentes como las drogas, alcoholismo, inicio de vida sexual precoz, la falta de comunicación de los padres por deficiencia de conocimientos y pudor a los temas que se retoman en salud reproductiva. También, los factores que se asocian en el embarazo son culturales, familiares y psicosociales ya que estos son los más mencionados por los autores en la literatura, y como consecuente las causas del embarazo en Adolescentes es el inicio precoz de las relaciones sexuales, familia disfuncional, bajo nivel socioeconómico, falta o distorsión de la sexualidad, valores intrafamiliares, libertad sexual y falta de conocimientos en métodos anticonceptivos.

Las repercusiones a la salud de la mujer y del recién nacido que de 20 a 28 años la edad reproductiva es apta, deben de esperar mínimo 2 años de cada hijo y que

la multiparidad es un factor de consecuencias como también tener hijos en edad de 40 a 50 años por malformaciones del feto, asimismo, la falta de multivitaminas como ácido fólico y hierro estas son de importancia ya que no se consumen por falta de interés ya que en el Sector Salud se otorgan de manera gratuita para toda la población. Las complicaciones del embarazo en Adolescentes es la diabetes gestacional, muy frecuente en el embarazo es la anemia ferropenia diabetes falta de hierro y vitamina b, la deficiencia de ácido fólico y esto conlleva a malformaciones de tubo neural, embarazo pre termino, niños al nacer con bajo peso y desnutrición meningocele, hidrocefalia, hasta muerte de la madre y del recién nacido en casos graves.

## 4.2 SUGERENCIAS

- ✓ El personal de enfermería con apoyo del área médica promuevan temas como: salud reproductiva, métodos anticonceptivos, complicaciones del embarazo en edad temprana, y por último enfermedades de transmisión sexual a los Adolescentes, dándoles a conocer por medio de talleres: carteles, trípticos y videos, citando a la población adolescente mensualmente en el Centro de Salud de Apatzingán, Michoacán
- ✓ El personal de enfermería oriente a los padres de familia sobre la sexualidad y la importancia de la salud reproductiva y las consecuencias del embarazo a temprana edad, así como también las repercusiones como las enfermedades de transición sexual. La importancia que tiene la comunicación familiar con los adolescentes sobre estos temas, es muy importante para los Adolescentes la comunicación entre padres e hijos, así como también del conocimiento previo de dichos temas para la vida sexual activa de los Adolescentes, citando a los padres de familia mensualmente, realizar pláticas con apoyo didáctico de rota folios y videos proyectados en el Centro de Salud. El personal de enfermería, como último paso debe relacionar lo antes mencionado de los temas como resultados de la discusión constructiva de los Adolescentes y padres de familia con talleres donde se establezca una unidad al momento del debate y lluvia de ideas

sobre los temas tratados entre la familia, incluir a padres e hijos en un mismo y complementar con preguntas y dudas respecto a los temas.

- ✓ Personal de enfermería de las unidades de la jurisdicción visitar y dar pláticas abordando el tema de salud reproductiva cada 6 meses a los estudiantes en las secundarias en Apatzingán Michoacán.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jurisdicción 07 Apatzingán Michoacán. (2013) Salud reproductiva de Apatzingán Michoacán. consultado el 7/11/2013.
2. Peláez Mendoza Jorge. (1997) Adolescente embarazada características y riesgos Rev Cubana Obstet Gine v.23 n.1 Ciudad de la Habana *On-line* ISSN 1561-3062 Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X1996000100003&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X1996000100003&script=sci_arttext&lng=en) Consultado el 10/11/2013
3. Garrido Estela. (2013) Niñas que juegan a ser madres. Disponible en <http://revoluciontrespuntocero.com/ninas-que-juegan-a-ser-madres/> consultado el 11/11/2013.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012) Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO\\_FWC\\_MCA\\_12\\_02\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf)  
<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>  
Consultado el 11/12/2013.
5. Cruz Márquez María del Carmen. (2008) Embarazo de Adolescentes y comunicación familiar Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081o.pdf> . consultado el 3/12/2012.
6. Quiroz del valle nieves, Villatoro Velázquez Jorge Ameth, Juárez García francisco, Gutiérrez López maría de Lourdes, A mador Buenabad, Nancy G,

- medina-mora Icaza, Marí Elena. (2007) *La Familia y el Maltrato como Factores de Riesgo de Conducta Antisocial* salud mental, vol. 30, no. 4, disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam2007/sam074g.pdf> consultado el 15/11/2013.
7. Catherine, Menkes; Suárez, Leticia. (2002) Sexualidad y embarazo Adolescente en México. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <http://equidad.org.mx/dedeser/docs/29.7.pdf> Consultado el 30/11/2013.
8. Issler Juan R. ( 2001) Embarazo En La Adolescencia Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 Disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html?iframe=true& width=95%&height=95%](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%) Consultado el 3/12/2013.
9. Jiménez Martínez, María del Rocío. Montalvo Romero, David. (2004) Embarazo en Adolescentes en México. tesina universidad autónoma metropolitana de Iztapalapa disponible en: <http://148.206.53.137/tesiuami/UAMI11726.pdf> . consultado el: 3/12/2013.
10. *Peláez Mendoza. (1997) Adolescente embarazada características y riesgos Rev Cubana Obstet Ginecol v.23 n.1 Ciudad de la Habana*3062 disponible en

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X1996000100003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X1996000100003&script=sci_arttext&tlng=en) consultado el 3/12/2013.

11. *Peláez Mendoza. (1997) Adolescente embarazada características y riesgos Rev Cubana Obstet Ginecol v.23 n.1 Ciudad de la Habana*3062 disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X1996000100003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X1996000100003&script=sci_arttext&tlng=en) consultado el 3/12/2013.

12. Gamboa Montejano, Claudia. Valdés Robledo, Sandra. (2013) El embarazo En Adolescentes Dirección De Servicios De Investigación Y Análisis Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf> consultado el: 16/11/2013.

13. Organización Mundial en la Salud OMS (1986). Diario Oficial de la Federación del 7 de Julio. Disponible en [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%) consultado el: 17/11/2013.

14. Ordaz Martínez, Karla Yamile. Rangel, Raúl. Hernández-Girón, Carlos. (2010). Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México Ginecol Mex. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom107e.pdf>

Consultado el 27/11/2013.

15. Jiménez Martínez, María del Rocío. Montalvo Romero, David (2004). Embarazo en Adolescentes en México tesina universidad autónoma metropolitana de Iztapalapa. Disponible en <http://148.206.53.137/tesiuami/UAMI11726.pdf> consultado el 03/11/2013

16. Peláez Mendoza, Jorge. (1996) Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología *versión On-line* ISSN 1561-3062 Ciudad de la Habana ene.-jun. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1996000100003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1996000100003&script=sci_arttext&tlng=en) consultado el 07/11/2013.

17. Issler, Juan R. (2001) Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VI a Medicina N° 107 – Agosto Página: 11-23 disponible [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%) consultado el 12/11/2013.

18. Armendáriz Ortega, Angélica María. Medel Pérez, Bertha Yolanda. (2010). Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en Adolescentes. Facultad de Enfermería y Nutriología/Universidad Autónoma de Chihuahua p20. Disponible en:

[http://prensa.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta\\_d\\_e\\_intervencion\\_para\\_prevenir\\_el\\_embarazo\\_en\\_adolescentes.pdf](http://prensa.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_d_e_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf)

Consultado el 16/11/2013.

19. Fernández cantón, Sonia. (2008). La salud de los Adolescentes el imss en cifras. inst mex seguro soc; disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081o.pdf>

Consultado el 16/11/13.

20. Menkes, Catherine. Suárez, Leticia. (2002) Sexualidad y embarazo Adolescente en México Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible <http://equidad.org.mx/ddeser/docs/29.7.pdf> Consultado el 25/11/13.

21. Núñez-Urquiza, Rosa María. Hernández-Prado, Bernardo. García-Barrios, Cecilia. González, Dolores. Walker Dylis. (2003). Embarazo no deseado en Adolescentes , y utilización de métodos anticonceptivos posparto salud pública de méxicvol.45, disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sals0311.pdf> consultado el 03/12/2013.

22. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2012). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en Adolescentes en los países en desarrollo las evidencias. Departamento de salud materna, del recién nacido,

del niño y el adolescente. Disponible en [http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/WHO\\_Policy\\_es.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/WHO_Policy_es.pdf) consultado el 03/12/2013.

23. Secretaría de Salud Programa de Acción: Programa de atención a la salud adolescencia (2002). Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios/MANUAL%20ADOLESCENCIA.pdf> consultado el 26/11/2013.

24. Sánchez Casal, María Irma. Mata Saborido, María José. Rivas Macías, Dolores. (2013) Proyecto de investigación: Estrategias educativas para la prevención de comportamientos sexuales de riesgo en los jóvenes Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/299d.php>. consultado el 30/11/2010

25. Centros para el control y la prevención de enfermedades (2013). el embarazo Hoja informativa de los CDC disponible en <http://www.cdc.gov/std/spanish/STDFact-Pregnancy-s.htm> consultado el 05/12/2013.

26. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). El embarazo en Adolescentes Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis Dirección de Servicios de Investigación, disponible en

<http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf> consultado el 27/11/2013.

27. Armendáriz Ortega, Angélica María. Medel Pérez, Bertha Yolanda. (2010). Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en Adolescentes facultad de enfermería y nutriología/universidad autónoma de chihuahua. Disponible en [http://prensa.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta\\_de\\_intervencion\\_para\\_prevenir\\_el\\_embarazo\\_en\\_adolescentes.pdf](http://prensa.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf) Consultado el 16/11/2013.

28. Issler, Juan R. (2001) Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VI a Medicina N° 107 – Agosto Página: 11-23 disponible en: [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html?iframe=true&wid](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%)  
[th=95%&height=95%](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%) consultado el 12/11/2013.

29. La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). El embarazo en Adolescentes Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis Dirección de Servicios de Investigación Mayo, disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/cedia/sia/spi/SAPI-ISS-38-13.pdf> consulado el 27/11/2013.

30. Issler, Juan R. (2001) Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VI a Medicina N° 107 – Agosto Página: 11-23 disponible en:

[http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%) consultado el 12/11/2013.

31. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, (1995). Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. publicación: 6 de enero.

Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html> consultado el 20/11/2013.

32. Cristina Mestrer Ferrer, Cristina (2012). El embarazo Reproducción asistida.

Disponible en <http://www.reproduccionasistida.org/embarazo/> consultado el 21/11/2013.

33. Organización Mundial de la Salud OMS (2012). Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en Adolescentes en los países en desarrollo. Departamento de salud materna, del recién nacido, del niño y el adolescente. Disponible en

[http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/WHO\\_Policy\\_es.pdf](http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/WHO_Policy_es.pdf) consultado el 20/11/2013.

34. Armendáriz Ortega, Angélica María. Medel Pérez, Bertha Yolanda. (2010). Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en Adolescentes facultad de enfermería y nutriología/universidad autónoma de chihuahua p20. Disponible en [http://prensa.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta\\_d\\_e\\_intervencion\\_para\\_prevenir\\_el\\_embarazo\\_en\\_adolescentes.pdf](http://prensa.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_d_e_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf) Consultado el 16/11/2013.
35. Peláez Mendoza, Jorge. (1996) Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología versión On-line ISSN 1561-3062 Ciudad de la Habana Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1996000100003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1996000100003&script=sci_arttext&tlng=en) consultado el 07/11/2013.
36. Jiménez Martínez, María del Rocío. Montalvo Romero, David. (2004). Embarazo en Adolescentes en México tesina universidad autónoma metropolitana de Ixtapa Ixtapa. Disponible en <http://148.206.53.137/tesiuami/UAMI11726.pdf> Consultado el 08/11/2013.
37. Urmenta, A; Echeverría, M, L, Martín. (2000). Las madres Adolescentes vol.23 n 2da Maternal. P (126-127) disponible en <http://arsenopirita.boumort.cesca.cat/index.php/ASSN/article/view/6822>

Consultado el 8/11/2013.

38. Ordaz Martínez, Karla Yamile. Rangel, Raúl. Hernández-Girón, Carlos. (2010).

Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de

Morelos, México Ginecol Mex. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom107e.pdf>

Citado el 27/11/2013.

39. Ulanowicz, María Gabriela. Parra, Karina Elizabeth. Wendler, Gisela Elizabeth.

tisana monzón, Lourdes. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente revista

de posgrado de la vía cátedra de medicina - n° 153 – enero pág. 13-17

disponible en [http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4\\_153.htm](http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.htm) consultado

el 07/12/2013.

40. Sonia *García Duarte*, María del Mar *Ruiz Carmona*, Marcos *Camacho*

*Ávila*(2013). Alcohol y sexualidad en la mujer Disponible en: <http://www.index->

[f.com/para/n19/018d.php](http://www.index-f.com/para/n19/018d.php) consultado el 10/12/2013.

41. *González Acevedo*, Claudia Elena. *Ortiz Cardona*, Mayumi Guadalupe (2013).

Intervención educativa con apoyo de un modelo interactivo: estrategia para

prevenir el embarazo en la adolescencia Disponible en

<http://www.index-f.com/para/n19/138d.php> consultado el 08/12/2013.

42. Ordaz Martínez, Karla Yamile. Rangel, Raúl. Hernández-Girón, Carlos. (2010). Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México Ginecol Mex. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom107e.pdf> Citado el 27/11/2013.

43. Quiroz del Valle, Nieves. Villatoro Velázquez, Jorge Ameth. Juárez García, Francisco. Gutiérrez López, María de Lourdes.. Amador Buenabad, Nancy G Medina Mora Icaza, María Elena. (2007) La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial salud mental, vol. 30, medigraphic artemeni Isína. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam074g.pdf> Consultado el 27/11/2013.

44. Herrera Santí, Patricia M. Avilés, Kenya. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida Rev Cubana Med Gen Integr v.16 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252000000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252000000200005&script=sci_arttext) , consultado el 26/11/2013.

45. Núñez-Urquiza, Rosa María. Hernández-Prado, Bernardo. García-Barrios, Cecilia. González, Dolores. Walker, Dylis. (2003). Embarazo no deseado en Adolescentes , y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *vol.45, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sals0311.pdf>* Consultado el 27/11/2013.
46. Quiroz del Valle, Nieves. Villatoro Velázquez, Jorge Ameth. Juárez García, Francisco. Gutiérrez López, María de Lourdes.. Amador Buenabad, Nancy G Medina Mora Icaza, María Elena. (2007) La familia y el maltrato como factores de riesgo de conducta antisocial salud mental, vol. 30, medigraphic artemeni Isína. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam074g.pdf> Consultado el 27/11/2013.
47. Rodríguez, Damaris. Díaz Barajas.(2011).Estudio comparativo de la residencia en Adolescentes : el papel del género, la escolaridad y procedencia, *Facultad de Psicología Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Disponible en [http://www.revistauaricha.org/Articulos/uaricha\\_0817\\_062-077.pdf](http://www.revistauaricha.org/Articulos/uaricha_0817_062-077.pdf)* Consultado el 27/11/2013.
48. Quiroz del Valle, Nieves. Villatoro Velázquez, Jorge Ameth. Juárez García, Francisco. Gutiérrez López, María de Lourdes.. Amador Buenabad, Nancy G Medina Mora Icaza, María Elena. (2007) La familia y el maltrato como factores

de riesgo de conducta antisocial salud mental, vol. 30, medigraphic artemeni  
Isína. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2007/sam074g.pdf> Consultado el 27/11/2013.

49. Issler, Juan R. (2001) Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la  
Cátedra VI a Medicina N° 107 – Agosto Página: 11-23 disponible en:  
[http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html?iframe=true&wid  
th=95%&height=95%](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%) consultado el 12/11/2013.

50. Herrera Santí, Patricia M. Avilés, Kenya. (2000). Factores familiares  
de riesgo en el intento suicida Rev Cubana Med Gen  
Integr v.16 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. Disponible en  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252000000200005&script=sci  
\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252000000200005&script=sci_arttext) , consultado el 26/11/2013.

51. Peláez Mendoza, Jorge. (1996) Revista Cubana de Obstetricia y  
Ginecología *versión On-line* ISSN 1561-3062 Ciudad de la Habana  
ene.-jun. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la  
adolescencia. Disponible [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-  
600X1996000100003&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X1996000100003&script=sci_arttext&tlng=en) consultado el  
07/11/2013.

52. Secretaría de Salud Programa de Acción: Programa de atención a la salud  
adolescencia de la edición, 2002

<http://www.salud.gob.mx/unidades/conava/varios/MANUAL%20ADOLESCENCIA.pdf> consultado el 26/11/2013.

53. Rodríguez, Damaris. Díaz Barajas. (2011). Estudio comparativo de la resiliencia en Adolescentes : el papel del género, la escolaridad y procedencia, *Facultad de Psicología Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*. Disponible en [http://www.revistauaricha.org/Articulos/uaricha\\_0817\\_062-077.pdf](http://www.revistauaricha.org/Articulos/uaricha_0817_062-077.pdf)

Consultado el 27/11/2013.

54. Núñez-Urquiza, Rosa María. Hernández-Prado, Bernardo. García-Barrios, Cecilia. González, Dolores. Walker, Dylis. (2003). Embarazo no deseado en Adolescentes , y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *vol.45, disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2003/sals0311.pdf>*

Consultado el 27/11/2013.

55. Herrera Santí, Patricia M. Avilés, Kenya. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida *Rev Cubana Med Gen Integr* v.16 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr. Disponible en

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252000000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252000000200005&script=sci_arttext) , consultado el 26/11/2013.

56. Valdés Dacal, Sigfrido. Essien, John. Bardales Mitac, Jessica. Daymi Saavedra Moredo. Bardales Edith 4(2002). Embarazo en la adolescencia. Incidencia,

riesgos y complicaciones Rev Cubana Obstet Ginecol v.28 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. Disponible en

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2002000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004)

Consultado el 30/11/2013.

57. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS 2005). Factores de riesgo materno Asociados al parto pre término Revista Médica del IMSS. disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im054i.pdf> consultado el 01/12/2013.

58. Armendáriz ortega, angélica maría. Medel Pérez, Bertha Yolanda. (2010). Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en Adolescentes facultad de enfermería y nutriología/universidad autónoma de chihuahua p20. *Disponible en* [http://prensa.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta\\_de\\_intervencion\\_para\\_prevenir\\_el\\_embarazo\\_en\\_adolescentes.pdf](http://prensa.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_de_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf) Consultado el 16/11/2013.

59. Gómis Hernández, Irma. Gautier du Défaix Gómez, Hortensia. Salazar Antúnez, Amaryl. Forrellat Barrios, Mariela. (1998). Deficiencia de hierro y ácido fólico en mujeres en edad fértil Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter. Disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol14\\_3\\_98/hih03398.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol14_3_98/hih03398.htm) consultado el 12/12/2013.

60. Almirón, Mónica Elizabeth. Gamarra, Silvana Carolina, González Mirta. (2005) Diabetes Gestacional revista de posgrado de la vía cátedra de medicina - n° 152 pág. 23-27. Disponible en [http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista152/7\\_152.htm](http://congreso.med.unne.edu.ar/revista/revista152/7_152.htm)

Consultado el 03/12/2013

61. *Riverón Corteguera Raúl*. (1995) Valor inmunológico de la leche materna Rev Cubana Pedia v.67 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475311995000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S003475311995000200006&script=sci_arttext) consultado el 03/12/2013.

62. Calzado Mustelier, Miriam. Rodríguez Rivero, Loida. Vargas Fajardo Eresmilda Vistel Sánchez<sup>3</sup> (2000). Influencia de la lactancia materna en la salud del niño Rev Cubana Enfermera v.16 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192000000200011&script=sci\\_arttext&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192000000200011&script=sci_arttext&lng=en) consultado el 04/12/2013.

63. Vázquez Márquez, Ángela. Almirall Chávez, Ángel Miguel. De La Cruz Chávez Francisca. Álvarez Amoedo Emilio<sup>2</sup>. (1997). Embarazo en la adolescencia repercusión biosocial durante el primer año de vida Rev Cubana Pedia v.69 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago.

Disponible

en

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75311997000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75311997000200002) Consultado el 12/12/2013.

64. Riverón Corteguera' *Raúl*. (1995) Valor inmunológico de la leche materna Rev Cubana v.67 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. Disponible en: [http://scielo.sld.cscielo.php?pid=S003475311995000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cscielo.php?pid=S003475311995000200006&script=sci_arttext) consultado el 03/12/2013.

65. Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.( 2013). Institutos Nacionales de la Salud. Disponible en <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002911.htm>

Consultado el 2/11/2013.

66.Ventajas y desventajas de tener un parto o una cesárea por: Loedsalud disponible en <http://www.loedsalud.com/publico/articulos/nota/67> consultado el 25/2/10.

67.Olza, Ivonne. ( 2012). Las secuelas cerebrales de las cesáreas programadas 27 de agosto de por en cesáreas, investigación. Disponible en <http://iboneolza.wordpress.com/2012/08/27/las-secuelas-cerebrales-de-las-cesareas-programadas/> consultado 27/11/2013.

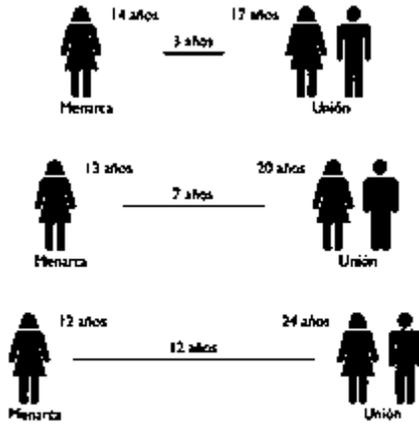
68. Valdés Dacal, Sigfrido. Essien, John. Bardales Mitac, Jessica. Daymi Saavedra Moredo. Bardales Edith 4(2002). Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones Rev Cubana Obstet Ginecol v.28 n.2 Ciudad de la Habana. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2002000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004) Consultado el 30/11/213.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2002000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2002000200004)

69. *Medwave* (2004) Depresión post parto Rev Cubana Obstet Ginecol v.28 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. Disponible en <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1922> consultado el 15/12/2013.

70. Armendáriz Ortega, Angélica María, Medel Pérez, Bertha Yolanda. (2010). Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en Adolescentes facultad de enfermería y nutriología/universidad autónoma de chihuahua p20. Disponible en [http://prensa.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta\\_d\\_e\\_intervencion\\_para\\_prevenir\\_el\\_embarazo\\_en\\_adolescentes.pdf](http://prensa.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2011/06/01/propuesta_d_e_intervencion_para_prevenir_el_embarazo_en_adolescentes.pdf) Consultado el 16/11/2013.

## ANEXOS



Fuente: Stern, Claudia. B. Colegio de México, 1996

Partos y cesáreas de adolescentes en Cartagena  
2006 - 2007

	2006	2007
Total partos y cesáreas en Cartagena	21,687	22,308
Partos y cesáreas en adolescentes (hasta 19 años)	4,363	4,684
Partos 10 a 14 años	165	221
Partos y cesáreas en adolescentes/ total	20%	21%

Fuente: Dadis

Quando te proteges, tienes el 99% de probabilidad de seguir

desvelándote por una fiesta

y no por calentar biberones

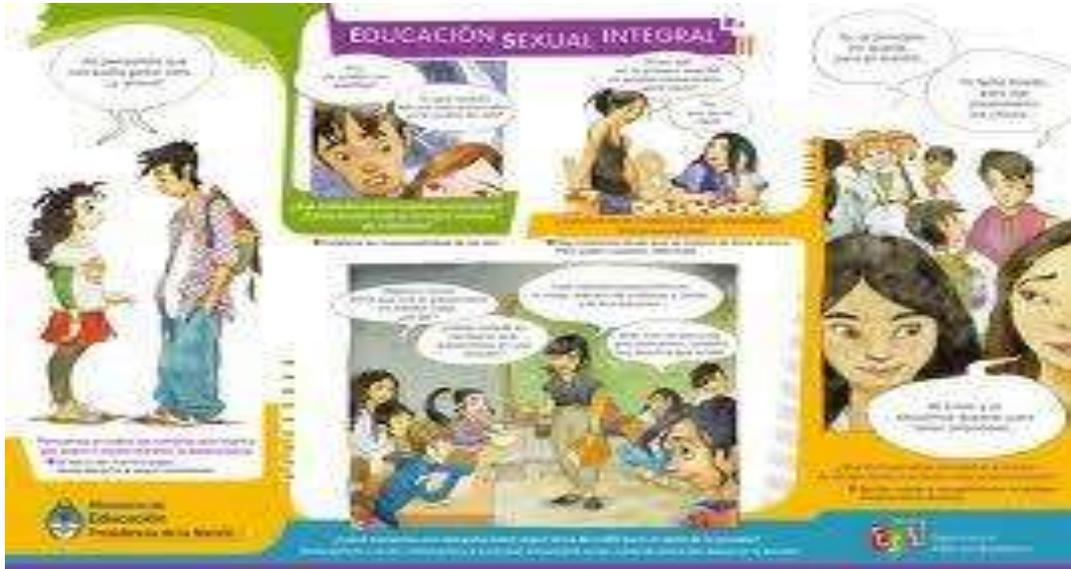
EN OMBÓN ES MÁS CONFIABLE QUE EL DESTINO

Tasas de natalidad (nacimientos vivos) por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad

	2008	2009
Todas las razas y orígenes	41.5	39.1
Blanca no-hispana	26.7	25.6
Negra no-hispana	62.8	59.0
Indoamericana/Nativa de Alaska	58.4	55.5
Asiático americana/Isleña del Pacífico	16.2	14.6
Hispana	77.5	70.1







## Qué deben preguntar al personal de salud



### Qué actitudes deben tener ustedes en la consulta prenatal

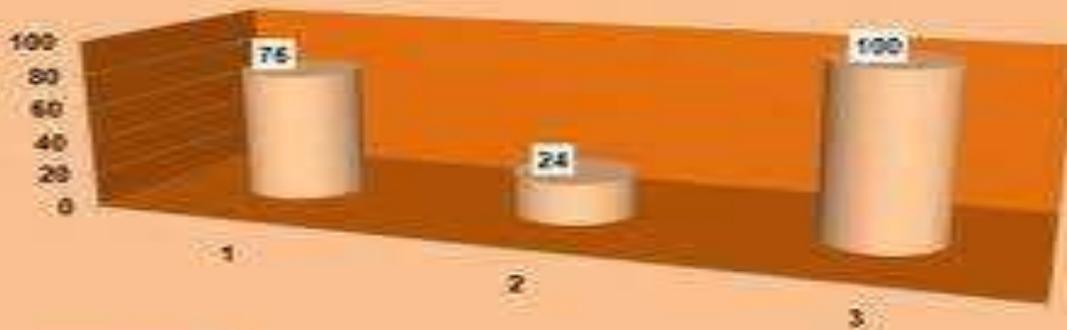
- 1. No teman hacer preguntas. Ustedes tienen el Derecho a que se les aclaren todas sus dudas, inquietudes y temores. Pueden hacer cualquier pregunta por más simple que ésta parezca y exigir respuestas claras. Recuerden siempre: "Una pregunta nunca es tonta, tal vez la respuesta...."
- 2. Antes de asistir a la consulta apunten todas sus preguntas con el fin de no olvidar ningún detalle.
- 3. Asistan en pareja a la consulta prenatal, el bebé es de la pareja. Si esto no es posible, acuda con un familiar.
- 4. Si disponen de un carné materno, no olviden llevarlo para cada consulta.
- 5. Recuerden los datos que son importantes para la consulta: fecha de la última menstruación, cuantos embarazos ha tenido, si ha tenido abortos, fecha de la última consulta.
- 6. Sean puntuales y constantes en las citas.
- 7. Recuerden anotar la fecha de la próxima cita.

1. ¿Por nuestra historia familiar tenemos algún riesgo de tener un bebé con discapacidades? ¿Tengo enfermedades como: diabetes, presión alta, etc?
2. ¿Las vacunas que tengo me protegen a mí y a nuestro bebé de riesgos en el embarazo?
3. ¿Nuestro grupo sanguíneo y factor Rh es compatible?
4. ¿Tenemos alguna enfermedad de transmisión sexual? ¿Qué tratamiento debemos seguir?
5. ¿Las radiografías le afectan a nuestro bebé? ¿En qué casos?
6. ¿Cómo le afecta a nuestro bebé el consumo de drogas, alcohol, tabaco?
7. ¿Cómo afectan los medicamentos / vitaminas que estoy tomando?
8. ¿Las tabletas de ácido fólico pueden ayudar para tener un bebé saludable? ¿Cuántas?
9. ¿Los remedios caseros o productos naturales que utilizamos le pueden hacer daño a nuestro bebé?
10. ¿Qué comida puede ser dañina para la salud de nuestro bebé?
11. ¿Qué comida es muy buena para mí y para nuestro bebé? ¿Debo comer mucho?
12. ¿El ambiente en el que vivimos le puede afectar a nuestro bebé? ¿Qué debemos hacer para mejorar esta situación?
13. ¿Mis relaciones familiares influyen en la salud de nuestro bebé? ¿Qué puedo hacer para mejorarlas?
14. ¿El trabajo que realizo puede afectar a la salud de nuestro bebé?
15. ¿Me afecta mi trabajo por los esfuerzos físicos, que debo hacer? ¿Y los gases u otras sustancias químicas?
16. ¿De qué forma afectan a mi bebé problemas de maltrato en la familia, presión psicológica?
17. ¿Qué otros consejos nos pueden dar para tener un bebé saludable?
18. ¿...





**CASO 04 ¿ESTAS DE ACUERDO QUE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS REALIZAN CHARLAS, COMO REFERENCIA DE LOS DAÑOS QUE PUEDA CAUSAR ESTE HECHO Y LA PÉRDIDA DE VALORES QUE EXISTEN EN ELLA ?**



SI=76  
NO=24  
TOTAL=100

¿QUE ES UN  
EMBARAZO  
NO  
DESEADO?



El presente Tríptico contiene información relevante sobre qué es un embarazo no deseado y por qué se dan este tipo de eventos en la actualidad.

Incluiríamos cuáles son los métodos de prevención para este tipo de situaciones y el por qué de algunas preguntas que puedan resultar sobre el embarazo no deseado?

Nuevas Tecnologías de la Información

Integrantes:

Geovani Arellano Viqueza  
Luzmila Marroquín Coballos  
Rafael Carolina González Méndez

Fecha: 22 de Mayo de 2017.



OCTUBRE 2010

**TALLER**

**PARA PAPÁS CON HIJOS**



**ADOLESCENTES**



**DESMOTIVADOS CON LOS ESTUDIOS**

Dicado en el centro Psico Educativo M6. Espacio por la especialista:

**Sra. Patricia Nieto B.**

Psicopedagoga-  
Psicometrista  
Postulada en  
diplomado Cognitivo y  
Evaluación Dinámica.  
Magister en  
Psicología de la  
Adolescencia (En  
Curso)

Se dictará en 4 sesiones a  
partir del viernes 15 y 22  
de Octubre y Martes 19 y  
26 durante a las 10:30 hrs  
hasta las 12:30 hrs. En el  
centro psicoeducativo M6  
Ciudad

**INSCRIBIRSE AL  
06-229823  
A. Fleming 8915 Las  
Condes. 7034129  
Cupo: 10 personas**

Este es un taller que pretende reflexionar con conocimiento informado de esta importante etapa de nuestros hijos. Es tan relevante que uno de sus contenidos más profundos es poder reparar y elaborar aquello que en la infancia quedó pendiente.

¿Qué es estar desmotivados con los estudios? Una realidad cada vez más recurrente.

## Pañalera o Mochila. Y tu cual prefieres?

CEPAS MEXICO, te invita al Taller Pañalera o Mochila, Y tu cual prefieres?

Dirección a niñas y adolescentes de 11 a 20 años de edad.

El objetivo es Prevenir el Embarazo Adolescente, e informar adecuadamente sobre la Sexualidad y Derechos Reproductivos con los que cuentan las niñas y adolescentes en nuestro país.

Invita a tus padres y parientes, ya que al hablar sobre sexualidad con nuestros hijos se gana herramientas para saber, como, cuándo y con quién ejercer su sexualidad sin riesgos.

Tu esperanza, no jactar.

Inscripciones en Cepas México  
Calle Francisco Nariño 404 Entre A  
Cecilia Betsworth  
Teléfono: 66 156 68  
Facebook: CEPAS MEXICO

