UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

ESTUDIO DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO Y REPERCUSIONES DE UN EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL ÁMBITO BIOPSICOSOCIAL EN LA MADRE Y EN EL NEONATO

TESIS DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA

Autoras

MELISSA CASCANTE GÓMEZ

CHRISTA MC DONALD MOLINA

Tutora

DRA. MAURA ANTONIA GARCÍA VEGA

SEDE CENTRAL, ARANJUEZ

FEBRERO, 2017

Tabla de contenido

Declaración Jurada ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Código de Ética..... **¡Error! Marcador no definido.**
Carta del Director de Tesis..... **¡Error! Marcador no definido.**
Carta del Lector de Tesis ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Carta del Director de Carrera..... **¡Error! Marcador no definido.**
Tribunal Examinador ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Pensamiento ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Agradecimiento ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Dedicatoria ..... **¡Error! Marcador no definido.**
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....1
Planteamiento del problema 1
Objetivo general 5
Objetivos específicos.....5
Justificación 6
CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL 27
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....55
Diseño 55
Criterios de inclusión 55
Criterios de exclusión.....55
Estrategias de búsqueda.....55
Extracción de datos 56
Codificación de las características de los estudios.....56
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....58
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 76
REFERENCIAS.....80

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014), la adolescencia hace referencia a un periodo de la vida de una persona que comprende desde los 10 a los 19 años de edad. Es considerada una etapa de transición de la niñez a la juventud en donde se dan una serie de cambios a nivel físico, social y cognoscitivo.

Los Factores anteriores afectan en diferente forma y magnitud a cada adolescente, quienes, al ser únicos e irrepetibles, se encuentran, a la vez, influenciados por factores de su entorno (tales como el círculo social en el que se desenvuelven, el nivel educativo alcanzado, una adecuada situación familiar o por el contrario una disfunción familiar, la necesidad que se empieza a sentir en esta etapa de ejercer su autonomía y hasta de tener cierta independencia). Todo esto conlleva a que sea una de las etapas de la vida más vulnerables y, por lo tanto, requiere una atención más integral.

La actividad sexual precoz no es una situación ajena a la realidad actual, ya que se ha visto que en los últimos años la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales es cada vez menor a nivel mundial. Por ejemplo, estudios realizados indican que en países Latinoamericanos, tales como Chile "la edad de inicio de relaciones sexuales es a las 12.8 en mujeres y 12 en varones" según León, Minassian, Borgoño, Bustamante (2010); y países Europeos como España tienen un promedio de inicio de relaciones sexuales de 16 años, incluso en algunos estudios de 14 años (J. Colomer Revuelta, 2013).

Costa Rica no se aleja de las estadísticas establecidas anteriormente, ya que la edad promedio de inicio de estas a los 15,2 en hombres y 15.8 en las mujeres, Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-2010).

Con lo mencionado anteriormente, también se debe relacionar los grandes vacíos que pueden tener estos adolescentes en cuanto a información, actitudes y prácticas para vivir su sexualidad de manera segura y responsable. Esto se puede deber a que, aunque muchos

adolescentes pueden tener acceso de una u otra manera a una fuente de información acerca de métodos anticonceptivos y protección sexual, se le da un manejo inadecuado a esta información, que los lleva a tomar decisiones inseguras y con esto a tener efectos secundarios como lo es un aumento en la incidencia del embarazo adolescente.

Cuando el embarazo ocurre en una etapa de transición como lo es la adolescencia, se produce una mayor cantidad de cambios dentro de la vida de la joven. Esto se debe a que además de enfrentar los cambios biopsicosociales propios de su edad, también debe enfrentar el proceso de gestación y posteriormente de maternidad.

La presente investigación tiene como principal objetivo estudiar el embarazo adolescente y sus repercusiones en el ámbito biopsicosocial en las madres y en sus hijos. Asimismo, la relación con los objetivos específicos se manifiesta con el fin de describir e identificar los diferentes factores que predisponen a un posible embarazo adolescente, y, por ende, a los problemas que esta situación atribuirá en el aspecto psicológico, socioeconómico y, ante todo, en su salud. Por tanto, con esta investigación se busca poder brindar a la sociedad modalidades prácticas para prevenirlo y evitar que cursen con esta dificultad tan actual y en aumento.

Además, al realizar este estudio se reflejará lo que está sucediendo hoy en día en la población adolescente, y que, a pesar de la información que hay tanto a nivel educativo como en medios de comunicación, siguen aumentando las tasas de embarazos no sólo en Costa Rica sino a nivel mundial, ya sea por ingenuidad o porque realmente las charlas o foros que brindan algunos centros educativos respecto a educación sexual no están siendo bien implementadas o trasferidas.

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno complejo, ya que este puede estar influenciado por un conjunto de factores que van desde individuales hasta históricos o culturales, ya que la sexualidad está, de cierta manera, influenciada por la cultura, esto se refleja ya que dependiendo de las creencias culturales de las adolescentes viven su sexualidad de distinta manera.

Un ejemplo de lo anterior, es que según la OMS (2014), en algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no es una situación poco frecuente o rara, es decir, son alarmantes por las consecuencias que esta situación trae, pero en estos países el embarazo adolescente no es una situación fuera de lo común por la frecuencia con la que pasa, esto se puede ver reflejado

en varios países de América Latina. No obstante, en estos mismos países, algunas jóvenes pueden estar sometidas a una presión social para contraer matrimonio y tener hijos.

En los países desarrollados, la existencia de un embarazo adolescente podría culminar en un matrimonio forzado, sin que los miembros de esta pareja estén preparados para asumir el rol de lo que es un matrimonio y esto genera un incremento de los divorcios.

La falta de información confiable sobre la salud reproductiva puede ser una de las principales causas del aumento de la frecuencia de embarazo adolescente a nivel mundial, y unas de las causas por la que esto sucede es que las distintas personas que rodean a las jóvenes, ya sea padres de familia, personas de su comunidad, no les proporcionan una adecuada educación sexual con el miedo de que por esta acción se empiecen a desmoronar los valores morales en las adolescentes.

En cuanto la viabilidad del problema de investigación se enfoca en la información obtenida de diversas fuentes acerca de embarazo en este grupo etario, en donde se puede evidenciar que el embarazo en adolescentes puede ocurrir en diferentes contextos, tanto en jóvenes donde cuentan con el apoyo de sus familias y parejas, como en jóvenes que deben buscar ayuda fuera de sus hogares y las colocan en una posición delicada y de riesgo social evidente, ya que se pueden enfrentar a condiciones de violencia.

Estudios realizados por la OMS indican que los embarazos en adolescentes son mayores en aquellas poblaciones pobres, rurales y poco instruidas. También, existen países en donde no se brinda ningún tipo de educación sexual como en algunas zonas africanas por razones culturales.

Tomando en cuenta que el embarazo adolescente se ha convertido en un tema prioritario de salud en Costa Rica, se genera el interés en este estudio por conocer y determinar los factores que existen a nivel de la población en ámbitos socioeconómicos, familiares, culturales, biopsicosociales y de desarrollo que podrían influenciar en el aumento de la incidencia del embarazo adolescente, así como las repercusiones que podría implicar dicho evento, de manera que se puede determinar las deficiencias que existen ante esta problemática.

En Costa Rica, el Estado y los servicios de salud han trabajado para llevar a cabo acciones preventivas dirigidas a la promoción de la salud en la niñez, sin embargo, estas acciones pierden fuerza cuando estos niños (as) llegan a la adolescencia, ya que se disminuyen la cobertura de atención en esta población (Muñoz, 2015, p. 3).

A pesar de que esta población se considera saludable, están propensos a una serie de problemas, dentro de los cuales se encuentran conductas sexuales de riesgo que pueden terminan en enfermedades de trasmisión sexual y también en un embarazo.

Debido a lo mencionado anteriormente se crea la necesidad de una adecuada atención integral de la salud de los adolescentes en donde se tome en cuenta la salud sexual y reproductiva. Es por esta razón que el Ministerio de salud crea la "*Norma Nacional de Atención Integral en Salud de las Personas Adolescentes, en su componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva"*(Muñoz *et al.* 2015).

Aunque lo anterior parece no ser suficiente a nivel nacional, ya que según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR-2010), los adolescentes afirman haber recibido algún tipo de educación sexual, ya sea por medio de sus centros educativos como por parte de sus familiares, pero con base al aumento de la incidencia del embarazo adolescente se concluye que este tipo de información no está siendo suficiente para que estos jóvenes estén tomando conciencia ni ejerciendo decisiones responsables con respecto a su sexualidad , que se evidencia en una deficiencia que promueve esta problemática.

Además, de acuerdo con la OMS (2014), hay que tomar en cuenta la personalidad de cada adolescente. Algunas pueden sentir mucha vergüenza para solicitar algún tipo de información sexual o sobre anticoncepción. O bien, también estos pueden ser muy caros limitando su adquisición. Esto evidencia otro tipo de deficiencia que contribuye al embarazo adolescente y que puede ser más difícil de controlar.

Igualmente es importante recalcar que esta problemática en el ámbito legal también es penada ya que según La Nación "Durante 2015 se recibieron 4.700 denuncias en materia de relaciones sexuales con personas menores de edad".

Por esto la nueva ley que entró en vigencia en Costa Rica el día 13 de enero del 2017, estipula que se castiga con hasta tres años de cárcel a quienes siendo mayores de edad mantengan relaciones sexuales con personas menores de 15 años, si la diferencia de edad entre ambos es de cinco o más años.

Impone el mismo castigo cuando quien es menor de edad tenga entre 15 y menos de 18 años, si la diferencia de edad entre ambos es de siete años o más Y a su vez, aumenta la edad mínima de 13 a 15 años para el consentimiento sexual cuando entre ambos existan cinco o más años en sus edades.

Esta ley fue aprobada en octubre de 2016 por la Asamblea Legislativa, la cual acordó una serie de reformas a varios artículos del Código Penal, Código de Familia, Código Civil y de la Ley Orgánica del Tribunal Supremo de Elecciones y del Registro Civil.

.

Ante la situación expuesta, las autoras de este trabajo de investigación se plantean la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los principales factores de riesgo y repercusiones en el ámbito biopsicosocial de un embarazo adolescente tanto en la madre como en el neonato?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Estudiar el embarazo adolescente y sus repercusiones en el ámbito biopsicosocial en las madres y en sus hijos.

Objetivos específicos

- Identificar los factores de riesgo tanto a nivel social como psicológico que contribuyen a un posible embarazo en la adolescencia.
- Calcular la prevalencia del embarazo adolescente tanto a nivel nacional como internacional.
- Describir las posibles complicaciones médicas, psicológicas y sociales que puede generar un embarazo en la población adolescente tanto en la madre como en el niño.

Justificación

El siguiente trabajo de investigación se realiza con la intención de recolectar información y orientación acerca de la incidencia social que implica la problemática de un embarazo en la adolescencia y cómo esto puede ser un factor determinante en la calidad de vida de la madre y la de su hijo en el aspecto biopsicosocial.

Este estudio es realmente conveniente ya que, quienes han investigado el tema, han concordado que el embarazo en la adolescencia es un tema complejo y que en los últimos años ha obtenido un gran auge, principalmente en países latinoamericanos de bajo estatus social. Esto debido a la falta de conocimiento e información sobre la importancia de las complicaciones médicas que aporta, tanto en la madre como en el neonato, un embarazo tan anticipado, así como las dificultades que causaría no sólo durante la labor del parto sino a nivel hormonal, en el que exponen su cuerpo al cambio físico a edades en donde aún son físicamente puberales.

Esta investigación es para proporcionar un conocimiento de cómo identificar los factores de riesgo ante un posible embarazo adolescente. Además estas adolescentes suelen estar expuestas a una serie de factores de riesgo asociados con el embarazo, tanto físicos, económicos, emocionales y sociales, los cuales vienen a influenciar en la adolescente y su entorno familiar, afectando su desarrollo y, por ende, su proyecto de vida.

La ciencia ha demostrado que cuando se está preparado para esperar un bebé es cuando mejor se le cuida, protege y entrega amor. Valdría la pena reflexionar acerca de si la adolescencia es indicada para ello. El embarazo en la adolescencia tiene consecuencias de salud, psicológicas, sociales y económicas que afectan a la joven, su pareja y su futuro bebé (Barrera, 2012).

Este estudio tiene una relevancia social importante, ya que en la adolescencia se empieza a despertar el interés por ciertos temas dentro de los cuales se puede mencionar el interés por la sexualidad, y se empieza a generar una especie de urgencia por iniciar su vida sexual, la cual si no se vive de manera adecuada, puede traer consecuencias, como las ya mencionas anteriormente, y en donde es importante recalcar un embarazo no deseado.

Las adolescentes de hoy crecen en las modernas sociedades urbanas donde se favorece una actividad sexual temprana y en consecuencia, un embarazo precoz no deseado ni planificado. El bombardeo incesante de los medios de comunicación de masas tales como la televisión, cine, radio, publicaciones, Internet, revistas, y periódicos, entre otros, motivan a las jóvenes para comenzar las relaciones sexuales sin tener la adecuada preparación psicológica para ello (Figueredo, 2015, p. 19).

Desde los inicios de la publicidad, el sexo ha sido utilizado para vender cualquier tipo de productos: desde un auto de lujo hasta un jabón. Los programas de televisión, las películas y el libre acceso a Internet permiten que las adolescentes vean escenas sexuales y momentos de plena intimidad entre personas; esto las lleva a comparar sus vidas con el mundo ficticio que observan pasivamente. No es de extrañar entonces que se sientan atraídas a ejercer su sexualidad sin sospechar en un embarazo inesperado (Figueredo *et al.*, 2015).

Los embarazos en adolescentes, dependiendo del entorno que rodeen a las jóvenes, la orientación, madurez y ayuda que ellas tengan, podrían tener distintos desenlaces, como dar su hijo (a) en adopción, uso de drogas durante el embarazo, interrupción de la escolaridad, o tomar la decisión de realizar un aborto inducido, el cual podría traer complicaciones hemorrágicas, infecciosas, entre otras, aumentando el riesgo de mortalidad materna, además de que podría afectar su capacidad reproductiva a futuro (Castillo, 2015).

La pobreza y la falta de instrucción, son factores que aumentan el riesgo de embarazo generando en consecuencia la deserción escolar, y la ausencia de oportunidades laborales, entre otras. La maternidad en las adolescentes repercute en una falta de oportunidades para desarrollarse adecuadamente en cuanto a su ámbito social y a la comunidad en donde viven, ocasionando el abandono de la escuela, la baja autoestima, todo ello contribuye significativamente a la repetición de la pobreza de generación en generación (Figueredo *et al*., 2015, p. 21).

La vida de las adolescentes cambia ante la llegada de un bebé, pues ellas se ven en la obligación de renunciar a situaciones de su vida cotidiana, tales como posibilidades de diversión y libertad, porque deben dedicar una buena parte de su tiempo al cuidado del niño o la niña, lo cual genera afectaciones psicosociales en ellas (Barrera *et al*., 2012).

La maternidad y la paternidad son experiencias que implican amor, pero, además, costos personales, sociales y económicos muy altos y de ahí radica la importancia de contar con información necesaria de lo que verdaderamente implica ser padres (Barrera *et al*., 2012).

Por lo mencionado anteriormente, y con el fin de prevenir, radica la importancia de mejorar la educación sexual que se le brinda a la población adolescente y, por ende, este estudio se realiza con el fin de conocer la prevalencia del embarazo en las adolescentes y los factores que podrían estar generando un incremento de estos. De esta manera se podrían empezar a implementar acciones que tengan como fin tratar estos factores para ir disminuyendo la cantidad de embarazos no deseados en esta población.

Según la OMS (2014): "Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos". Esto hace pensar que muchas de estas situaciones se ven enfocadas directamente en el inicio precoz de una vida sexual activa, y también influenciadas por un indebida orientación proveniente del hogar, ya que es común que muchos de estos jóvenes mantengan muchas dudas, ya sea por vergüenza o desconfianza, respecto a cómo protegerse e iniciar una vida sexual segura.

El artículo "Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales" (2012), realizado en el Hospital Civil de Guadalajara, México, hace referencia a que el embarazo adolescente es un verdadero problema de salud pública, esto debido a la cantidad de consecuencias que puede traer.

Refiere que "… en las adolescentes, el embarazo es una situación sumamente particular que plantea múltiples problemas de índole médica, como el aumento del índice de abortos, descubrimiento tardío del embarazo con seguimientos deficiente o nulo, parto pretérmino y mortalidad perinatal elevada; así como problemas de índole social: rechazo de la familia, interrupción de la escolaridad, consumo de drogas y abandono del recién nacido" (Jiménez, Molina, Panduro, Peraza, Quesada, 2012).

Con respecto a lo anterior, se pueden mencionar otros tipos de factores que podrían contribuir al embarazo adolescente, los cuales son factores individuales y familiares. Dentro de los factores individuales se encuentran: aspiraciones académicas pobres y poca habilidad de planificación familiar. Sin embargo, dentro de los factores familiares se encuentran los antecedentes de madres o hermanas embarazadas en la adolescencia, el cual es un antecedente

importante ya que es una situación que comúnmente se puede ver en las adolescentes embarazadas (Jiménez *et al*., 2012).

En el rubro de morbilidad, las adolescentes embarazadas constituyen un grupo de riesgo. Los riesgos y daños que se pueden presentar en la adolescente, no solo se advierten en la gestación, sino también en las etapas subsecuentes del acto obstétrico, es decir, en el parto y posparto, incluyendo al recién nacido. Por ejemplo, el factor Infección de Vías Urinarias (IVU) implica que adolescentes embarazadas y con ese factor tienen más probabilidades de presentar amenaza de aborto, presencia de contracciones uterinas antes del embarazo de término o parto prematuro (Jiménez, Lossi, Pérez y Tapia, 2015).

Lo anterior refleja la importancia que debería tener la familia para la población adolescente, ya que la familia se considera el principal núcleo de enseñanza, y por tanto, gran parte del comportamiento de un adolescente depende de una adecuada situación familiar, es decir, es de vital importancia el núcleo familiar en donde esta población se desarrolle, convirtiéndose en un factor que va a deteriorar o mejorar la salud y calidad de vida de estos individuos.

Según la OMS, la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15-19 años de edad a nivel mundial son las complicaciones durante el embarazo y el parto, Además, los bebés que son hijos de madres menores de 20 años tienen un riesgo mayor de mortalidad prenatal o durante los primeros días del nacimiento que los hijos de madres de 20-29 años. Esto se debe a que estas madres, menores de 20 años por lo general al ser jóvenes y pequeñas, tienden a tener bebés pequeños y débiles, con menores probabilidades de sobrevivir.

Es pertinente estar al tanto sobre el embarazo adolescente, ya que se ha convertido en una problemática a nivel mundial en las últimas décadas y en vez de disminuir se ha dado un aumento en la incidencia de embarazos adolescentes.

Esta investigación se basa en especificar cuáles son las causas del porqué se ha dado este aumento para poder prevenirlo, y a su vez, disminuir el número de casos de niñas que cursan por esta realidad. El propósito es generar elementos de conocimiento que aporten recomendaciones e informar a los padres y futuras madres de los perjuicios que conlleva un embarazo en la salud, no sólo en la madre sino también en el futuro ser, y como anteriormente se menciona, no es sólo riesgos en la salud sino que estas jóvenes deben enfrentar un proceso de gestación y maternidad que las coloca en una situación de vulnerabilidad social, psicológica, económica y educacional.

Es usual el abandono de los estudios al ratificarse el embarazo o al momento que este nace para criarlo, lo que disminuye las posibilidades de lograr buenos empleos y su realización personal al no cursar carreras que antes del embarazo deseaban. También, las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos entre embarazo y embarazo más cortos, ampliando más su pobreza y sus posibilidades de un mejor futuro.

Se ha planteado que las adolescentes con el rol de madres están obligadas a buscar ayuda de su pareja y/o familia, para incorporarse al trabajo o al estudio, por tener ahora ante sí la responsabilidad de atender a su hijo. El autor reporta un 87.1% de amas de casa, con lo cual demuestran las consecuencias futuras que esto podría tener no solo para la nueva familia, sino para la sociedad (Barrera *et al*., 2012).

Debe prevenirse una segunda gestación en jóvenes adolescentes, pues se producen en un 20% de casos. Una nula o ineficaz conducta anticonceptiva, o la dificultad en un correcto cumplimiento entre otras circunstancias pueden llevar a un nuevo embarazo. La comparación entre adolescentes que ya han estado embarazadas y las que no lo han estado muestra que aquellas son peores usuarias de anticonceptivos debido a la persistencia de los factores de riesgo (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014, p. 389).

Se necesita encaminar mejor la educación sexual para lograr la prevención del embarazo en la adolescencia, y así una correcta planificación familiar. En tal caso, resulta de gran utilidad la consulta de orientación a la embarazada adolescente (Barrera *et al*., 2012).

Son miles las interrogantes que surgen cuando se pretende ahondar en el tema pues muchos de los puntos enumerados han recibido poca o ninguna atención. Si bien, el nacimiento de un niño es un hecho de singular importancia y belleza humana, algunos de los factores interrelacionados con esta realidad, perjudican a las madres adolescentes. A menudo, algunas recurren a la práctica del aborto. Otras asumen negativamente su nuevo destino, violentando al niño que ha nacido sin pedirlo, producto de un impulso biológico y no de una planificación adecuada. Resulta indispensable la formulación de políticas públicas sociales encaminadas a garantizar una formación en valores y una educación sexual asertiva que permita la adecuada autoestima de las jóvenes adolescentes, fomentando en ellas el estímulo para un adecuado desarrollo de su proyecto de vida que les permita su crecimiento personal y profesional aprovechando todas las oportunidades (Figueredo *et al*., 2015, p. 21).

Proporcionar beneficios a una población adolescente implica la educación sexual otorgada por la sociedad, la cual promueve el desarrollo de una sexualidad sana: avanzando paralelamente a otras facetas de la evolución intelectual, física y emocional en la formación de la personalidad. Si las políticas públicas de salud a nivel mundial se enfocaran adecuadamente a la prevención del embarazo en las adolescentes, las estadísticas actuales cambiarían radicalmente. Las y los jóvenes deben tener conocimientos básicos sobre la concepción, embarazo, enfermedades de transmisión sexual y Sida, métodos anticonceptivos, sin creencias distorsionadas ni estereotipos, de forma precisa y natural (Figueredo *et al.*, 2015, pp. 21- 22).

El Estado como garante de la salud, debe plantearse la necesidad de unificar criterios tácticos para prestar la atención integral en cuanto a salud sexual y salud reproductiva en esta etapa de la vida, haciendo énfasis en el fomento y promoción de la calidad de vida, y el compromiso del desarrollo biopsicosocial, para reducir la morbimortalidad de este grupo etario. En consecuencia, se hará énfasis en la atención prenatal, parto y puerperio, planificación familiar, lactancia materna, atención ginecológica, control y prevención de cáncer cérvico uterino y mama, disfunciones genéticas, disfunciones anatómicas, disfunciones sexuales, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, violencia intrafamiliar y sexual entre otras (Figueredo *et al*., 2015, p. 27).

La viabilidad de esta investigación se logra por el acceso a información de diversos artículos que permita respaldar los datos obtenidos acerca del tema en investigación. Tomando en cuenta que el embarazo adolescente es un problema de Salud Pública a nivel nacional e internacional y el incremento de las tasas de esta problemática en los últimos años, es de vital importancia los estudios en esta área.

Antecedentes

Historia

Según la OMS (2014), la *"tasa de fecundidad adolescente (TFA)"* ha ido decayendo desde los años 50 pero es menos marcada que *la "tasa de fecundidad general (TFG)"*, provocando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

Estados Unidos es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los 80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En 1985, en EE.UU, el aborto alcanzó el 42%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción). En España, la cifra del 12% de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos.

Si bien desde 1990 se ha registrado un descenso considerable, aunque irregular, en las tasas de natalidad entre las adolescentes, un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen todavía entre muchachas de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 muchachas. Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

El Ministerio de Salud dio a conocer un manual de salud sexual y reproductiva en el cual describía que era "De adolescentes para adolescentes", y se pretendía repartir en las escuelas del país, pero, se retiró para darle un enfoque más integral en concordancia con los valores morales y religiosos.

Es claro que la madurez femenina más temprana tiene mayor posibilidad a un inicio más precoz a relaciones sexuales que en otras épocas y hace experimentar de parte de los hombres, el deseo en edades cada vez más jóvenes. Este adelanto en el comportamiento tiene una relación con el hecho de un embarazo en los adolescentes.

El aumento de embarazos adolescentes se relaciona con el inicio de relaciones sexuales de manera prematura y que la edad de inicio está disminuyendo, es decir, el riesgo a un embarazo adolescente va en aumento debido a que es inversamente proporcional a la edad de inicio.

Antecedentes internacionales

Según el artículo "Evolución de la incidencia de test de embarazo positivo en adolescentes atendidas en un servicio de urgencias" se afirma que: El embarazo es una experiencia vital, generalmente positiva en la vida de la mujer. Sin embargo, esto no siempre es así cuando se refiere al embarazo adolescente. Las características específicas de este periodo de la vida, definido por la Organización Mundial de la Salud como aquel en el que el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia socioeconómica, hacen que en muchas ocasiones se trate de un embarazo no deseado ni planificado, suponiendo un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven. Por todo ello, el embarazo adolescente constituye un problema más social que médico (Luaces, C., Muñoz,D., Trenchs, V. Triviño, M. Valls, A. 2011).

En la "Revista médica MD", Fajardo, González, Quesada, Panduro, Pérez, Quesada y Zamora, (2013), en su artículo "Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales" señalan lo siguiente: "El problema del embarazo en la adolescencia tiene implicaciones importantes en la salud pública, siendo una preocupación tanto desde el punto de vista médico como psicosocial, ocurriendo con mayor frecuencia en adolescentes de medios socioeconómicos bajos, en familias desintegradas, numerosas o monoparenterales, afectadas por el desempleo y que es un fenómeno que se había presentado previamente en las propias madres de las adolescentes" (p. 235).

El estudio anterior también indica que es importante incluir el embarazo en adolescentes como un programa prioritario de salud reproductiva ya que debe prevenirse una secuencia de embarazos no deseados, fomentando el crecimiento de la adolescente, disminuyendo las repercusiones en la relación, con su hijo y con resto de su entorno (p. 235).

El estudio "Perfil psicosocial de adolescentes gestantes en dos instituciones de salud en Bogotá" indica que los factores que favorecen el embarazo aparecen en categorías como "amor romántico", que se refiere al hecho que las adolescentes justifican la actividad sexual e incluso el embarazo por un sentimiento de amor idealizado; otra causa es no utilizar métodos anticonceptivos, en la que se ven involucrados aspectos tales como el olvido, el miedo a subir de peso, la dificultad o el temor a acceder a los métodos de anticoncepción. La baja autoestima corresponde a otro factor, y se ve expresada por el temor al rechazo de las amistades, a perder la pareja por negarse a mantener la actividad sexual o por la "irresponsabilidad masculina" (Aguirre, 2016, p. 136).

Según Lugones (2013), en la revista Cubana de Medicina General Integral, señala en su publicación "Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria", que la elevada incidencia de embarazos en adolescentes en América Latina, solo superada por África, persiste y tiene una tendencia al incremento. Cuba, aunque con una situación menos desfavorable, no escapa a esta realidad, con un incremento no solamente de embarazos, sino también de abortos en este grupo, superior al de todas las mujeres en edades reproductivas, que continúa cobrando consecuencias muy desfavorables en la salud sexual y reproductiva, las que pueden ser irreversibles, dejando consecuencias inmediatas como la muerte materna y secuelas como la necesidad de realizar una histerectomía en edades tan precoces. Hay también consecuencias mediatas, entre las que podemos citar la ocurrencia del embarazo ectópico -también en incremento-, los procesos inflamatorios pélvicos que pueden llegar a hacerse crónicos y que dejan secuelas como el dolor pélvico y la infertilidad (p.1).

Uno de cada diez partos corresponde a una madre adolescente, y la tasa de fecundidad se encuentran entre 0,5 y 200 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes, mientras que las tasas más altas se localizan en África y América Latina. Los partos en las jóvenes representan un 17% (aproximadamente, a nivel mundial 14 millones de partos anuales). Por otra parte aproximadamente 4,4 millones de adolescentes se someten a un aborto, de los cuales el 40% se realiza en malas condiciones de higiene y salubridad, causando con ello el terrible aumento de la mortalidad materna (Figueredo *et al*., 2015, p. 20).

En Cuba, el 13% de los nacimientos ocurren en las madres adolescentes, además, el 80% de ellas tiene riesgo de tener hijos con bajo peso menor de 2500g y 1.6 veces mayor que para las que tienen más de 18 años (Barrera *et al.*, 2012).

El artículo "Embarazo en adolescentes" estiman que: En Bolivia, entre el 2003 y el 2008, la proporción de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó del 14.7% al 18%. Más del 25% de las madres adolescentes apenas han concluido la educación primaria. Asimismo, sólo una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas usan algún método anticonceptivo, a pesar de que el conocimiento sobre el tema alcanza a cerca de un 92%. Además, la proporción de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es cercana al 21%; lo más alarmante es que hay un 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres (Gamboa, 2013).

En Chile, para el año 2004, según datos del Departamento de Información estadísticas del Ministerio de Salud (DEIS), de los 33.507 niños nacidos, hijos de madres entre 15 y 19 años, solamente el 88 por ciento% fue primogénito/a (Gamboa *et al*., 2013).

Para el 2010, de acuerdo con el Censo General de Población y Vivienda, existieron en México 112 336 538 millones de habitantes, de los cuales 21 966 049 (19.5%) fueron adolescentes de 10 a 19 años. La tasa de embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad fue de 79 por cada mil mujeres, es decir, una de cada seis mujeres que se embarazan en México es adolescente (Jiménez *et al.,* 2015).

Un estudio llamado Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México, realizado en el 2015 indica lo siguiente: Con respecto a la media de la edad (17,45), un estudio realizado en Manizales, Colombia, identificó una media en la edad de 17,34. En una muestra de madres adolescentes de diversas instituciones hospitalarias estatales de Lima, Perú; la edad media fue de 17 años, lo que refleja una similitud en la edad de las adolescentes. Esto señala que el 10,09 % de madres adolescentes menores de 15 años, es un problema de salud pública que debe ser analizado de manera particular (Bañuelos, 2015).

El artículo "El embarazo y sus complicaciones en la madre Adolescente" refiere que la OMS y la ONU informan que hay más de 1000 millones de adolescentes en todo el mundo, y de estos, aproximadamente el 83 % corresponde a países subdesarrollados. No obstante, el

fenómeno no excluye a los países industrializados, como por ejemplo Estados Unidos, donde el 70 % de los adolescentes que tienen un hijo afirman no haberlo deseado. Las adolescentes son, además, las primeras víctimas de las enfermedades sexualmente transmisibles, cuya cantidad de casos se estima en 300 millones cada año, al tiempo que en los países en desarrollo, entre 1 y 2/3 de las jóvenes reciben menos de 7 años de educación escolar (Castellano, Hidalgo, Menéndez y Navas, 2012).

En países considerados en vías de desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. La percepción social del embarazo adolescente varía de unas sociedades a otras e implica un debate profundo sobre aspectos del comportamiento, tanto biológicos como culturales relacionados con el embarazo.

En algunas sociedades, el matrimonio a edades tempranas y el rol de género que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazo en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven. En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con la tasas de las ciudades (Castellano *et al*., 2012).

En la "Revista médica MD", Zamora, Panduro, Pérez, Quesada, González, Fajardo (2013), en su artículo "Embarazo en adolescentes y sus complicaciones materno perinatales" señalan lo siguiente: En las últimas décadas las niñas presentan su desarrollo sexual, ovulación y capacidad reproductiva a edades hasta 2 años más temprana que hace 20 años, motivo por el cual es necesario que se dejen a un lado los tabúes, que se les explique y aclaren sus dudas en cuanto a sexualidad se refiere, incluyendo métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y por supuesto hablar del embarazo y todas sus implicaciones, tanto para la madre adolescentes como al hijo de la misma (p. 6).

En esta etapa aún no se ha terminado de elaborar los cambios, las transformaciones del cuerpo, ni los cambios psicológicos por lo que pueden surgir sentimientos de minusvalía, inseguridad, continuos desajustes emocionales y numerosos conflictos ante el deseo de hacer y la imposibilidad de poder por lo que se debe trabajar, en conjunto, con entes tales como el Ministerio de Educación para evitar los embarazos a estas edades (Barrera *et al.*, 2012).

Uno de los aspectos sociodemográficos de mayor importancia son las relaciones intrafamiliares de la madre debido a la importancia que estas tienen en el desarrollo del niño. La forma en que las adolescentes enfrenten situaciones que generan estrés fortalecerá o debilitarán las relaciones con sus hijos (Aguirre *et al*., 2016).

Hernández y Mora (2015) refieren en su estudio "Embarazo en la adolescencia" realizado en el Estado de México que: en las últimas décadas, la educación sexual formal que se proporcionaba de manera individual, estaba circunscrita a la familia, que utilizaba el silencio o la represión como método para no dar información acerca del tema a sus hijos e hijas; con el transcurso del tiempo, y atendiendo las demandas de la sociedad, se inició la difusión en forma colectiva, extendiéndose con rapidez a las instituciones educativas y a las comunidades con la responsabilidad de los sectores gubernamentales correspondientes. Las estadísticas de la década de 1950 en relación con la actividad sexual juvenil, los embarazos no deseados, las relaciones no matrimoniales y otros, constituyeron la principal preocupación de la educación sexual, y fueron la base para proporcionar información respecto de la sexualidad y el valor que ésta tiene ante la sociedad.

En la Universidad de Valencia, España, Colomer, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia (2013) refieren en su estudio "Prevención del embarazo en la adolescencia" lo siguiente: Las consecuencias de las lagunas que aún persisten en la educación sexual de los adolescentes se aprecian también, entre otros, en hechos como a) que entre un 15 y un 33% de los que declaran haber tenido relaciones sexuales no han usado ningún anticonceptivo por primera vez, porcentaje que se duplica en los que no han recibido educación sexual; b) que el coito interrumpido continua siendo el segundo anticonceptivo más utilizado (por detrás del preservativo y por delante de los anovulatorios) y c) que apenas uno de cada tres chicos y chicas conoce que es el doble método (p. 262).

El anterior estudio también indica que en España, como en el resto de Europa, se ha ido registrando una mayor precocidad de los adolescentes en el inicio de las relaciones sexuales, respecto a sus iguales de la última década del pasado siglo, con variaciones regionales y por sexo. Las estadísticas españolas al respecto indican una edad de inicio media de 16 años, pero es de 14 años en algunas publicaciones recientes que incluyen también adolescencia temprana. (p. 262).

La proporción de la población sexualmente activa entre los jóvenes de 15 a 19 años también ha ido en aumento progresivamente, situándose actualmente un 66% y siendo a los

15 años ya de alrededor del 18%. Este adelanto les expone a más riesgos, al aumentar también proporcionalmente el número de parejas y la frecuencia de otros riesgos de sexo no seguro, como falta de protección en sus primeras relaciones o las menores habilidades para la negociación de sexo seguro, constatadas en los de menor edad (Colomer *et al*., 2012, p. 262).

Aguirre *et al*., (2016), de la Clínica Universitaria de Colombia, en su estudio "Perfil psicosocial de adolescentes gestantes en dos instituciones de salud en Bogotá" hacen mención a lo siguiente: El embarazo adolescente conlleva una gran carga emocional que supone un esfuerzo considerable por afrontar la situación, así como ciertas características que hacen más vulnerables a algunas adolescentes que a otras; no obstante, en todas ellas se ven afectadas las decisiones que determinan su futuro y el del hijo (p.143).

Según, Figueredo *et al*., (2015), Para una adolescente el embarazo significa una singular adaptación: será una madre y por ende, asumirá una serie de responsabilidades con las cuales deberá cambiar de estilo de vida. Es frecuente que las jóvenes embarazadas manifiesten una serie de emociones que no saben manejar ante la presencia de su embarazo como alegría, amor, miedo, ira, confusión, tristeza, pánico, irritabilidad, además de la sensación de culpa generada por las creencias y estereotipos sobre la maternidad.

El embarazo es de por sí, una experiencia crítica en el desarrollo adolescente si a esto se le suma elegir un aborto inducido o un parto normal, se aprecia el conflicto interno ambivalente, aunado al rechazo social y a las múltiples responsabilidades. Si la joven decide interrumpir el embarazo se presenta el sentimiento de culpa además de reacciones afectivas violentas que bloquean su razonamiento (Figueredo *et al*., 2015, p. 23).

En la revista política de Harvard, Francesca, (2013), menciona en su estudio "El estigma y la mala educación en Ghana": A pesar de este descenso, el embarazo adolescente sigue siendo un tema que genera la pobreza, plantea riesgos para la salud, y limita el acceso a la educación. El Servicio de Salud de Ghana (GHS) en colaboración con el Servicio de Educación de Ghana (GES) y varias organizaciones no gubernamentales están implementando programas que tienen como objetivo prevenir y gestionar el tema del embarazo adolescente. Las limitaciones financieras, así como la resistencia cultural, sin embargo, están limitando el impacto de los proyectos.

Annicchiarico *et al*. (2013), también señala: En Ghana, comunidades e instituciones religiosas a menudo fruncen el ceño a los embarazos precoces, las cuales tienen implicaciones

médicas y sociales adversas para adolescentes embarazadas. "La gente aconsejan a los niños a no mezclarse con la niña embarazada", dijo Ariori, añadiendo que la cultura religiosa y local también contribuye a la estigmatización social. "Por ejemplo, cuando una niña queda embarazada y en la iglesia le dicen de sentarse en la parte trasera para que no la vean, o bien, que no vayan a la iglesia en absoluto".

En el artículo "Opiniones de profesionales de la salud sobre el embarazo en la adolescencia" realizado en la Universidad Católica de Uruguay, señala lo siguiente: La situación descrita, más allá de parecer común a un sector socioeconómico, es también el resultado o la expresión de patrones culturales transmitidos generacionalmente. En este sentido, los modelos de rol, las creencias y valores, las pautas de conducta que las familias en situación de pobreza tienden a transmitirles a sus hijos, conforman una plataforma que permea el proceso de construcción de sus identidades adultas, incidiendo en sus elecciones a nivel sexual, moral, educativo, laboral, político, entre otras. Berger (2004), citado por Silva, Leiva (2014), (p. 89).

La organización Mundial de la salud (2014) refiere que: El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

Por otro lado, la OMS (2014) también señala que: "Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo".

Las adolescentes menores de 16 años corren riesgo de defunción materna cuatro veces mayor que las mujeres entre 20 y 30 años con una tasa de mortalidad de sus neonatos del 50%. Precisan que las jóvenes requieren atención física y psicológica especializada durante el embarazo, parto y puerperio para garantizar su salud física y emocional; así como el bienestar del recién nacido. OMS (2009), citado por Figueredo *et al*., (2015, p. 20).

Un estudio llamado “El efecto del embarazo adolescente en el comportamiento sexual de los hermanos” elaborado en la Universidad de Yale en Connecticut, realizado por Anand, Kahn (2013) destaca lo siguiente: “Nuestros hallazgos indican que los hermanos menores tienden a ser influenciados por las acciones de sus hermanos mayores, lo que significa que los hermanos menores son un grupo particularmente vulnerable cuando se trata de embarazo adolescente y el comportamiento sexual de riesgo” (p.11).

Hernández *et al*. (2015), refieren en su estudio “Embarazo en la adolescencia”, lo siguiente: “La morbilidad en la gestación de la adolescente se puede clasificar por periodos; en la primera mitad de la gestación destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias por enfermedades placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna concomitante, anemia, síntomas de parto prematuro, rotura prematura de membranas, desproporción céfalo-pélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado” (p.96).

Los riesgos y daños que se pueden presentar en la adolescente no solo se advierten en la gestación, sino también en las etapas subsecuentes del acto obstétrico, es decir, en el parto y posparto, incluyendo al recién nacido. Por ejemplo, el factor Infección de Vías Urinarias (IVU) implica que adolescentes embarazadas y con ese factor tienen más probabilidades de presentar amenaza de aborto, presencia de contracciones uterinas antes del embarazo de término o parto prematuro (Jiménez *et al*., 2015, p. 830).

Con respecto a lo anterior, también se destaca que los Factores de Riesgo (FR) han sido clasificados en biológicos, psicológicos y sociales. Entre los FR biológicos se encuentran por ejemplo los relacionados con la contractilidad uterina en el trabajo de parto: número de contracciones uterinas que se presentan en 10 minutos, su intensidad y su duración durante la fase activa del trabajo de parto; mientras que en los de orden social se hallan: el nivel socioeconómico, la ocupación o la escolaridad; y dentro de los psicológicos estarían: la emotividad de la mujer ante el trabajo de parto. Continuando con el impacto en la salud de los factores de riesgo en las etapas de parto y posparto de adolescentes, estudios han descrito como principales daños el parto pretérmino y las muertes neonatales en hijos de madres adolescentes (Jiménez *et al*., 2015, p. 830).

Tanto en Colombia como en otros países de América Latina se han venido haciendo estudios relacionados con la caracterización de la población adolescente gestante, uno de los cuales fue el realizado por Fernández, Carro, Oses y Pérez (2004) en el Hospital Materno-Infantil Docente "Julio Trigo López" de La Habana (Cuba), en el cual los autores del mismo establecieron las características demográficas y obstétricas de este estrato poblacional. Los resultados de este estudio descriptivo de corte transversal establecieron que entre más jóvenes son las madres adolescentes, mayores son los factores de riesgo para el recién nacido (Aguirre, 2016).

Por otro lado, Hernández *et al*. (2015), también señala: "La adolescente que se embaraza se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con la depresión durante esta etapa. Entre estos factores se encuentran: el desarrollo propio de la adolescencia, que por ser un periodo lleno de cambios anatomofisiológicos y adaptativos modifican sustancialmente la calidad y expectativas de vida. Además, el embarazo, especialmente el primero, puede considerarse una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer" (p. 297).

Experiencias negativas de las mujeres en el estado grávido y el parto están asociadas con el estatus de depresión en el posparto y el bajo bienestar. Para que eso sea evitado, un buen acompañamiento a la adolescente en el servicio es imprescindible, desde el control prenatal, y una cuidadosa historia debe ser llevada con relación al miedo en el parto, complicaciones y experiencias en partos anteriores. Durante el parto, debe haber una buena comunicación entre la adolescente y el equipo de salud, y el control del dolor debe ser abordado (Jiménez *et al*., 2015, p. 830).

Alfaro, Álvarez Chacón, Cortes y Soto (2015), mencionan en su artículo "Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad" realizado en la Habana, Cuba: "El problema del embarazo en la adolescencia no tiene una causa específica, sino que es multifactorial. Diferentes autores destacan factores de riesgo biológicos y psicosociales en este grupo. Lo primero se refiere a que las adolescentes con menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazo, hay un aumento de las relaciones sexuales precoces y el empleo de los métodos anticonceptivos sigue siendo bajo. El segundo aspecto plantea que un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura o que el

funcionamiento familiar se afecte ante la presencia inesperada de una maternidad temprana en su núcleo" (p. 3).

Ateinzo, Campero, Estrada, Salazar, Suárez y Villalobos (2015), concluyeron en su estudio "Embarazo adolescente y rezago educativo, lo siguiente: Análisis de una encuesta nacional en México": Investigaciones previas señalan que existe una fuerte asociación entre la ocurrencia del embarazo y la probabilidad de abandono escolar. En otro contexto latinoamericano similar al de México, la posibilidad de abandonar la escuela entre mujeres que experimentan un embarazo o han tenido un hijo es mayor a cinco veces respecto de las que no han vivido esta experiencia. Los presentes resultados apuntan en esta misma dirección al observar que, al haber más de un embarazo, se tiene más del doble de posibilidad de rezago educativo (p. 141).

También, este mismo estudio indica que: "Cuando hay un evento reproductivo en la adolescencia, hay una baja posibilidad de que se asuman simultáneamente la maternidad y la escuela, pues es común que este último se posponga o bien se abandone como expectativa de vida. Al comparar la situación escolar de mujeres que posponen la maternidad con la de madres adolescentes, se observa que las últimas tienen menor probabilidad de terminar la educación básica; no obstante, el porcentaje puede variar según el estrato social. Así, en 2011 se registró que, entre las adolescentes de estratos sociales medio y alto, 11% continuó en la escuela cuando nació su primer hijo; en estratos de menores recursos esto sólo ocurrió en 1%" (Atienzo *et al*., 2015, p. 136).

Según Colomer *et al.* (2013), "las intervenciones educativas incluyen cualquier actividad diseñada para la disminución de la problemática como resultado de salud final, o de sus resultados intermedios, tales como mejorar los conocimientos, las habilidades y las actitudes de los adolescentes en relación con el sexo seguro, promover la reducción de la actividad sexual o reducir los comportamientos sexuales de riesgo conocidos" (p. 263).

"Aunque es evidente que muchas de estas intervenciones corresponden al ámbito familiar, escolar, comunitario, los profesionales sanitarios jugamos también aquí un papel, no solo apoyando a estos, sino también con funciones específicas tanto de servicios de atención primaria como desde los especializados en salud sexual y reproductiva" (Colomer *et al*., 2013, pp. 263-264).

Las intervenciones en salud sexual en los adolescentes tienen dos objetivos fundamentales: mejorar la calidad de las relaciones sexuales y reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual, tanto infecciones de transmisión sexual como de embarazos no deseados. La mejor estrategia sanitaria para evitar estos embarazos es por tanto la prevención primaria, siendo la educación sanitaria que se lleva a cabo en las consultas de atención primaria y en los centros escolares de vital importancia (Luaces *et al*., 2011).

En el estudio "Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo" refiere que el médico de la familia, dentro del marco de salud pública en Cuba, desempeña un rol importante en la atención de adolescentes, así como en la supervivencia y desarrollo de sus hijos. La atención obstétrica de las adolescentes, futuras madres, unidas al trabajo médico en equipo que incluyen psicólogos, trabajadores sociales, ayudan a fomentarles una conducta social oportuna y dar atención en los aspectos físicos, emocionales y sociales que forman la personalidad (López, 2012).

El médico de la familia, está en una situación privilegiada para indicar al adolescente la normalidad de las sensaciones, actividades sexuales en esta etapa de la vida y en años posteriores. De esta forma contribuir a la formación cada vez más completa de los hombres del mañana.

Las acciones hospitalarias entorno a la salud del adolescente debe basarse en el marco del respeto a sus derechos. Hay que considerarlas como seres con autonomía, capaces de tomar decisiones acertadas sobre su cuerpo y su bienestar. Además, hay que brindarles información en primer nivel de atención, que les permitan apropiarse de sus derechos, para demandar una educación sexual sin prejuicios, acceso a servicios de salud de calidad (privacidad y confidencialidad), con la debida sensibilización y capacitación del personal de salud, en todos los niveles de atención, para el adecuado abordaje de los programas de intervención (Bañuelos, 2015).

Los sistemas de prevención de embarazo en la adolescencia vigentes en Holanda han servido de modelo para muchos países europeos y lo son para otros muchos. En los estudios obligatorios y especificados en los programas y planes de estudios se incluyen valores, actitudes, habilidades de comunicación y negociación, así como los aspectos biológicos de la reproducción. Los medios de comunicación han alentado el diálogo abierto y claro sobre las relaciones sexuales y el sistema de salud garantiza el acceso a los métodos anticonceptivos, así como la absoluta confidencialidad (Castellano *et al*., 2012).

Antecedentes nacionales

Universidad Autónoma de Centro América (UACA)

Dicha universidad realiza pruebas de grado y no presenta tesis actualizadas.

Universidad de las Ciencias Médicas (UCIMED)

Dicha universidad realiza pruebas de grado y no presenta tesis actualizadas.

Universidad de Costa Rica (UCR)

Según Madrigal (2011), concluyó en su investigación "Factores de riesgo y protección relacionados con la familia del embarazo en la adolescente: "Las familias representan un papel muy importante en relación con los factores de riesgo y protección del embarazo durante la adolescencia, sin embargo, los niveles de evidencia en los estudios revisados son limitados y se requiere de estudios con niveles de evidencia tales como la metánalisis de estudios clínicos controlados aleatorizados, ensayos clínicos controlados aleatorizados, estudios causiexperimentales bien diseñados, que permitan realizar acciones de prevención y promoción" (p. 40).

Según Herrera (2011) concluyó en su estudio "Factores de riesgo psicosociales relacionados con el embarazo en las pacientes que acuden a la clínica de adolescentes del Hospital Calderón Guardia durante el periodo comprendido entre el 01 febrero del 2011 hasta el 31 de diciembre 2013": "Los factores que influyen ante un embarazo adolescente son la escolaridad, la edad de inicio de la vida sexual y el número de compañeros íntimos, así como el comportamiento sexual una vez iniciada las relaciones sexuales son los factores más determinantes para generar un embarazo en este tipo de población, y que un factor protector en el adolescente es cuando pertenece algún grupo religioso o juvenil" (p. 16).

Universidad Hispanoamericana (UH)

Dicha universidad tiene la opción de realizar pruebas de grado y tesis, y no presenta tesis actualizadas.

Universidad Iberoamericana (UNIBE)

Castillo, Ching, Sanabria (2015), concluyeron en su investigación "Nivel de conocimiento en el manejo de anticoncepción en adolescentes de 12 – 13 años de edad en el Liceo Alejandro Aguilar Machado, junio, 2015" lo siguiente: "Este tema es una realidad que se sigue viviendo hoy en día, donde el problema principal se muestra en que las adolescentes tiene un inicio sexual precoz y este sucede sin el pleno conocimiento de medidas de prevención para evitar embarazos o enfermedades de transmisión sexual, donde la mayoría son orientados a estas prácticas con el estímulo visto y/o escuchado en algún medio ya sea internet, televisión, o simplemente en conversaciones con amigos, compañeros, donde solo se incita a la práctica sexual sin enfocar aspectos importantes para considerar con la finalidad de evitar consecuencias futuras como para la educación y obtención de una vida sexual sana" (p. 30).

Universidad Internacional de las Américas (UIA)

No se encontraron tesis relacionados al tema de investigación.

Universidad Latina de Costa Rica

Dicha universidad realiza pruebas de grado y no presenta tesis actualizadas.

Universidad San Judas Tadeo

Dicha universidad realiza pruebas de grado y no presenta tesis actualizadas.

Proyecciones

Los logros que se desean obtener son los siguientes:

1) De acuerdo al tema de investigación se espera obtener un estudio del embarazo adolescente y sus repercusiones en el ámbito biopsicosocial en la madre y en el neonato mediante una exhaustiva revisión bibliográfica, para así mostrar a la comunidad universitaria la prevalencia y los factores de riesgo que predisponen a un embarazo a edades tempranas, además de informar a los padres de familia las formas de orientar a sus hijos por medio de recomendaciones, y a los adolescentes enseñar cómo prevenir un embarazo por medio de implementar charlas de educación sexual en todos los centros educativos, tanto para los adolescente como los padres de familia.

2) Detectar la prevalencia para así disminuir el embarazo adolescente, y los factores de riesgo que elevan las posibilidades de esta. Con el fin de identificar a tiempo el problema ya que ha venido en aumentos en las últimas décadas y así poder actuar antes que comiencen a ser perjudiciales para la sociedad. Al tratar de disminuir el embarazo adolescente garantiza un mejor estado de en el ámbito biopsicosocial de esta población.

3) El objetivo de esta investigación es estudiar de manera precisa cada factor y componente que predisponen a un embarazo adolescente y sus complicaciones tanto en la madre y como en el neonato.

CAPÍTULO II: MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se explican ciertos conceptos relevantes, factores de riesgo, datos epidemiológicos y complicaciones relacionadas en un embarazo adolescente, consideradas válidas y confiables. Se organiza y conceptualiza el estudio con el objetivo de observar que el embarazo en adolescentes ha sido abordado más como un problema de salud que conlleva a estudios sobre riesgos reproductivos que un problema sociocultural que involucra al sector educativo y al núcleo familiar. Ya que el embarazo adolescente es una problemática social que se le ha ubicado dentro de lo cultural, sin embargo, esta problemática implica tres dimensiones esenciales: educativa, de salud y familiar.

Es así, como a continuación se desarrollan algunos conceptos involucrados con la investigación a desarrollar.

Concepto de sexualidad

Según Gutiérrez (2004) dice que la sexualidad es fuente de comunicación y se presenta principalmente en tres zonas:

- Biológica, que se expresa en los aspectos fisiológicos.
- Erótica, relacionada con la búsqueda de placer.
- Moral, expresada en los valores y normas propias y de la sociedad.

Concepto de embarazo

Se entiende como embarazo un proceso fisiológico que pasa desde la implantación y finaliza cuando sucede el parto, es decir que el estado de embarazo no inicia desde que se fecunda el huevo sino hasta el día 7 al 14 de que se dio la fecundación del huevo y finaliza hasta el parto (OMS, 2012). Este concepto es apoyado por el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

Según el Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO): “El embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del conceptus en la mujer”.

Es decir que en ambos artículos respecto la definición del periodo de embarazo concuerdan que el embarazo inicia al momento de la implantación del cigoto y finaliza al nacimiento del bebé.

Fisiología materna

Con el embarazo se producen una serie de modificaciones anatómicas y funcionales que abarcan en mayor o en menor grado y casi sin excepción a todos los organismos y sistemas. Estos cambios representan la respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica impuesta por el feto (Duverges, Fescina y Schwarcz, 2005, p. 51).

Según Bloom, Cunningham, Gilstrap, Hauth, Leveno y Wenstrom (2005, p. 122): “Muchos de esos cambios notorios se inician poco después de la fecundación y continúan durante el embarazo y la mayor parte en respuesta a estímulos fisiológicos provenientes del feto”.

Muchas de esas adaptaciones fisiológicas podrían parecer anormalidades en aquella mujer que no está embarazada. Por ejemplo, los cambios cardiovasculares durante el embarazo normalmente incluyen incrementos sustanciales en el volumen sanguíneo y el gasto cardiaco, que pudieran simular una tirotoxicosis (Bloom *et al*., 2005, p.122).

Aparato reproductor

Útero

Cuando la mujer no está embarazada, el útero es una estructura sólida la cual pesa aproximadamente 70 gr., además, es una cavidad que tiene 10 ml o menos de volumen. Durante el embarazo, el útero se convierte en un órgano que posee una pared muscular delgada, el cual tiene capacidad suficiente para alojar al feto, la placenta y el líquido amniótico (Bloom *et al*., 2005, p.122).

Según Duverges *et al.* (2005), dentro las modificaciones anatómicas que experimenta el útero en el embarazo están:

- El volumen aumenta unas 24 veces
- La capacidad se considera unas 500 veces mayor, la cual representa un volumen de 4-5 l (pero puede ser de 20l o más)
- Puede llegar a pesar hasta 1kg.
- Las dimensiones se modifican (altura: 32-35cm, ancho: 24-26cm y en sentido anteroposterior 23-24 cm)
- Debido a la hipertrofia, el espesor de la pared aumenta hasta 2.5 o 3 cm, pero al final del embarazo esto disminuye, debido a la sobre distención de la pared (a final del embarazo, solo tienen 1.5cm o menos de grosor)

El crecimiento del útero en una mujer embarazada, implica distensión y notoria hipertrofia de las células musculares, además, el crecimiento de estas células se acompaña de un cúmulo de tejido fibroso, más que todo en la capa muscular externa, junto con un aumento del tejido elástico. En consecuencia, la red formada genera fortaleza a la pared (Bloom *et al*., 2005, p.122).

Según Bloom *et al.* (2005), en etapas tempranas del embarazo, la acción de los estrógenos y en parte de la progesterona estimula la hipertrofia, pero después de la semana 12, el aumento del tamaño uterino en parte tiene relación con la presión ejercida por el producto de la concepción.

En los últimos meses es más fácil palpar al feto debido al cambio en las paredes del útero, las cuales se vuelven delgadas, blandas y relativamente maleables. La posición en la que se encuentra la placenta también genera efecto en el grado de hipertrofia del útero, ya que la porción que rodea al sitio en donde se inserta la placenta, crece más rápido que lo demás (Bloom *et al*., 2005, p.122).

Según Bloom *et al.* (2005), el útero en las primeras semanas de gestación mantiene la forma de pera, el cual es la forma original del útero de una mujer no embarazada, pero conforme va avanzando el embarazo, tanto el cuerpo como el fondo del útero empiezan a adquirir una forma globular y ya a las 12 semanas se vuelven casi esféricos. Posteriormente, conforme el órgano va aumentando de tamaño, va aumentando más rápido en longitud que en anchura y adquiere una forma ovoide.

También, el crecimiento del útero genera que este entre en contacto con la pared abdominal anterior, desplazando los intestinos hacia arriba y hacia los lados, y conforme va a creciendo casi alcanza al hígado. Además, con el crecimiento del útero se ejerce tensión sobre los ligamentos anchos y redondos.

Cuando una mujer embarazada se encuentra en posición supina, el útero se apoya sobre la columna vertebral y vasos adyacentes, más que todo vena cava inferior y aorta.

En el primer trimestre, las contracciones que el útero experimenta son contracciones irregulares normalmente indoloras, sin embargo, durante el segundo trimestre, las contracciones pueden detectarse con exploración bimanual.

Durante el embarazo, la elasticidad aumenta y de esta manera, el útero impide su rotura. Por otro lado, es un útero grávido va a haber irritabilidad o excitabilidad y esta va aumentando conforme el embarazo avanza, siendo exacerbada por agentes físicos, tales como golpes o trepidación por viajes. Otra función que adquiere el útero de una mujer en embarazo es la retractibilidad, la cual se define como un estado de contracción permanente, la cual se puede diferenciar de una contracción verdadera en que esta es transitoria o pasajera (Duverges *et al.*, 2005, p. 69).

Cuello uterino

Los cambios que sufre el cuello uterino durante el embarazo se empiezan a ver desde etapas tempranas del embarazo, tanto así, que como al mes posconcepcional, este empieza a presentar reblandecimiento y cianosis prominente, esto se debe al aumento de vascularidad y edema de toda la estructura, además de sufrir hipertrofia e hiperplasia de sus glándulas. El principal componente del cuello uterino es el tejido conectivo, rico en colágena, el cual, durante el embarazo sufre un rearreglo necesario para permitir las diversas funciones como lo es el mantenimiento del embarazo hasta el término, la dilatación para facilitar el parto y su reparación después de la expulsión, para así lograr que se repita una gestación exitosa en un tiempo (Bloom *et al*., 2005, p.123).

Según Duverges *et al*. (2005, p. 71), los cambios desde el punto de vista histológico que sufre el útero son los siguientes:

- Hiperactividad de las células de reserva.
- Hiperplasia y metaplasia del epitelio glandular endocervical.

- Mitosis anormales con pluriestratificacion del epitelio glandular e hipercromasia nuclear, lo cual se conoce como signo de Arias-Stella.

Los cambios mencionados anteriormente, generan un aumento de sensibilidad epitelial.

El moco producido por las células de la mucosa endocervical obstruye el conducto del cuello uterino. Esto sucede poco después de la concepción y es un moco rico en inmunoglobulinas y citocinas. Además, funcionalmente, este moco actúa como una barrera defensiva al ascenso de gérmenes hacia la cavidad uterina.

Al inicio del trabajo de parto, este tapón de moco conocido como limos, se expulsa generando una pérdida sanguínea escasa transvaginal (Duverges *et al*., 2005, p.71 y Bloom *et al*., 2005, p.124).

Características funcionales: extensible, sensible, irritable (lo que genera que trasmita sus excitaciones al cuerpo uterino en forma de contracciones), retracción (lo que permite su cierre después del parto) y borramiento (consiste en afinarse y acortarse) (Duverges *et al.*, 2005, p.71).

Ovarios

Estas gónadas, sufren hipertrofia durante el embarazo, debido a un proceso de congestión y edema. Además, en uno de los ovarios se forma el cuerpo amarillo gravídico, el cual se forma en el sitio que fue asiento del folículo que salió el óvulo que después fue fecundado. Este cuerpo amarillo alcanza su mayor tamaño entre las semanas 9 y 17 de gestación, para posteriormente sufrir regresión hasta desaparecer, generando el corpus albicans, el cual ocupa su lugar (Duverges *et al.*, 2005, p. 68).

De acuerdo con Bloom *et al.* (2005, p. 124), la relaxina es una hormona que tiene como principal acción remodelar el tejido conectivo en el aparato reproductor, que permite así su acomodo al embarazo y parto exitoso. Esta es secretada por el cuerpo amarillo, la decidua y la placenta y el corazón, con un patrón muy parecido al de la Gonadotropina coriónica humana. Aun no se sabe con claridad cuál es el papel de la relaxina en el embarazo, sin embargo, se sabe que genera un efecto sobre la estructura bioquímica del cuello uterino, además de afectar la contractibilidad miometrial, lo que pudiese participar en el parto pretérmino.

Trompas y ligamentos uterinos

Estas presentan cierto grado de hipertrofia durante el embarazo, la cual es de predominio en la capa muscular, se debe a la que hay una mayor irrigación sanguínea e imbibición serosa, generando un aumento de laxitud.

"Los ligamentos uterosacros y redondos sufren un mismo proceso de hipertrofia que el resto del aparato genital. Los mismos se alargan de modo considerablemente y se ubican verticalmente a los costados del útero por el ascenso de su inserción uterina" (Duverges *et al.*, 2005, p.68).

Vagina y Periné

De acuerdo con Bloom *et al.* (2005, p. 125), la vagina durante el embarazo experimenta un aumento de vascularización, lo cual genera característico color violeta, además sufre hiperemia en la piel y músculos tanto del perineo como de la vulva. Además, aumenta de forma importante el grosor de la mucosa vaginal, la relajación del tejido conectivo y la hipertrofia de las células musculares lisas.

La vagina durante el embarazo sufre de modificaciones quimicobiológicas, bacteriológicas y citohormonales, dentro de las cuales se encuentran las siguientes.

- Modificaciones quimicobiológicas: Las secreciones del cuello uterino hacia la vagina van a aumentar y se caracteriza por ser una secreción espesa y blanca con un PH acido que va de 3.5 a 6, esto por la producción de ácido láctico a partir de glucógeno en el epitelio vaginal debido a la acción de Lactobacillus acidophilus (Bloom *et al*., 2005, p.125).
- Modificaciones bacteriológicas: Toda la extensión de la vagina está llena de gérmenes, desde el introito hasta el orificio cervical externo, sin embargo, estos gérmenes van a variar dependiendo de la zona de la vagina que sea.
    - En el tercio inferior y en la zona vestibular de la vagina, predominan los estreptococos, estafilococos y bacilos, esto se debe a la vecindad de los muslos y del ano.
    - En los dos tercios superiores de la vagina predominan los bacilos vaginales de Doderlein, el cual pertenece al grupo de los bacilos lácticos largos, los cuales

> condicionan el crecimiento del medio acido de la vagina, además de algunas propiedades inmunizantes locales (Duverges *et al.*, 2005, p. 72).

Piel

En las mujeres embarazadas puede ocurrir una diastasis de los rectos, la cual se origina porque los músculos de las paredes abdominales no soportan la tensión a la que son sometidos y los rectos abdominales se separan de la línea media (Bloom *et al*., 2005, p.125).

Otro fenómeno relevante que sucede en las mujeres embarazas es la aparición de las estrías, las cuales se presentan con una distribución topográfica típica, apareciendo en las zonas de mayor distensión de los tegumentos, siendo más numerosas a nivel de abdomen. En cuanto a la coloración de las estrías, esta es variada ya que las recientes que son producto del embarazo actual son rosadas y congestivas, a veces pigmentadas pero las antiguas, que pueden ser producto de embarazados anteriores son blancas y nacaradas (Duverges *et al.*, 2005, p. 53).

En cuanto a la pigmentación, durante el embarazo, se pigmenta de forma importante la línea alba, la cual adquiere un color oscuro convirtiéndose en la *línea negra*, pero también se acentúa la pigmentación de las areolas y la piel genital. Por otro lado, es común que aparezcan parches en la piel, los cuales pueden ser pardos y tener distintos tamaños, además de estar localizados en la cara y el cuello, lo anterior recibe como nombre cloasma o melasma del embarazo (Bloom *et al*., 2005, p.126).

En cuanto a la naturaleza de esos cambios pigmentarios, se ha relacionado con la acción de la hormona melanocitosestimulante, la cual está muy aumentada desde el segundo mes hasta el término del embarazo, y se ha visto concentrada en la orina de la mujer embarazada, pero se desconoce si produce en la hipófisis o en la placenta (Bloom *et al*., 2005, p.126 y Duverges *et al.*, 2005, p. 53).

Durante el embarazo, también se pueden ver cambios vasculares, los cuales consisten en elevaciones rojas diminutas en la piel, con mayor frecuencia en la cara, cuello, cara anterior del tórax y brazos. Estas alteraciones se conocen como angiomas o arañas vasculares y se encuentren en aproximadamente un 66% de las mujeres blancas y un 10% de las mujeres negras en embarazo. Además, se puede encontrar eritema palmar en el 66% de las mujeres de raza blanca y en un 33% en las mujeres de raza negra. Estas alteraciones comúnmente

desaparecen poco después del parto y carecen de importancia clínica (Bloom *et al*., 2005, p.126).

Mamas

Las mamas experimentan cambios importantes dentro de los cuales se destacan: durante las primeras semanas del embarazo, aparece hipersensibilidad y punzadas a nivel de las mamas; posteriormente, después del segundo mes las mamas empiezan a aumentar su volumen y a hacerse visible unas delicadas venas bajo la piel (Bloom *et al*., 2005, p.126).

En cuanto a los pezones, estos se tornan más grandes, pigmentados y eréctiles y las areolas se vuelven más anchas e intensamente pigmentadas. Durante los primeros meses, se puede extraer una secreción espesa amarillenta de los pezones, la cual se denomina calostro. Es importante recalcar que el tamaño mamario pregestacional y el volumen de producción de leche no tiene relación (Bloom *et al*., 2005, p.126).

Cambios metabólicos

Los cambios metabólicos experimentados en el embarazo se deben a las mayores demandas del feto y la placenta durante el crecimiento rápido. Dentro de estos cambios se pueden mencionar aumento del peso, cambios a nivel del metabolismo de las proteínas, agua, carbohidratos, grasas, electrolitos y minerales (Duverges *et al.*, 2005, p. 52).

Aumento de peso

Es normal que la mujer embarazada experimente un aumento de peso, en donde se dice que el aumento promedio de peso durante la gestación sea de 12.5 kg. Los responsables del aumento de peso son: crecimiento progresivo del feto, placenta y líquido amniótico, crecimiento del útero y de las mamas y también un aumento del líquido extracelular, el cual corresponde a líquido intersticial y el plasma (Duverges *et al.*, 2005, p. 52).

Metabolismo del agua

En condiciones normales, durante el embarazo se produce retención de agua, la cual representa más de la mitad del incremento del peso corporal. La cantidad que agua que se retiene es aproximadamente de 6000 ml, la cual esta mediada por una disminución de la

osmolaridad de casi 10 mOsm/ kg, producto de un reajuste de los umbrales osmóticos para la sed y la secreción de la vasopresina.

Se puede observar edema, el cual se demuestra fácilmente por la formación de fóveas en tobillo y piernas casi todas las mujeres en embarazo, más que todo al final del día. Esto se debe a un aumento en la presión venosa por debajo del nivel del útero como consecuencia de la oclusión parcial de la vena cava (Bloom *et al*., 2005, pp.126 – 127 y Duverges *et al.,* 2005, pp. 51-52).

Metabolismo de las proteínas

"Los productos de la concepción, el útero y la sangre materna son relativamente ricos en proteínas, más que en grasas y carbohidratos" (Bloom *et al*., 2005, p.127).

En el término del embarazo el feto junto con la placenta pesan alrededor de 4kg y contienen alrededor de 500g de proteínas, los cuales representan la mitad del incremento gestacional total. Los restantes 500g son parte del útero como proteínas contráctiles, también de las mamas sobre todo en las glándulas y de la leche materna como proteínas plasmáticas y hemoglobina (Bloom *et al*., 2005, p.127).

Metabolismo de los carbohidratos

El aumento de la cifra basal de la insulina durante el embarazo se relaciona con varias respuestas exclusivas ante la ingestión de la glucosa. Lo anterior se demuestra cuando se produce hiperglicemia e hiperinsulinemia prolongada, con mayor supresión del glucagón debido a la ingesta de glucosa, lo cual es compatible con un estado de resistencia a la insulina inducida por el embarazo, para poder asegurar un aporte postprandial sostenido de glucosa para el feto (Bloom *et al*., 2005, p.127).

No se sabe con claridad cuáles son los mecanismos encargados de la resistencia a la insulina, sin embargo, se cree que los estrógenos y la progesterona podrían actuar como mediadores de esa resistencia, ya sea de manera directa o indirecta. Una mayor concentración de ácidos grasos puede favorecer a la resistencia a l la insulina, por ende, es importante saber que el lactógeno placentario aumenta conforme avanza el embarazo, la cual estimula a la GH y esta puede causar mayor lipólisis y liberación de ácidos grasos (Bloom *et al*., 2005, p.128).

Cambios Hematológicos

Durante el embarazo, el volumen sanguíneo de la mujer aumenta, de manera que en un embarazo a término el volumen sanguíneo es de un 40% - 45% de aquella mujer que no está embarazada. Esta expansión se debe a un incremento del plasma y de los eritrocitos, pero sobre todo, de plasma (Bloom *et al*., 2005, p.129).

Según Duverges *et al*. (2005, p. 54), "EL volumen plasmático comienza a elevarse a partir de la 10 semana del embarazo, para alcanzar su máximo hacia las semanas 30- 34". La hipervolemia inducida por el embarazo, tiene varias funciones importantes:

- Cubrir las demandas de un útero en crecimiento, el cual presenta un sistema vascular muy hipertrófico.
- Brindarle protección tanto a la madre como al feto contra los efectos del retorno venoso en las posiciones supina y erecta.
- Proteger a la madre contra los efectos adversos de la perdida sanguínea que ocurre en el parto (la cual es una pérdida de alrededor 500-600 ml por un solo producto (Bloom *et al*., 2005, p.129).

En cuanto al tamaño y el contenido del hematocrito y el de la hemoglobina durante el embarazo decrece, esto a pesar del aumento de la eritropoyesis y esto genera que una disminución de la viscosidad de la sangre. En las mujeres que no están embarazas y que se encuentran sanas y bien nutridas la concentración de la hemoglobina es entre 13-14g/ 100 ml y esta puede descender hasta 11g/ 100 ml durante las 32-35 semanas de gestación, inclusive en el 6% de las mujeres gestantes podría encontrarse por debajo de 11 g/ 100 ml. (Bloom *et al*., 2005, p.129 - 130 y Duverges *et al*., 2005, p. 54).

El hematocrito, según Duverges *et al*. (2005, p. 54), este "disminuye en forma paralela a la concentración de hemoglobina, considerándose como límite mínimo normal 33% hacia las 34 semanas.

El hierro en el embarazo cuenta con requerimientos especiales los cuales alcanzan casi 1000 mg en total, de los cuales aproximadamente 300 mg se transportan te forma activa al feto y a la placenta y 200 mg aproximadamente se pierden por vías de excreción, siendo prominente el tubo digestivo. Estas pérdidas son obligatorias sin importar la deficiencia de hierro que podría presentar la mujer (Bloom *et al*., 2005, p.130).

Como ya se mencionó anteriormente, durante el embarazo se da un aumento de la eritropoyesis, en donde va a hacer un volumen total de eritrocitos circulantes de

aproximadamente 450 ml durante la gestación y cuando se dispone de hierro hace uso de casi 500 mg de hierro porque 1ml de eritrocitos contiene 1.1mg de hierro. Prácticamente todo el hierro se usa para la segunda mitad del embarazo, ya que, en ese momento, los requerimientos de hierro aumentan considerablemente, requiriendo en promedio de 6-7mg al día (Bloom *et al*., 2005, p.130).

Con respecto al sistema inmunitario, este presenta supresión de diversas funciones inmunitarias humorales y mediadas por células, con el objetivo de aceptar el injerto fetal semialogénico "extraño". Thellin y Heinen, 2003, citado por Bloom *et al.* (2005, p. 130).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente se produce una supresión de las células T auxiliares (T- helper, Th) 1 y T citotóxicas 1, lo cual disminuye la secreción de interleucina 2, interferón gamma y el factor de necrosis tumoral beta, y hay ausencia de interferón alfa. Pero también durante el embarazo se pueden presentar incrementos en ciertos parámetros de la función inmunitaria como lo es el aumento de las células Th2, lo cual genera aumento de la secreción de IL-4. IL-6 e IL-13. En el moco del cuello uterino, las cifras máximas de inmunoglobulinas A y G son mucho mayores en comparación con las mujeres que no están embarazadas y menstrúan (Bloom *et al*., 2005, p.131).

En cuanto a las cifras de leucocitos, estas varían desde 5000 hasta 12000 en un embarazo normal, sin embargo. Durante el trabajo de parto y el puerperio temprano estas cifras pueden aumentar hasta 25 000 e incluso mayores (Duverges *et al.*, 2005, p. 56).

Con respecto a la coagulación durante el embarazo, los factores VII, VIII, XI Y X se encuentran aumentados, mientras que la protrombina y los factores V, XI y XII no presentan cambios. También, los tiempos de sangría y de coagulación no varían de manera importante, pero la tasa de protrombina si aumenta (Duverges *et al.*, 2005, p. 56).

La concentración de fibrinógeno aumenta casi al 50%, hasta un promedio de 450 mg/ ml en etapas avanzadas del embarazo, presentando un límite de 300- 600mg/ dl. También, los complejos solubles de fibrina y fibrinógeno de alto peso molecular, circulan en el embarazo normal y la concentración sérica de dímero D, aumenta conforme su edad gestacional (Bloom *et al*., 2005, p.131).

"No está claro el efecto del embarazo, sobre las plaquetas. Mientras que en algunos estudios se informan aumentos, otros muestran descensos y otros ningún cambio" (Duverges *et al.*, 2005, p. 56).

Cambios en el Sistema Cardiovascular

Durante el embarazo, existen múltiples factores que contribuyen a cambios en la función hemodinámica global y le permiten al sistema cardiovascular acomodarse de acuerdo a las demandas fisiológicas del feto, además de mantener la integridad cardiovascular materna. Los cambios de mayor importancia en la función cardiaca se presentan en las primeras 8 semanas del embarazo (McLaughlin y Roberts, 1999, citado por Bloom *et al.* 2005, p. 132).

El gasto cardiaco se aumenta desde etapas tempranas del embarazo, debido a una disminución de la resistencia vascular sistemática y un aumento en la frecuencia cardiaca. En etapas avanzadas del embarazo, el gasto cardiaco es mucho mayor cuando la mujer se encuentra en decúbito lateral que cuando se encuentra en posición supina ya que en esta última posición el útero crecido impide el retorno venoso y esto genera que merme el gasto cardiaco, lo cual puede causar hipotensión arterial en el 10% de las mujeres, fenómeno conocido como Síndrome de hipotensión supina (Bloom *et al*., 2005, pp. 132-333, 135).

En el trabajo de parto, durante el primer periodo el gasto cardiaco va a aumentar de manera moderada mientras que en el segundo periodo el aumento es mucho mayor (Bloom *et al*., 2005, pp.132 - 133).

Cuando los embarazos son múltiples, el gasto cardiaco materno es mayor por casi un 20%, lo cual es producto a un mayor volumen sistólico (15%) y el aumento de la frecuencia cardiaca (3.5%) (Bloom *et al*., 2005, p.133).

El en corazón como tal, dentro de los cambios que se pueden dar en este durante el embarazo son:

- La frecuencia cardiaca aumenta casi 10 lpm.
- La ubicación del corazón cambia un poco, debido a que el diafragma se eleva progresivamente y esto genera que el corazón se desplaza a la izquierda y hacia arriba y al mismo tiempo rota sobre su eje longitudinal, produciendo que la punta del corazón se dirija hacia afuera desde su posición fuera del embarazo y se observa un aumento de tamaño de la silueta cardiaca en las radiografías.
- Los cambios mencionados anteriormente dependen del tamaño y posición del útero, las configuraciones del abdomen y del tórax y del tono de los músculos abdominales.

- Se puede observar en mujeres embarazadas cierto grado de derrame pericárdico benigno, que pudiese hacer crecer la silueta cardiaca.
- Con respecto al ECG, un embarazo normal no produce cambios electrocardiográficos característicos, solo se da una ligera desviación del eje hacia la izquierda como producto de la alteración de la posición cardiaca.
- El tamaño del ventrículo izquierdo se aumenta como consecuencia de su crecimiento excéntrico que incrementa la razón entre el diámetro y la cavidad y el grosor de la pared y de esta manera su dimensión diastólica terminal.

Con respecto a la presión arterial, la presión diastólica y sistólica experimentan un descenso en la primera mitad de la gestación, el cual puede ir de 5-10 mmhg y ya para el término se logra alcanzar los valores pregravídicos. Si la mujer embarazada sufre de un ascenso de la presión sistólica por encima de 140mmhhg y de la presión diastólica por encima de 9 mm hg, debe ser investigada la causa porque se puede tratar de una enfermedad asociada al embarazo. Por el contrario, si los valores de presión sistólica están por debajo de 95 mmhg y la sistólica por debajo 55 mmhg pueden presentarse complicaciones fetales (Duverges *et al.*, 2005, p. 58).

Durante el trabajo de parto las contracciones uterinas provocan un ascenso de la presión arterial sistémica sistólica y diastólica, el cual puede ser de 10-12 mm hg. Esto se debe a que en cada contracción mayor de 25-30 mm hg de presión amniótica, se expulsa del útero de 250-300 ml de sangre, lo que genera un incremento del volumen minuto cardiacos (Duverges *et al.*, 2005, p. 58).

Cambios en el Aparato respiratorio

Según Bloom *et al.* (2005, pp. 136 - 137), durante el embarazo, se presentan ciertos cambios fisiológicos, dentro de los cuales están:

- El diafragma se eleva casi 4 cm durante el embarazo y el ángulo subcostal se amplía conforme la caja torácica aumenta casi 2 cm de manera transversal. También, la circunferencia torácica aumenta casi 6 cm, lo cual no es suficiente para impedir una disminución en el volumen residual de aire en los pulmones, producto de la elevación del diafragma.

Con respecto a los cambios de la función pulmonar:

- El volumen ventilación pulmonar, el volumen ventilatorio por minuto y la captación por minuto de oxígeno aumentan de manera importante conforme avanza la gestación.
- La capacidad respiratoria máxima y la capacidad vital forzada no sufren modificaciones notorias, mientras que la capacidad residual y el volumen residual de aire se disminuyen, producto de la elevación del diafragma.
- La distensibilidad pulmonar no se afecta durante el embarazo, así como la frecuencia respiratoria varía poco.
- Se genera un aumento en la conducción de las vías respiratorias pero una disminución en la resistencia pulmonar total, debido a la acción de la progesterona.
- La cantidad de oxígeno que entra a los pulmones en el embarazo debido al aumento del volumen de ventilación. Sobrepasa la necesidad de oxígeno de estas condiciones. También, la cantidad de hemoglobina y su capacidad de acarreo de oxígeno aumenta, así como el gasto cardiaco, lo cual genera una disminución de la diferencia arteriovenosa de oxígeno.

En el embarazo se presenta un mecanismo llamado disnea fisiológica, la cual se produce por el aumento del volumen de ventilación pulmonar, que disminuye ligeramente la PCO2 sanguínea generando disnea. Se cree que lo anterior en gran parte es inducido por la progesterona estimulando directamente el centro respiratorio y en menor grado por los estrógenos (Bloom *et al*., 2005, p.137).

Producto de lo anterior surge una alcalosis respiratoria, la cual para compensarla se disminuye los niveles de bicarbonato, en donde de 26 pasa a 22 mml/l y esto genera que el pH sanguíneo apenas aumente, lo cual desvía la curva de disociación de oxígeno a la izquierda y aumenta la afinidad de la hemoglobina materna por el oxígeno, lo que se conoce como efecto Bohr. Este efecto disminuye la capacidad de liberación de oxígeno de la sangre materna. Por ende, la hiperventilación que genera la disminución de la PCO2 materna facilita el transporte de dióxido de carbono del feto de la madre a la madre, pero sí altera el transporte de oxígeno desde la madre hacia el feto (Bloom *et al*., 2005, p.137).

Cambios en el aparato urinario

Se pueden observar varios cambios con respecto al sistema urinario durante el embarazo a nivel de riñones, uréteres y vejiga principalmente.

Con respecto al riñón, su tamaño aumenta ligeramente y funcionalmente, desde las primeras semanas de embarazo se observa un aumento del flujo sanguíneo y del flujo plasmático renal. Según Duverges *et al*. (2005, p. 60), "La velocidad de filtración glomerular aumenta hasta 140ml/min en las primeras semanas de embarazo".

Así como es afectada la presión arterial por el embarazo, la posición materna puede tener una importante influencia en la función renal. Por ejemplo, en etapas avanzadas del embarazo, el flujo urinario y la excreción de sodio tienen un promedio una tasa menor de la mitad en posición supina en comparación de si la mujer se encuentra en decúbito lateral (Bloom *et al*., 2005, p.138).

Por otro lado, la velocidad de filtración glomerular y el flujo plasmático y sanguíneo renal son menores en decúbito dorsal y cuando la mujer se encuentra de pie que en decúbito lateral. Esto sucede porque en posición dorsal o de pie los uréteres se encuentran obstruidos por la compresión que ejerce el útero en crecimiento y también porque el útero en estas posiciones obstruye y comprime la vena cava inferior, lo cual no se observa en decúbito lateral. Esto genera una disminución del volumen circulante y el gasto cardiaco lo que justifica el descenso del flujo plasmático renal y de la filtración glomerular (Duverges *et al*., 2005, p. 61).

Durante el embarazo se puede alterar los resultados de las pruebas de función renal. Por ejemplo, según Bloom *et al*. (2005, p. 138), la creatinina sérica y el nitrógeno de urea disminuyen a 0.5 y 0.9 mg/100 ml, respectivamente, por tanto, las cifras de 0.9 y 1.4 m/100 ml sugieren enfermedad renal subyacente e indican valoración adicional.

La depuración de creatinina es una prueba útil para valorar la depuración renal durante el embarazo, ya que se hace una recolección completa de la orina durante el periodo preciso. Durante el día, las embarazadas acumulan agua en forma de edema de partes declives y durante la noche en la posición de decúbito movilizan ese líquido y lo excretan a través de los riñones, lo cual puede causar nicturia y una orina más diluida (Bloom *et al*., 2005, p.138).

La glucosuria durante no es del todo anormal, ya que el aumento de la filtración glomerular y la alteración de la capacidad de resorción tubular de la glucosa filtrada producen la mayor

parte de los casos de glucosuria, Sin embargo no debe ignorarse la posibilidad de DM cuando esta se detecta. Por otro lado, la proteinuria, no es evidente durante el embarazo, a excepción de trabajos de parto vigorosos. La hematuria sugiere diagnóstico de enfermedad de vías urinarias, esto cuando no es producto de contaminación mientras se obtenía la muestra (Bloom *et al*., 2005, p.138).

Con respecto a los uréteres, dentro de los cambios anatómicos se encuentran dilatación y acodaduras y desplazamiento lateral por encima del estrecho superior, sin tener modificaciones en el uréter pelviano. Estos cambios son bilaterales, pero con mayor prominencia de lado derecho y generalmente aparecen, después de la semana 19. También, el tono muscular ureteral disminuye por acción de los altos niveles de progesterona (Duverges *et al.*, 2005, p. 61).

Desde el punto de vista funcional, los uréteres no modifican su frecuencia contráctil. La amplitud de las contracciones desciende solo en zonas muy cercanas a la vejiga, en las cuales la disminución es a veces tan acentuada que los uréteres presentan abolición completa de su peristaltismo (Duverges *et al.*, 2005, p. 61).

La contracción de la vesícula biliar durante el embarazo disminuye, lo cual produce un aumento del volumen residual. Se cree que la progesterona es responsable de la alteración en la contractibilidad de la vesícula biliar al inhibir la estimulación del músculo liso, la cual es mediada por colescitocinina, quien es el principal regulador de la contracción vesicular (Bloom *et al*., 2005, p.140).

Esta alteración en la contractibilidad causa estasis biliar, vinculad con el aumento de colesterol gestacional, lo cual explica la mayor prevalencia de los cálculos renales en multíparas. Los efectos del embrazo en la concentración sérica materna de ácidos biliares, se han caracterizado de manera incompleta a pesar de la conocida propensión que hay en el embarazo de causar colestacis intrahepática por retención de sales biliares. También, se ha relacionado esta con cifras altas de estrógenos circulantes, que inhiben el transporte intraductal de ácidos biliares (Bloom *et al*., 2005, p.140).

Cambios en el Aparato digestivo

El aparato digestivo durante el embarazo puede sufrir cambios, tanto a nivel morfológico como funcional, dentro de los cuales se puede observarlos a nivel de la cavidad oral, esófago, estómago e intestinos, entre otros.

Con respecto a lo anterior se puede producir tumefacción e hiperemia de las encías causadas por hipovitaminosis C, además de que estas pueden sangrar con facilidad por traumatismos leves, como el cepillado dental. En el esófago se puede presentar acortamiento, y es común durante el embarazo la presencia de pirosis, producto tanto de la posición alterada del estómago y el menor tono del esfínter esofágico. Además, durante el embarazo las presiones intraesofágicas son menores y las intragástricas son mayores (Bloom *et al*., 2005, p.140 y Duverges *et al.*, 2005, p. 62).

El estómago y los intestinos van a ser desplazados por el útero en crecimiento, lo cual puede complicar el diagnóstico en diferentes patologías, además, el apéndice, producto del crecimiento del útero se desplaza hacia arriba y afuera. Otra característica del estómago, es que este sufre dilataciones en distintas zonas, como lo es el cardias y el píloro con atonía (Bloom *et al*., 2005, p.140 y Duverges *et al.*, 2005, p. 62).

Es frecuente la presencia de hemorroides durante el embarazo, las cuales se producen en su mayoría por estreñimiento y aumento de la presión venosa que sucede por debajo del útero en crecimiento (Bloom *et al*., 2005, p.140).

Con respecto al hígado, no se han mostrado grandes cambios en cuanto a la morfología hepática durante el embarazo, pero sí algunas pruebas de laboratorio utilizadas para valorar la función hepática pueden dar resultados distintos durante el embarazo. Por ejemplo, la actividad de la fosfatasa alcalina sérica casi que se duplica en un embarazo normal, esto sucede en gran medida por las isoenzimas de la fosfatasa alcalina placentaria termoestables. También, "la concentración sérica de la albumina decrece durante el embarazo" a niveles cercanos de 3.0g/100ml en etapas avanzadas del embarazo (Bloom *et al*., 2005, p.140).

La contractibilidad de la vesícula biliar durante el embarazo es menor, lo que genera un aumento del volumen residual. Se ha relacionado a la progesterona con esta disminución, al inhibir la estimulación de músculo liso mediada por colecistocinina, el cual se conoce como el principal regulador de la contracción vesicular. Esta alteración en la contractibilidad causa estasis y es vinculada con el aumento de la saturación de colesterol gestacional, lo cual explica parcialmente la mayor prevalencia de cálculos de colesterol en mujeres multíparas (Bloom *et al*., 2005, p.140).

En cuanto al páncreas, según Duverges *et al*. (2005, p. 63), "la función endocrina o insulínica, produce un manifiesto desarrollo de los islotes de Langerhans, lo que coincide con una ligera hipersecreción de insulina.

Concepto de adolescencia

En cuanto el término adolescencia como tal no ha sido fácil, ya que, su caracterización depende de una serie de inconstantes tales como ubicación geográfica, estrato socioeconómico, origen étnico, periodo de la adolescencia, entre otros.

Según la OMS (2012): "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".

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2002): "La adolescencia es una de las fases de la vida más fascinantes y quizá más complejas, una época en que la gente joven asume nuevas responsabilidades y experimenta una nueva sensación de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, aprenden a poner en práctica valores aprendidos en su primera infancia y a desarrollar habilidades que les permite convertirse en adultos atentos y responsables" (p.1).

Según el Ministerio de Educación Pública (MEP, 2012) citando a Krauskopf (1995): "El periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanza su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio" (p. 23).

De acuerdo con Gamboa *et al*. (2013) la adolescencia se le puede dividir en tres etapas:

1. 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.

2. Adolescencia media (14 a 16 años) Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo

valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años). Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Embarazo adolescente

Según (Alfaro, 2015): "Maternidad temprana es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad y el final de la adolescencia".

Según (Castellano, 2012) lo define como: "Aquel que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años".

Según la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, 2011): "El embarazo adolescente es prevenible, pero requiere un enfoque multisectorial, interinstitucional e inter-programático, así como enfoque de ciclo vida con el fin de tener éxito".

Esto quiere decir que con una orientación adecuada el índice de embarazos adolescentes puede disminuir satisfactoriamente con un enfoque en múltiples secciones donde se observa la problemática y atacar el problema de raíz.

Causas del embarazo en la adolescencia

Ya 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.

Las principales causas o razones que existen en la sociedad y que influyen en una adolescente para quedar embarazadas, según Gamboa (2013) 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.
- 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.
- La falta de una buena educación sexual.

Factores de Riesgo

- Estilo de vida: Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol, abuso de drogas; alimentación muy deficiente. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones y dependencia química.
- Enfermedades de Transmisión Sexual por la promiscuidad.
- La falta de educación en estas áreas, agravan los riesgos de la adolescente embarazada.

Epidemiología

Panorámica internacional del embarazo en adolescentes

De acuerdo con la OMS anualmente alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz –lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo y para reducir el número de embarazos precoces recomienda contar con leyes y actividades comunitarias que apoyen la edad mínima para contraer matrimonio, así como un mejor acceso a la anticoncepción.

Con relación a América Latina, el documento Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada completa, emitido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, indica que de acuerdo al informe del Estado de la Población Mundial por cada mil nacimientos que ocurren en América del sur 74 provienen de mujeres adolescentes, con un rango de entre 55 y 90 por 1000, para los países andinos. También se establece que los embarazos en adolescentes representan aproximadamente el 18 por ciento de todos los embarazos en el área andina.

En Bolivia, entre el 2003 y el 2008, la proporción de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años se incrementó del 14.7% al 18%. Más del 25% de las madres adolescentes apenas han concluido la educación primaria.

Asimismo, sólo una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas usan algún método anticonceptivo, a pesar de que el conocimiento sobre el tema alcanza cerca de un 92%. Además, la proporción de embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años es cercana al 21%; lo más alarmante es que hay un 9% de adolescentes menores de 13 años que han estado embarazadas o ya son madres.

En Colombia, entre 1995 y 2010, la fecundidad adolescente se redujo de 89 a 84 por 1000, aunque, en 2005, llegó a 90 por 1000. Sin embargo, el porcentaje de madres o adolescentes embarazadas era de 17.4% en 1995, 20% en 2000 y 19% en 2010.

En Chile, para el año 2004, según datos del Departamento de Información y Estadísticas del Ministerio de Salud (DEIS), de los 33 507 niños nacidos, hijos de madres entre 15 y 19 años, solamente el 88 por ciento fue primogénito/a.

En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años, sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez (ENDEMAIN, 2004). La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años es del 9% (Documento de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, 2010). La tendencia de la fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina, llegando a 100 por 1000 nacidos vivos.

En Venezuela, la población adolescente representa el 21 por ciento de la población total, y las adolescentes entre 15 y 19 años, el 21% de las mujeres en edad fértil. El 23.35% de los nacimientos vivos registrados en este país, ocurren en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad, mientras que la tasa específica de embarazo entre este grupo de edades es de 89,40 por 1000 mujeres.

Para estos países, tres son algunos de los factores considerados como determinantes para el embarazo en la adolescencia:

- El inicio temprano de las relaciones sexuales.
- El matrimonio antes de los 20 años, asociado a la maternidad (que se presentan más en las áreas rurales).
- El bajo uso de métodos anticonceptivos. Asimismo, a través de estos factores actúan otras determinantes de carácter estructural, como la pobreza, las inequidades sociales y las relaciones de subordinación de género y la violencia contra las mujeres.

Panorámica nacional del embarazo en adolescente

Durante los últimos tiempos, el embarazo adolescente ha adquirido una importancia mayor y se ha convertido en un tema de relevancia en salud pública. Esto se debe a que la tasa de incidencia a nivel nacional ha ido en incremento en los últimos años.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2012), el porcentaje de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años aumentó de 16,6 en 1992 a 19,4 por ciento en 2012, mientras que todos los demás grupos disminuyeron su peso relativo. Esto indica que para el 2012, casi un 20 por ciento de los nacimientos fueron de madres adolescentes de 19 años o menos.

Distribución de los nacimientos según grupos de edades
1992 y 2012

Grupos de edad	Nacimientos			
	1992		2012	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	**80 164**	**100,0**	**73 326**	**100,0**
15 a 19	13 303	16,6	14 260	19,4
20 a 24	22 979	28,7	20 952	28,6
25 a 29	20 969	26,2	18 470	25,2
30 a 34	13 967	17,4	12 646	17,2
35 a 39	6 979	8,7	5 530	7,5
40 a 44	1 834	2,3	1 394	1,9
45 y más	132	0,2	73	0,1

Fuente: Unidad de Estadísticas Demográficas 1992 y 2012, INEC.

En Costa Rica, la mayor parte de adolescentes madres pertenecen a una población de un estrato socioeconómico bajo, compuesto por niñas que viven en zonas rurales, tienen menor nivel educativo (Vindas, 2013).

Con respecto a la etnia, González (2012), citado por Vindas (2013), estima que un porcentaje importante de madres adolescentes en el país son indígenas o extranjeras. El porcentaje de adolescentes indígenas con al menos un hijo es del 18,9%, De forma similar, el porcentaje de adolescentes extranjeras con hijos es del 19,5%, mientras que en las costarricenses es del 8,3%.

En cuanto a la distribución geográfica, González (2012) señala que las adolescentes con al menos un hijo llegan al 10,8% en la zona rural y al 8,4% en la zona urbana. Asimismo, los cantones que muestran mayor proporción de adolescentes madres se encuentran en su mayoría en las zonas costeras y limítrofes del país, siendo el cantón de Talamanca quien presentó la mayor proporción de adolescentes con hijos (19,3%), mientras que el cantón de Belén presentó el menor porcentaje (4.6%) (Vindas *et al*., 2013).

El estudio mencionado anteriormente, refiere que el porcentaje de madres adolescentes que conviven con su pareja va aumentando con respecto aumenta la edad. Así, entre las adolescentes menores de 15 años, el 89.5 % tuvo a su hijo sin estar unida a una pareja, mientras que entre las adolescente de 15 a 17 años ese porcentaje disminuye al 73.9 (Vindas *et al*., 2013).

Complicaciones de un embarazo adolescente

El embarazo en adolescentes en una prioridad de atención en este grupo etario, ya que este genera efectos tanto en la salud de la madre como en la salud del niño.

Según Castellano *et al.* (2012), Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, y es por esto que las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres entre las edades de 15 y 19 en países en desarrollo y desarrollados. Las complicaciones del embarazo adolescente no solo se reflejan desde el punto de vista médico, este también va a repercutir a nivel social, psicológico y económico.

Complicaciones médicas maternas

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquía, por ende, los embarazos que se dan en los primeros cinco años después de la menarquía (menor a 15 años) tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones maternas y perinatales (Peláez, 2015).

La complicaciones en el embarazo adolescente se puede clasificar de acuerdo a la frecuencia con la que se presenta la complicación dependiendo del periodo de gestación de la madre, es decir, en la primera mitad de la gestación, se destacan el aborto o amenaza de aborto, la anemia, las infecciones urinarias y la bacteriuria asintomática. En la segunda mitad la preeclampsia, las hemorragias por enfermedades placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna concomitante, anemia, parto prematuro, amenaza de parto pretermino, rotura prematura de membranas, desproporción céfalo-pélvica por desarrollo incompleto de la pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado (Hernández *et al*., 2015, p. 296).

Lo anterior determina la importancia de llevar a cabo un adecuado control prenatal. La desnutrición materna es un factor relevante en la morbilidad maternofetal, ya que influye en el resultado de un neonato de bajo peso y esta consecuencia adquiere mayor fuerza cuando la madre no tuvo una ganancia de peso suficiente durante su embarazo.

La anemia es una complicación frecuente en el embarazo adolescente, esto se puede deber a una ingesta alimentaria inadecuada, ya que las adolescentes tienen más predisposición a tener malos hábitos alimentarios que contribuyen a déficit de hierro (Borgoño, Bustamante, Minassian y León, 2011).

Existe un mecanismo que podría explicar porque se generan diversas complicaciones durante el embarazo, como lo son la preeclamsia y RCIU, prematuridad, el cual consiste en "una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, llamado Síndrome de Mala Adaptación circulatoria" (Borgoño *et al*., 2011).

Durante el parto, producto del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre, lo cual ocasiona una estrechez del canal vaginal, se puede generar un riesgo mayor de lesiones anatómicas, como lo son los desgarros, además de mayor riesgo de hemorragias e infecciones.

Por otro lado, existen publicaciones en las que refieren que las complicaciones médico obstétricas no difieren en frecuencia entre las adolescentes embarazadas entre 15-19 años y las mujeres de 20-34 años de edad. Esto se refleja, si existen condiciones adecuadas de nutrición, de salud, de atención prenatal y en un contexto social y familiar favorable en un embarazo y/o parto adolescente, ya que en estas condiciones no conllevaría mayores riesgos de salud materna y neonatal (Jiménez *et al*., 2013).

Complicaciones médicas del niño (a)

Según, Borgoño *et al.* (2011), el recién nacido producto de un embarazo adolescente no presenta un riesgo mayor de complicaciones médicas con respecto a los hijos de una mujer de mayor edad, aunque si se conocen mayor riesgo si la madre es menor de 15 años ya que se ha notificado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural.

Durante el parto, los problemas que con mayor frecuencia se presentan son las alteraciones en la posición y la presentación del feto, las cuales están relacionadas a un desarrollo incompleto de la pelvis materna.

Lo anterior, hace referencia a una incapacidad del canal de parto para permitir sin problemas el paso de la cabeza del bebé, lo cual aumenta el riesgo de cesáreas y uso de fórceps.

Entre otras complicaciones médicas que puede presentar el hijo de una madre adolescente son "bajo peso al nacer, Apgar bajo, traumatismo al nacimiento, problemas neurológicos y riesgo de muerte en el primer año de vida" (Hernández *et al*., 2015, p. 296). Además, estos niños tienen un mayor riesgo de presentar retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral y de experimentar problemas de conducta y funcionamiento intelectual disminuido.

Consecuencias Psicosociales

Un embarazo en la adolescencia enfrenta a estas jóvenes a asumir nuevas responsabilidades para las cuales aún no están preparadas. Además, en ocasiones esta situación se acompaña de rechazo por parte de las personas cercanas, abandono, estigmatización y censura, lo que conlleva al aislamiento social de la adolescente (CCSS, 2002).

Lo anterior se debe a que la adolescente debe asumir roles adultos, como lo es la maternidad, para lo cual no está psicológicamente madura, ya que ella sigue siendo una niña cognitiva, afectiva y económicamente.

Tomando en cuenta lo anterior, según Rojas (2012), la actitud que la adolescente adopte frente a esta situación va a depender de diversos factores, tales como los enunciados a continuación.

La etapa de adolescencia en la que la niña se encuentre, ya que si es una niña que está atravesando la adolescencia temprana, es decir tiene de 10-13 años, suele expresar miedo frente al dolor y procedimientos invasivos, además de tener dificultades para cuidar al bebé, motivo por el cual son muy dependientes de su madre o de algún adulto a cargo de ellas.

Si la niña está enfrentando la adolescencia media, es decir, tiene de 14-16 años, ella va a sentirse afectada por los cambios que sufre su imagen corporal, además, refieren sentir miedo del parto pero también por la salud de su hijo, es decir, empiezan a adquirir actitudes de cuidado hacia su hijo. Sin embargo, si la joven está enfrentando la adolescencia tardía (tiene 17 años o más), empiezan a adquirir deseos de formalizar con su pareja y pueden enfrentarse a problemas económicos.

Hay que tomar en cuenta que un embarazo en un ambiente de pobreza se torna mucho más complejo, ya que las condiciones para cuidarse, es decir que la madre tenga una alimentación y vivienda adecuada es más difícil si la condición socioeconómica es desfavorable y además, ejercer la maternidad es producto de más gastos y por ende las condiciones económicas se ven más limitadas.

Origen del embarazo, el cual es un factor que adquiere gran importancia acerca de la actitud que la joven asuma frente al embarazo, ya que no va ser la misma actitud en la niña si el embarazo se dio del amor de una pareja, un accidente anticonceptivo, relación sexual ocasional, efectos de las drogas, abuso sexual o violación.

Según Borgoño *et al.* (2011), dentro de las consecuencias en el ámbito psicosocial de las madres adolescentes se encuentra deserción escolar o la dificultad para reintegrarse al sistema escolar, lo cual tiene repercusiones en la superación del nivel bajo socioeconómico. Esta deserción se puede deber a las complicaciones médicas del embarazo o bien al sentimiento de vergüenza que experimentan estas jóvenes.

El ministerio de Educación Pública (MEP), además de otras entidades, aplica medidas para mantener a las madres adolescentes en el sistema de enseñanza formal. Es por eso que la misión institucional de esta entidad reside en que, como ente rector de todo el sistema educativo, al Ministerio de Educación Pública le corresponde promover el desarrollo y consolidación de un sistema educativo de excelencia que permita el acceso de toda la población a una educación de calidad, centrada en el desarrollo integral de las personas y en la promoción de una sociedad costarricense integrada por las oportunidades y la equidad social (Ministerio de Educación Pública, 2012, citado por Rojas *et al*. 2012).

Según López *et al.* (2012), las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen una mayor probabilidad de tener más hijos en su vida reproductiva, no recibir el apoyo

del padre biológico de sus hijos, además de tener hijas que se embaracen durante la adolescencia, lo cual constituye un alto costo directo o indirecto para la sociedad.

La segunda causa de muerte en la adolescencia después de los accidentes, es el suicido. Gamboa *et al.* (2012) refieren que la adolescente en el curso de su embarazo podría sufrir una depresión tan fuerte que la puede llevar al suicidio. Factores que puede vivir la adolescente en el embarazo como drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como "factores suicidógenos circunstanciales" a los cuales hay que prestarle una importante atención. Con respecto a lo anterior, es que se recalca la importancia del apoyo y la orientación de los adultos que rodean a la adolescente madre.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Diseño

El presente estudio es una revisión bibliográfica basada en distintas publicaciones científicas sobre el embarazo adolescente y sus repercusiones, los cuales han sido publicados en los últimos cinco años.

Criterios de inclusión

Se incluirán artículos que tengan menos de cinco años de haberse publicado, y dos de seis años de antigüedad debido a su gran relevancia para el desarrollo de la revisión; escritos en español o inglés, que se refieran al embarazo adolescente, prevención, factores de riesgo, incidencia y complicaciones maternas y neonatales.

Criterios de exclusión

No se tomarán en cuenta artículos que tengan más de cinco años de antigüedad de haberse publicado, excepto cuatro por su relevancia para la revisión, tres en el capítulo del marco referencial debido a que se tomaron datos de libros de anatomía y fisiología del embarazo y uno para la discusión. Tampoco artículos que estén escritos en otro idioma distinto al inglés o español, o que se refieran al embarazo en mayores de 19 años.

Estrategias de búsqueda

Se solicitó artículos sobre estudios científicos, revisiones sistemáticas y publicaciones originales a la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASS), la Biblioteca Médica del Hospital Calderón Guardia y la Biblioteca de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), provenientes de distintas bibliotecas y a las cuales también se consultó como Cochrane, Medline, PubMed mediante la ecuación de búsqueda Embarazo adolescente y sus repercusiones, que hubiesen publicado entre el año 2011 al 2016.

Extracción de datos

Tras realizar la búsqueda inicial se encontraron unos ochenta artículos científicos de los cuales se excluyeron por no aportar información relevante para los objetivos de esta revisión. Finalmente se seleccionaron sesenta que si cumplían con los criterios de inclusión y exclusión de los cuales dieciséis estaban escritos en inglés y cuarenta y cuatro en español.

Codificación de las características de los estudios

La información recolectada se estructuró en dos subgrupos para facilitar su análisis de la siguiente manera: los artículos que hablan sólo de embarazo adolescente, y los que hablan sobre el embarazo adolescentes y sus repercusiones.

De los artículos seleccionados se extrae información sobre generalidades del embarazo adolescente, factores de riesgo y protectores y complicaciones maternas y neonatales, así como datos importantes sobre estudios realizados que permitan demostrar factores de riesgo y complicaciones demostradas en las madres y sus hijos por un embarazo adolescente.

Objetivo específico	Variable	Concepto	Instrumentalización	Operacionalización
Identificar los factores de riesgo tanto a nivel social como psicológico que contribuyen a un posible embarazo en la adolescencia.	**Factores de riesgo**	Según la OMS: "es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión"	Revisión bibliográfica	Revisiones bibliográficas donde se determine los factores de riesgo, prevalencia y complicaciones de un embarazo adolescente.
Calcular la prevalencia del embarazo adolescente en la muestra seleccionada.	**Epidemiologia**	Según la OMS: "es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos "		
Describir las posibles complicaciones médicas, psicológicas y sociales que puede generar un embarazo en la población adolescente tanto en la madre como en el niño	**Complicación**	Según la clínica de Navarra: "Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado."		

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

La OMS define adolescencia como: El periodo de la vida en el cual el individuo obtiene la capacidad reproductiva, transición de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y un refuerzo de su independencia socioeconómica, encontrándose entre los 10 – 20 años de edad. Es decir, la adolescencia, es un periodo de transición en el ciclo del crecimiento, en el que se marca el final de la niñez y anuncia la adultez. (Romero et al., 2010). La edad promedio en que las adolescentes tienen su primera relación sexual es a los 16 años y los varones a los 15 años. Se define como embarazo adolescente al que ocurre antes de los 19 años (p. 2).

Hardy y Zabin, citados por Romero et al. (2010), opinaron que la definición cronológica de embarazo en adolescencia temprana corresponde a aquella en la que el embarazo ocurre antes de los 18 años y el embarazo en la adolescencia como el que se presenta entre 18 a 19 años (p. 2). Del mismo modo, el embarazo adolescente hace referencia a toda gestación que ocurre durante la adolescencia y comprende las mujeres de hasta 19 años, es decir, todo embarazo que ocurre dentro del tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen (Pressiani y Barrozo, 2011, p.6).

Aunque el embarazo es una experiencia vital generalmente positiva en la vida de la mujer, cuando se refiere al embarazo adolescente no siempre es así (Triviño et al., 2011). Como ya se mencionó, las características específicas de este periodo de la vida, definido por la Organización Mundial de la Salud como aquel en el que el individuo obtiene la capacidad reproductiva, y una transición de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez reforzando su independencia socioeconómica, provocando que muchas situaciones se trate de un embarazo no deseado ni planificado, motivando que sea un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la adolescente. Por esto, el embarazo adolescente constituye un problema más social que médico (p. 2).

La adolescencia está caracterizada como un periodo difícil y de gran labilidad emocional que puede verse aún más afectado cuando se asume un embarazo (Noguera y Alvarado, 2012,

p. 158). Por ello, un embarazo adolescente puede ejercer una alteración de la vida de la menor y por ende la del futuro hijo.

Las adolescentes que se embarazan, más que cualquier otra adolescente, necesitan apoyo, comprensión y ayuda, ya que está más sensible, insegura y desvalorizada que cualquier otra mujer y con mayor razón para una adolescente, que no se convierte en adulto por el hecho de ser madre. Para comprender cómo vive el embarazo una adolescente, se debe tener en cuenta que los cambios psicológicos estarán condicionados por su historia de vida, por la relación con el progenitor de su hijo, por la situación con su familia, por su edad y especialmente por su madurez personal. El embarazo cambia la percepción que ella tiene de la vida, más aún si este no ha sido planeado. Surgen emociones fuertes y variadas (tensión, angustia, impacto económico y social), que afectan la adaptación social y la salud mental de los adolescentes (Pressiani y Barrozo, 2011, p. 6).

De acuerdo a recientes reportes de la OMS:

- Hay más de mil millones de adolescentes, 85% en los países en desarrollo.
- Más de la mitad han tenido relaciones sexuales antes de los 16 años.
- Existen 111 millones de casos nuevos de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) curables en menores de 25 años.
- Más de la mitad de casos nuevos de infección por VIH (más de 7,000 por día) ocurre en jóvenes.
- La violación e incesto ocurre en el 7 al 34% de las niñas y en el 3 al 29% de los niños.
- El 10% de los partos acontece en adolescentes.
- La mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años.
- Cada 5 minutos se produce un suicidio de adolescentes por problemas inherentes a su salud sexual y reproductiva.

La población de América Latina y el Caribe ha cambiado en su estructura durante las últimas décadas, sin embargo las adolescentes constituyen una proporción importante de esa población, que supera el 20%.

Existiendo en estas zonas una proporción importante de jóvenes que inician precozmente su vida sexual en condiciones no planeadas y no adecuadas, lo que deriva en una alta proporción de embarazos no deseados, así como en un mayor riesgo de contraer

ITS/VIH/Sida. Muchos de los embarazos que ocurren en niñas menores de 15 años son producto de una violación sexual, practicada por integrantes de la familia o personas conocidas a la misma.

La concepción del embarazo en la adolescencia se ha descrito como un problema social y su definición como fracaso reluce de manera reiterada, y la responsabilidad de este fracaso ha sido atribuida a diferentes factores, incluyendo la desintegración familiar, la falta de orientación de los adolescentes, pocas oportunidades de recreación y deficiencia del sistema educativo o de salud (Pérez, Miric y Vargas, 2011, p. 88).

Los problemas físicos y emocionales relacionados con el embarazo son consistentes para la mayoría de las personas embarazadas. Sin embargo, hay varios problemas que influyen de manera diferencial en la persona embarazada en función de la edad cronológica de la mujer (Turnage y Pharris, 2013, p. 1).

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, y su incidencia es alta en países en vías de desarrollo (Romero et al., 2010). El número de embarazos en adolescentes en Estados Unidos es más alto que en otros países desarrollados, estos embarazos en adolescentes suponen un costo elevado debido no solo a los gastos sanitarios, sino también a menores ingresos, como consecuencia de un menor nivel de educación y una reducción del potencial de aprendizaje (División, Escobar y Seguí, 2015).

En un estudio en España, se investigó sobre la incidencia de test de embarazo positivo en adolescentes atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Saint Joan de Déu, conformado con una muestra de 83 adolescentes, alcanzando resultados con una media de 16,6 años, las cuales 24 eran menores de 16 años. La incidencia se mantuvo entre 0,5 y 2,0 test positivos por 1000 adolescentes y año, observándose un numero de 7 en menores de 16 años en el primer periodo y 17 en el segundo periodo.

Los antecedentes principales dentro de este grupo de pacientes que consultaban se observó en 11 casos tenían un seguimiento psiquiátrico, siendo el más frecuente debido a un trastorno de conducta.

En ese estudio se mostró un aumento en la incidencia de embarazos diagnosticados en los últimos años, siendo una tercera parte diagnosticados en menores de 16 años como se mencionó con anterioridad. Este dato concuerda con el aumento en la tasa de embarazos en adolescentes de 15 a 19 años detectados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Consiguiendo como conclusión, que los factores que influyen a un embarazo a una edad tan temprana se debe por la mayor permisividad y liberalidad respecto a las conductas sexuales de los jóvenes.

Igualmente, otros estudios recientes referentes al comportamiento sexual y reproductivo destacan una mayor precocidad en el inicio de las relaciones sexuales y menor uso de métodos anticonceptivos y así originando mayor porcentaje de jóvenes con embarazos no deseados.

Según Romero et al. (2010): La etiología del embarazo es multifactorial, incluyendo a las parejas que no utilizan anticonceptivos. En el embarazo adolescente, las complicaciones maternas y neonatales son notables a una gestación de riesgo alto, los factores que lo incrementan son:

- La talla de 1,50 m o menos.
- La desnutrición.
- El contacto sexual temprano.
- El uso del tabaco, alcohol, drogas, la falta de un grupo de apoyo y pocos amigos, encaminan a las adolescentes al abandono escolar.
- Falta de recursos económicos durante la infancia y adolescencia.
- Ataque, abuso sexual o un parto antes de los 19 años.

En un estudio realizado por Young Me Lee, Profesora Asistente de la Escuela de Enfermería de la Universidad DePaul de Chicago, a partir de la revisión de 18 artículos se identificaron cinco factores contribuyentes a prácticas sexuales de riesgo entre adolescentes afroamericanos como el consumo de sustancias, los roles de género, las influencias de los compañeros, la participación de los padres y el nivel de conocimiento e información sobre el sexo y las enfermedades de transmisión sexual.

Según Abma, Martínez y Copen (2011): Las adolescentes de 12-15 años visitan dos o menos el servicio de control prenatal, menos que el porcentaje de las embarazadas de 16-19 años y de las adultas. Además, en este grupo de adolescentes son más bajos del promedio de la edad gestacional, el peso al nacer y el Apgar y mayor frecuencia de cesárea (p. 695).

Es decir, que el cuidado prenatal y un programa especializado durante el embarazo en adolescentes aseguran un bebé saludable, además de alimentación, el ejercicio y sueños adecuados. La morbimortalidad perinatal incrementa por inmadurez biológica materna. Los recién nacidos en este tipo de embarazos nacen hipotróficos, incrementando la morbimortalidad perinatal y neonatal, el deterioro en el desarrollo físico y neurológico del niño (Romero et al. 2010, p. 3).

Las mejoras en los servicios de apoyo dirigidos a las adolescentes embarazadas y de los padres pueden mejorar los resultados maternos e infantiles, incluyendo el embarazo repetido, el logro educativo y el bienestar del niño. (Kan et al., 2012)

Diversos estudios han examinado que los factores y motivaciones en la adolescencia para entender su comportamiento anticonceptivo y los esfuerzos para prevenir o retrasar el embarazo en las adolescentes fallan si los adolescentes no están interesados en evitar el embarazo, debido a un inadecuado uso de la anticoncepción puede ser resultado de actitudes ambivalentes o positivas hacia el embarazo y la maternidad tempranas, lo que sugiere que el porcentaje de embarazos verdaderamente no intencionados puede ser más bajo de lo que se cree (Álvarez Nieto, et al., 2012, p. 2).

En un estudio se detalló las razones subyacentes a las conductas en un contexto social, y conocer las motivaciones de las jóvenes para el embarazo, dicho estudio se realizó por el Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén de España. Se efectuaron entrevistas en profundidad a mujeres embarazadas menores de 17 años, de la provincia de Jaén, quienes se presentaban en consulta de alto riesgo Obstétrico del Complejo Hospitalario de Jaén; se tomó en cuenta el nivel educativo, el hábitat de residencia, la voluntariedad o no del embarazo, y el nivel socioeconómico de la familia.

Se ha descubierto que el embarazo durante la adolescencia no es el resultado de un proceso de decisión entre los dos miembros de una pareja, sino que ocurre como consecuencia de la no utilización de métodos anticonceptivos o de su uso incorrecto, sin embargo, no se debe a un encuentro ocasional o esporádico no previsto por las chicas, sino que sucede en el marco de una relación de noviazgo socialmente conocida. Si bien, de los resultados de este estudio no se puede afirmar la ausencia de información sobre anticoncepción entre la población joven, lo cierto es que hay diversas causas que pueden explicar el mal uso de los métodos anticonceptivos.

La edad de inicio de relaciones sexuales es cada vez más temprana, pero la capacidad de prevenir el embarazo no acompaña este comportamiento. Entre los 10 y los 14 años no existe la madurez emocional e intelectual necesaria para aplicar medidas adecuadas de prevención. Esto dificulta la posibilidad de las adolescentes de ejercer un control reflexivo sobre el ejercicio de la sexualidad y sus consecuencias, así como la capacidad para negociar con sus parejas las decisiones sobre la actividad sexual y la prevención de embarazos, máxime si éstas las superan ampliamente en edad (Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología, 2011).

Asimismo, en muchos países las mujeres en edad reproductiva tienen poco conocimiento sobre el cuerpo y procesos fisiológicos como el ciclo menstrual y el período fértil. Este desconocimiento es mayor en las adolescentes más jóvenes, causando en casos extremos que el embarazo no sea reconocido hasta el momento del parto. De igual forma, a edades tempranas el conocimiento sobre las formas de evitar el embarazo es escaso, o circula información errónea o distorsionada acerca de la fecundación y los métodos anticonceptivos (Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología, 2011).

Actualmente la población adolescente vive su sexualidad de manera más temprana y acelerada, aunque dentro de los patrones de relación afectiva y monógama. Sin embargo, el contexto de socialización sigue estando mediado por estereotipos de género, que llevan a chicas y chicos a vivir su sexualidad de manera diferente. El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos es producto de una educación sexual adecuada a sus planteamientos y a sus contextos, para poder alcanzar un conocimiento objetivo sobre anticoncepción y hacer uso de una contracepción eficaz y consistente (Álvarez Nieto, et al., 2012, p. 5).

Tanto las adolescentes como sus parejas asumen un compromiso con el hijo aún no nacido. Existen estudios que han relacionado el menor nivel educativo de la pareja con la actitud favorable hacia el embarazo y de rechazo al aborto. Siendo la opinión del novio de mucho peso en cualquier decisión; las jóvenes consideran que ser apoyadas por su pareja tiene importancia en la aceptación social de su embarazo. Acuden al apoyo familiar, en especial materno, como soporte esencial para compensar la falta de habilidades y atributos en la crianza del hijo, y en cuestiones económicas (Álvarez Nieto, et al., 2012, p. 5).

Además, la familia y la escuela constituyen espacios decisivos para transmitir conductas saludables, pero aspectos como la sexualidad y la reproducción se omiten o llegan tarde. En este sentido, los servicios de salud están en una situación que rebasa para eliminar los factores

de riesgo y para potenciar y promover los factores positivos de la juventud que condicionan su salud (Álvarez Nieto, et al., 2012, p. 6).

Sin embargo, existen otros factores riesgo relacionados a un embarazo adolescente, por ejemplo la depresión, aunque su papel en la procreación no está claro. Un estudio longitudinal realizado durante 12 años informó que los adolescentes, preadolescentes y los adolescentes de edades tempranas de edades entre 8 y 13 años que reportaron una historia de depresión tenían menos probabilidades de quedar embarazadas. Reducción de las interacciones sociales y una disminución de la libido se sugirieron como la disminución de los adolescentes el deseo de actividad sexual.

Otro estudio entre madres adolescentes de séptimo a duodécimo reveló que la depresión en sí misma no era el factor causante de la procreación temprana, sino que la depresión estaba asociada con la situación socioeconómica del adolescente, el rendimiento escolar, la estructura familiar y la experiencia sexual previa.

En una encuesta realizada en Estados Unidos, indicó que los adolescentes con discapacidades son aproximadamente un 15 por ciento más propensos a tener embarazo que otros adolescentes (Shandra, 2011). Mostrando así que otro factor de riesgo para un embarazo adolescente las discapacidades de las madres.

La experimentación sexual durante los años de la adolescencia es una cantidad normal de desarrollo para los Estados Unidos (Abma, et al., 2011), sin embargo, los profesionales de la salud, las escuelas, los padres y los compañeros a menudo estigmatizan a los adolescentes con discapacidades, considerándolos asexuales su comportamiento sexual es menos aceptable, inseguro o inapropiado (Shandra y Chowdhury, 2012).

Como resultado, los adolescentes con discapacidades a menudo se ven privados de información sobre la salud sexual a través de una gama de potenciales y ser víctima de la agresión sexual (Faye y Adams, 2014, p. 94).

También es frecuente observar una tendencia vertical: es decir, las madres adolescentes tendrán hijos que también serán padres adolescentes. En este ámbito social se han asociado diversos factores como: bajo nivel escolar, abandono de estudios, clase social baja,

tabaquismo, alcoholismo, delincuencia, agresividad y rebeldía en las jóvenes; así como el antecedente de que son hijos de familias disfuncionales (madres solteras, divorciadas y con problemas de comunicación interfamiliar). En las últimas décadas se ha observado que el desarrollo sexual, la ovulación y la capacidad reproductiva se inician incluso dos años más temprano que en las mujeres de hace 20 años (Martínez *et al*., 2012, p. 701).

Por esto, es necesario dejar de lado los tabúes, y aclararles a los adolescentes todas sus dudas en relación con métodos de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y, por supuesto, del embarazo y sus implicaciones, para la madre adolescente y para su hijo (Abma et al., 2012, p. 701).

Según Blázquez (2012): El impacto de esta condición, es importante en primer lugar disminuir la incidencia del embarazo en este grupo poblacional, tomando medidas de prevención a través de campañas que proporcionen información calificada y evidente sobre educación y salud sexual y reproductiva que incluya el uso adecuado de los anticonceptivos y los testimonios de pares (p. 6).

En segundo lugar, hay que insistir en una atención temprana del embarazo de estas jóvenes mediante un control prenatal adecuado, llevado a cabo por personal profesional entrenado en la atención de adolescentes para disminuir los riesgo biológicos, tanto para la madre como para el producto (Blázquez, 2012, p. 6).

Como tercer punto, es fundamental el abordaje integral que incluya la atención psicológica a la adolescente, al padre del bebé y a la familia de ambos, durante y después del embarazo, con el objetivo de atenuar el impacto de esta situación en todos ellos, ya que puede considerarse también de alto riesgo biospisocosocial (Blázquez, 2012, p. 6).

Según Álvarez Nieto, et al. (2012): El embarazo adolescente como ya se mencionó es un hecho biopsicosocial de gran trascendencia, en que los adolescentes cobran mayor importancia por los riesgos que puede contribuir a la madre y el hijo, produciendo complicación futura en la salud, social y psicológica de las madres. Las razones que perpetuán este problema suelen ser una cuestión multifactorial basada en aspectos de comportamentales, de tradición, sociales, culturales o religiosos (pp.1-2).

Según Noguera y Alvarado (2012): El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas

complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas (p. 154).

Las mujeres adolescentes embarazadas están más predispuestas a complicaciones, como la hipertensión inducida por el embarazo, la preeclampsia, la eclampsia, la poca ganancia de peso, la anemia, el parto pretérmino, las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, las lesiones durante el parto y la desproporción céfalopélvica. (Noguera y Alvarado, 2012). Así como septicemia, laceraciones vaginales, abscesos pélvicos, perforaciones del útero y esterilidad secundaria, entre otras (Blázquez, 2012).

La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido patologías encontradas por muchos autores como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes; un estudio realizado en la República de Panamá, reportó que en un grupo de mujeres adolescentes, los trastornos hipertensivos del embarazo disminuían al avanzar la edad, convirtiéndose el embarazo en adolescentes en un factor de riesgo para desarrollar la patología (Noguera y Alvarado, 2012, p. 154).

En cuanto a la anemia, se identifica que es una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro (Noguera y Alvarado, 2012, pp. 154 -155).

Con relación al trabajo de parto prolongado, a las lesiones durante el parto y a la desproporción céfalopélvica, es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que, en las adolescentes, condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto una causa importante de trabajo de parto prolongado y parto instrumentado y por cesárea; por esto causa partos expulsivos laboriosos, lo cual puede influir en la condición inmediata del recién nacido (Noguera y Alvarado, 2012, pp. 154 -155).

Otra complicación frecuente es el abandono de los estudios, por ello, en cuanto son capaces de regresar a la escuela las nuevas madres, es ideal que después del nacimiento del bebé la madre adolescente regrese a la escuela, ya que tienen menos nacimientos posteriores durante la adolescencia, mejores resultados socioeconómicos y un mejor desarrollo social, académico y conductual de sus hijos. Sin embargo, el dilema del cuidado de los niños suele ser problemático para la madre y el padre adolescentes y por esto los servicios de cuidado

infantil proporcionados por los miembros de la familia no siempre son óptimos, en particular los niños de familias de bajos ingresos (Magness, 2012, p. 63).

En los Estados Unidos, la graduación de secundaria es uno de los principales puntos de referencia para convertirse en un adulto. Para la adolescente embarazada, su embarazo reemplaza la graduación de la escuela secundaria como el punto de referencia para que ella sea vista como un adulto.

En este momento, dos factores importantes afectan el potencial del adolescente para la graduación de la escuela secundaria son su embarazo y rendimiento académico. Si la adolescente embarazada estaba luchando con su rendimiento académico antes de su embarazo, quedar embarazada puede reducir aún más su desempeño académico (Turnage y Pharris, 2013, p. 72).

Según Smith Battle (2006), citado por Turnage y Pharris (2013), existe una relación entre el rendimiento académico de la embarazada antes del embarazo y el desempeño académico del adolescente durante y después del embarazo. Es decir, el conocimiento académico y las habilidades son acumulativos (p. 72).

El desempeño académico de un adolescente antes del embarazo es un indicador de su terminación de la escuela secundaria después del embarazo. El pobre desempeño académico puede estar relacionado con las habilidades cognitivas. Tal como lo definen Zastrow y Kirst-Ashman (2013), "la cognición implica la capacidad de captar información, procesarla, almacenarla y finalmente recuperarla y usarla" (p.120).

Las habilidades cognitivas de una persona no son estáticas, mientras que las habilidades cognitivas crecen a medida que la persona se mueve a través del proceso de maduración. Por lo tanto, dependiendo de la edad de la adolescente embarazada, sus habilidades cognitivas todavía pueden estar en desarrollo (Robbins, Chatterjee, y Canda, 2012).

Según Montgomery, Folken y Seitl (2014): Las consecuencias del embarazo adolescente son de gran alcance, teniendo un impacto sobre la madre adolescente, el niño y la sociedad.

Muchas madres adolescentes abandonan la escuela y no completan su vida adulta como resultado de menos educación y menores ingresos (p. 278).

Las consideraciones futuras parecen desempeñar un papel importante en la decisión que toman los adolescentes al elegir el nacimiento o terminar el embarazo. Tanto los adolescentes que eligen terminar el embarazo como los que eligen el parto parecen considerar el futuro, pero pueden hacerlo de diferentes maneras. Que los adolescentes que eligen terminar el embarazo tenían una mayor capacidad de conceptualizar y anticipar el futuro que aquellos que eligen el nacimiento (Bell, Glover y Alexander, 2013, p. 2504).

Asimismo se identificó que la principal razón por la que los adolescentes eligieron terminar el embarazo fue para que pudieran alcanzar otros objetivos primero antes de tener un bebé. Además de considerar el futuro, los adolescentes también reflexionan sobre sus valores y experiencia y experiencia de otros dentro de su localidad al elegir terminar el embarazo o nacimiento. También se ha sugerido que las aspiraciones parecen influir en las decisiones tomadas durante el embarazo en la adolescencia (Bell et al., 2013, p. 2504).

Existen tendencias preocupantes en el consumo de alcohol y tabaco entre adolescentes y mujeres jóvenes. Por ejemplo, aunque el tabaquismo juvenil ha disminuido en los últimos años, una mayor proporción de mujeres de 18 a 19 años fuman en comparación a hombres jóvenes. Las niñas también están empezando a fumar a una edad más temprana (Okoli et al., 2013). También hay grupos vulnerables donde las circunstancias de la vida o la pertenencia a un grupo reflejan inequidades o normas subculturales que contribuyen a una mayor probabilidad de fumar. Además, el consumo de tabaco entre los jóvenes es un marcador significativo del uso de otras sustancias y comportamientos negativos para la salud, como el riesgo de beber.

La joven adolescente también durante el embarazo puede presentar alteraciones emocionales, ya que debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente. Es así como la madre adolescente a nivel psicológico puede presentar problemas emocionales tales como depresión, síndrome del fracaso de la madre, sentimiento de pérdida de la juventud e incluso suicidio (Noguera y Alvarado, 2012, pp. 154 -155).

Pires, Araújo-Pedrosa y Canavarro (2013), describen que tradicionalmente, las adolescentes embarazadas han sido consideradas un grupo de riesgo para síntomas depresivos y mala calidad de vida. Sin embargo, investigaciones recientes han indicado que el ajuste de los adolescentes depende en gran medida de los contextos socioeconómicos y culturales en los que se produce el embarazo, el apoyo disponible a las adolescentes embarazadas (p. 789).

Además, la asociación entre los síntomas depresivos y mala calidad de vida, que la investigación ha demostrado constantemente entre las mujeres embarazadas, sigue siendo inexplorado entre las adolescentes embarazadas. Como tal, el primer objetivo del presente estudio fue analizar los vínculos entre el impacto percibido del embarazo, los síntomas depresivos y la calidad de vida en una muestra de adolescentes embarazadas. Como el apoyo de la madre del adolescente y la pareja se han sugerido como algunos de los factores más importantes de protección contra el desajuste durante el embarazo adolescente (Pires et al., 2013, p. 789).

La depresión prenatal se relaciona a factores riesgos como la edad joven, antecedentes de depresión, ingresos bajos, estatus minoritario y embarazos previos. La depresión antes de un embarazo inicial puede continuar durante el período prenatal y en un período posparto extendido. Se ha demostrado que la depresión preexistente conduce a una edad temprana en la edad adulta y el aumento del riesgo de embarazos repetidos. Se ha demostrado que el riesgo de tener un embarazo repetido dentro de los 2 años posparto es casi 40% mayor entre los adolescentes deprimidos que los adolescentes no deprimidos sugirieron que la falta de uso del condón por los adolescentes deprimidos aumentaba la probabilidad de un embarazo repetido (Pierce y Anderson, 2015 p. 227).

Según Pierce y Anderson (2015): El riesgo de un episodio depresivo mayor aumenta con la violencia presenciada o el asalto físico o sexual. Se encontró que la depresión prenatal aumentaba la depresión quíntuple y postparto para aumentar cuatro veces entre los adolescentes de bajos ingresos que hablaban inglés y español, reportando una historia de violencia (p. 227).

Se ha comprobado que la violencia física o sexual, como pareja, niño o testigo, experimentada dentro de la familia o fuera de la familia, está asociada con el riesgo de tener hijos en sus primeros años de vida (Pierce y Anderson, 2015 p. 227).

Asimismo, según Pierce y Anderson describen que otra complicación de un embarazo adolescente es la posible exposición a violencia, aunque las adolescentes suelen optar por no revelar la exposición de violencia y frecuentemente no comprenden las relaciones violentas como violentas. Al describir la violencia de pareja, los adolescentes pueden hablar de una violencia lúdica contra una violencia real, y hasta que el dolor o la lesión sean sostenidos, los actos específicos de violencia pueden no ser graves. Hallazgos adicionales señalaron que más adolescentes negras y latinas de los europeos americanos reportaron violencia de pareja y que la violencia de pareja llegó a su máximo alrededor de 3 meses después del parto (pp. 227-228).

Se ha descubierto que tanto las adolescentes embarazadas como los padres son particularmente vulnerables a las relaciones violentas de pareja, asumiendo frecuentemente el papel de agresor y víctima (Pierce y Anderson, 2015, pp. 227-228).

La violencia de pareja durante la adolescencia puede contribuir a la violencia familiar generalizada; dependencia económica con resultado tales como recién nacidos prematuros y bebés de bajo peso al nacer. Para las adolescentes que experimentan un segundo embarazo, las tasas de nacimientos prematuros aumentan. Un precursor frecuentemente examinado de la violencia entre parejas ha sido la experiencia de la violencia física infantil.

La gestante adolescente tiene mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual, recurrir a métodos peligrosos para abortar, retraso en la atención de complicaciones derivadas del aborto por miedo y así aumentar el riesgo de enfermedad y muerte, y mayor número de hijos al final de su vida reproductiva (Noguera y Alvarado, 2012, pp. 154-155).

En un estudio reciente realizado por Tzilos et al. (2012), sobre adolescentes, el 53% experimentó abuso sexual o físico, además de altos índices de abuso sexual (35%) y abuso físico (44%). Casi la mitad de los adolescentes que reportaron abuso sexual o físico habían experimentado un embarazo repetido dentro de un año. Casi dos tercios de las adolescentes experimentaron un embarazo adicional dentro de los 18. Un trabajo más reciente reveló una

asociación entre el abuso sexual infantil pasado y un aumento de 2,2 veces en la probabilidad de embarazo adolescente examinaron la influencia de una actitud o cultura de violencia en el embarazo repetido (Pierce y Anderson, 2015 p. 228).

Igualmente casi la mitad de los adolescentes que respondieron de edades entre 12 y 19 años, que reportaron la necesidad de usar la fuerza física para resolver las diferencias y mostrar importancia, experimentaron un embarazo repetido dentro de los 24 meses de un nacimiento anterior. Se ha demostrado que la violencia relacionada con la comunidad, como atentados contra otros a través del uso de armas, influye en la repetición de la procreación. Entre las 581 madres adolescentes, de edades entre 12-18 años, aproximadamente el 35% había experimentado violencia en la comunidad y de ellas, el 42% había experimentado un embarazo repetido en 24 meses (Pierce y Anderson, 2015 p. 228).

Muchos adolescentes que viven en ciertas sociedades tienen poco aporte en su atención médica. A menudo, los esposos, los padres o la familia extensa toman decisiones de vida y salud reproductiva para el adolescente. Uno de los factores sociales que contribuyen al embarazo adolescente es el abuso sexual y el sexo forzado. Otro factor social que influye en el embarazo adolescente es la información deficiente sobre la sexualidad y el matrimonio, la información inexacta sobre el sexo y la planificación familiar puede conducir a conceptos erróneos y a la falta de uso de anticonceptivos en adolescentes (Gennari, 2013, pp.59-60).

La repetición del embarazo y los síntomas depresivos caracterizan a más del 25% de los adolescentes. La exposición a violencia, aunque sólo se reveló mínimamente, se observó que era una coincidencia incrementada por la influencia. Las evaluaciones perinatales con madres adolescentes en edad fértil deben incluir exploración de exposición y síntomas de depresión (Pierce y Anderson, 2015 p. 235).

Desafortunadamente las consecuencias perjudiciales no se limitan al punto de vista biológico; a estas se añaden otras en el plano social tales como el abandono escolar ya que la madre adolescente suele interrumpir o abandonar sus estudios y rara vez lo reanuda con posterioridad; y una incorporación temprana a la vida laboral que provoca un desajuste en la integración psicosocial, la escasa preparación para desarrollar una relación satisfactoria con los hijos, el ceder el hijo en adopción, el tener un hijo no deseado y a veces maltratado (Noguera y Alvarado, 2012, p. 155).

Las complicaciones más frecuentes de hijos de madres adolescentes fueron: rotura prematura de membranas, amenaza de parto pretérmino y síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido y asocia a problema sociocultural y económico que representa el estado civil, porque son dependientes de sus padres, carecen del apoyo de su pareja, aún son estudiantes y la falta de uso de métodos anticonceptivos (Abma et al., p. 703).

En un estudio realizado por la Escuela de Enfermería Aurora de Alfonso Costa se obtuvo resultados respecto con puntuaciones de Apgar bajos que variaron en el primer y quinto minuto, y en el diagnóstico de trastornos respiratorios, con peores resultados para el grupo precoz. Por lo tanto, destacamos la importancia de las políticas públicas para la atención integral que incluyen acciones para prevenir el embarazo a estos grupos específicos, especialmente para adolescentes más jóvenes.

Además, el riesgo de muerte en el neonato aumentan durante el primer año de vida y guarda la relación con la edad de la madre, es necesario diferenciar los productos hipotróficos de los pretérminos y de los de restricción en el crecimiento (Romero et al., 2011, p. 3).

Según Otterblad *et al*., citado por Romero et al. (2012): Las menores de 17 años de edad tienen mayor riesgo de parto pretérmino, muerte fetal tardía y mortalidad perinatal, pero este riesgo se reduce al controlar los efectos de las características socioeconómicas. Básicamente, este efecto se debe a la pobreza económica, al bajo nivel de escolaridad, a la falta de recursos de atención de salud y al rechazo que la sociedad le brinda a esta población (p. 696).

En resumen Pressiani y Barrozo (2011) describen que las consecuencias adversas de un embarazo adolescente no planificado se desarrollan en:

Consecuencias para la Madre adolescente

- Frecuente abandono de los estudios, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal.
- Menor duración y más inestables en pareja adolescente.
- Discriminación por su grupo de pertenencia.
- Tendencia a un mayor número de hijos con intervalos inter-genésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

Consecuencias para el Hijo de la Madre adolescente

- Mayor riesgo de bajo peso al nacer.
- Mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Consecuencias para el Padre adolescente

- Frecuente deserción escolar para absorber la mantención de su familia.
- Trabajos inestables y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad.

Por todo esto, queda de manifiesto la importancia de la educación que les permita conocer su sexualidad y los compromisos y riesgos que implica ejercerla; además de comprender y dimensionar la problemática que representa ser madre a esa edad cuando se carece de los conocimientos mínimos para guiar en la vida a otro ser, amén de proveerle todo lo necesario para su desarrollo (Romero et al., 2012, pp. 703 - 704).

Según Noguera y Alvarado (2012): Las intervenciones más adecuadas para minimizar las complicaciones en el embarazo adolescente:

- Brindar un abordaje interdisciplinario a la adolescente embarazada, en donde se brinde atención integral biopsicosocial y se involucre la pareja, la familia o cuidador.
- Identificar oportunamente en el control prenatal, factores de riesgo, para de esta manera direccionar y orientar a la madre y a su pareja o cuidador a los servicios y programas pertinentes, con la finalidad de prevenir complicaciones en la madre adolescente y en el hijo por nacer.
- Brindar cuidado de enfermería humanizado eliminando prejuicios y conjeturas hacia la adolescente embarazada.
- Informar a la madre adolescente, a la pareja y al cuidador, los signos y síntomas de alarma en la gestación, con el objeto de intervenir oportunamente las posibles complicaciones derivadas del embarazo.
- Identificar las necesidades de cuidado de las gestantes adolescentes, con el propósito de brindar cuidado de enfermería congruente con este grupo poblacional.

- Fortalecer el autocuidado en la adolescente embarazada, con el fin de que lleve a cabo los cuidados necesarios para preservar su bienestar, y al mismo tiempo lograr que curse con un embarazo, parto y puerperio sin complicaciones.
- Estimular a la gestante a que no interrumpa su vida cotidiana, siempre y cuando no interfiera con el bienestar del embarazo.
- Involucrar a la pareja y a la familia de la madre adolescente, con el objetivo de apoyar los sentimientos de las gestantes y promover conductas y actitudes positivas hacia el hijo por nacer y hacia sí mismas.
- Fortalecer la educación para la salud en gestantes adolescentes, pareja y familia durante el control prenatal, y el Curso de Preparación de la Maternidad y la Paternidad, ofreciendo capacitación sobre el conocimiento de los factores de riesgo durante el embarazo, conserjería en lactancia materna, cuidado durante el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, así como también promover o fortalecer el proceso de vinculación afectiva madre - hijo.
- Brindar apoyo educativo a la adolescente embarazada, ya que de esta manera se contribuye a preservar la salud de la mujer y su hijo, evitando complicaciones y muerte; que fortalece las acciones del programa de salud reproductiva.
- Estimular, promover y facilitar la participación de la pareja durante toda la gestación parto y post parto.
- Brindar consejería en anticoncepción, con el propósito de prevenir nuevos embarazos en adolescentes y las complicaciones que esto conlleva.
- Brindar especial cuidado al niño y a la madre sin olvidar que la nueva madre sigue siendo según la Constitución Colombiana (1991), una niña.
- Brindar educación para reforzar pautas de crianza evitando complicaciones en el recién nacido.
- Promover en lo posible, que la nueva madre no abandone sus estudios, dando a conocer la importancia para ella, su pareja y su hijo, el lograr una mejor calidad de vida.
- Es importante fortalecer las líneas de acción dirigidas a las adolescentes desde la política de salud sexual y reproductiva, y fomentar más acciones de promoción de la salud sexual y lograr mayor coordinación intersectorial donde se contemple cuenta su entorno social.
- De ser necesario, se debe orientar y remitir para que la madre reciba asesoría sicológica.

- El profesional de enfermería no debe olvidar la importancia y relevancia que tiene para esta madre ser una adolescente, lábil emocionalmente sobre todo en su periodo post parto donde se pueden presentar más episodios depresivos.
- Hacer promoción y prevención evitando que se aumente el número de adolescentes embarazadas y de esta manera se vea comprometida la vida tanto de la joven madre como la del niño.
- Comprometerse con el logro de los Objetivos del Milenio, especialmente en aquellos que buscan mejorar la salud materna y disminuir la mortalidad infantil.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La adolescencia es una etapa de la vida en donde se viven múltiples cambios biopsicosociales, en donde el joven está forjando y descubriendo su identidad, por ende, es una etapa que se puede ver influenciada de manera positiva o negativa por múltiples factores y situaciones, que podrían generar consecuencias que, a largo plazo, van a afectar el curso normal de la adolescencia, lo cual vuelve vulnerable esta etapa de la vida.

Situaciones como la drogadicción, el vandalismo, la presión de grupo, el miedo por no ser aceptado en su grupo de amigos, los medios de comunicación, la pobreza, la falta de una buena educación sexual, necesidad de ejercer su independencia, tipo de familia que tenga, nivel educativo alcanzado, son ejemplos de situaciones que pueden afectar de manera negativa o positiva al adolescente y traer con ello una serie de consecuencias, en donde se pueden destacar entre muchas, el embarazo adolescente y enfermedades de trasmisión sexual.

Las modernas sociedades en las que hoy en día se viven, influyen de manera favorable a que los adolescentes inician de manera temprana la actividad sexual, sin tener la preparación psicológica necesaria para ello, a esto se le puede sumar el uso inadecuado de métodos anticonceptivos, el utilizar métodos poco eficaces como el coito interrumpido o el no utilizarlos del todo por falta de información, lo cual podría generar un embarazo no deseado.

Con este estudio se puede concluir que el embarazo en la adolescencia es una problemática que no es ajena a la realidad, por el contrario va en aumento a nivel mundial, más que todo en países de África y América Latina.

Y en cuanto la prevalencia sé concluyó que en Costa Rica existió un aumento de embarazos en menores de 19 años ya que respecto al porcentaje de nacimiento en mujeres de 15-19 en 2012, la tasa aumento un 3% respecto al año 1992.

Al ser la adolescencia una etapa de transición en donde se sufren múltiples cambios tanto, físicos, psicológicos como sociales, se concluye que un embarazo en esta época de la vida de la joven en la mayoría de los casos provocaría un impacto negativo físico, emocional y

económico en la joven y con ello una serie de múltiples repercusiones tanto médicas y psicosociales.

Un embarazo en la adolescencia no solo afectaría a la madre sino también a su hijo, a quien podría traerle múltiples consecuencias negativas.

Dentro de las repercusiones psicosociales está la depresión, baja autoestima producto de los cambios corporales que sufre con el embarazo, la deserción escolar o la dificultad para reintegrarse al sistema escolar, lo cual tiene consecuencias en la superación del nivel socioeconómico. Esto se puede deber a que la joven no tenga quien cuida de su niño mientras estudia, o bien ella sienta vergüenza de regresar al centro educativo, incluso por complicaciones médicas de ella o de su hijo.

Como se mencionó anteriormente, la mayoría de las adolescentes no tiene la madurez psicológica para enfrentar un embarazo a su edad y esto puede generar distintos desenlaces acerca de su embarazo o del futuro de su hijo, ya que si no tiene una adecuada orientación o apoyo por parte de las personas mayores que la rodean podrían utilizar drogas durante su embarazo, o tomar la decisión de realizar un aborto inducido, procedimiento que podría generar graves consecuencias médicas, incluso la muerte.

Los embarazos en adolescentes, dependiendo del entorno que rodeen a las jóvenes, la orientación, madurez y ayuda que ellas tengan, podrían tener distintos desenlaces, como dar su hijo (a) en adopción, uso de drogas durante el embarazo, interrupción de la escolaridad, o tomar la decisión de realizar un aborto inducido, el cual podría traer complicaciones hemorrágicas, infecciosas incluso, aumentando el riesgo de mortalidad materna.

Es importante un adecuado control prenatal en las adolescentes, ya que ellas pueden sufrir una serie de complicaciones médicas como lo es la desnutrición, la anemia, la preclampsia o el Síndrome de Mala Adaptación Circulatoria, entre otras, podría ser como consecuencia una morbimortalidad elevada en la joven.

También, en el embarazo adolescente se pueden generar complicaciones durante el parto, en donde una de las razones es la estrechez del canal vaginal, que puede producir un mayor riesgo de lesiones anatómicas.

Hay que tomar en cuenta que un embarazo en una situación de pobreza se torna mucho más complejo, ya que las condiciones para cuidarse; es decir que la madre tenga una alimentación y vivienda adecuada es más difícil si la condición socioeconómica es desfavorable y, además, ejercer la maternidad es producto de más gastos y, por ende, las condiciones económicas se ven aún más limitadas.

Al estar Costa Rica incluida en la población en donde más se encuentra esta problemática, es importante reconocer cuáles son los factores que están generando el aumento de la incidencia del embarazo adolescente y de esta manera generar estrategias que puedan contraatacar este problema y así ir disminuyendo su incidencia a nivel mundial con una adecuada prevención del embarazado adolescente y una adecuada planificación familiar.

La falta de información confiable sobre la salud sexual reproductiva se puede considerar una de las principales causas del aumento de la frecuencia de embarazo adolescente a nivel mundial, y esto se puede deber a la privación de una adecuada educación sexual integrada por parte de las distintas personas que rodean a las jóvenes, ya sea padres de familia, personas de su comunidad, educadores. Esta situación podría darse por el miedo o vergüenza que puede generar este tema, que en cierto tipo de culturas o familias con determinados valores se podría considerar aún un tabú o también tener la idea de que por el hecho de informar a los jóvenes acerca de la sexualidad se va a empezar a desmoronar los valores morales en las adolescentes.

Dentro de los errores que se pueden destacar en la prevención y promoción de la salud de esta población, es que generalmente a nivel mundial se brinda una adecuada promoción de la salud en la niñez, sin embargo, estas acciones pierden fuerza cuando estos niños (as) llegan a la adolescencia, ya que se disminuye la cobertura de atención en esta población y esto contribuye a los desenlaces negativos mencionados anteriormente.

Al ser el embarazo adolescente un problema de origen multifactorial, es necesario que las estrategias que se realicen para lograr la disminución de la incidencia y la prevención de un embarazo adolescente, logren abordar al adolescente de una manera integral, ya que ellos se encuentran en una etapa en donde requieren de mucha educación y orientación acerca de situaciones como las mencionadas anteriormente. Por tanto, orientarlos para que puedan enfrentar a lo largo de su vida este acontecimiento de una manera lo más serena y efectivamente posible. De esta manera se evitaría que, por no haber tenido un apoyo adecuado

ni en la atención sanitaria, familia, comunidad, centro educativo, tomaran malas decisiones, cuyas consecuencias, por lo general perjudiciales, tendrían que enfrentar sola.

En mucho de los artículos que se estudiaron se hace mención de que la mayoría de adolescentes embarazadas provienen de un estrato socioeconómico bajo.

Es por lo anterior que sería importante elaborar estrategias para poder trabajar con este tipo de población, las cuales podrían tener como objetivo reducir las consecuencias adversas de un comportamiento sexual inadecuado. La prevención primaria, mediante una educación sanitaria dada en consultas de atención primaria, charlas en centros escolares, campañas de información en la comunidad, fácil acceso a métodos anticonceptivos, podrían ser de vital importancia para disminuir esta problemática.

Es importante prevenir también un segundo embarazo en jóvenes adolescentes que ya son madres, ya que los estudios demostraron que hay un porcentaje de ellas que vuelven a quedar embarazadas al corto tiempo. Esto se puede deber a que aún en estas chicas persisten los factores de riesgo de una mala educación sexual y difícil acceso a métodos anticonceptivos. Lo anterior puede traer aun complicaciones más serias para estas jóvenes, ya que si no estaban preparadas psicológica y económicamente para tener un hijo, tener más de un hijo implicaría una mayor afectación, tanto económica como psicológicamente.

Tomando en cuenta que un alto porcentaje de estas jóvenes abandonan sus estudios, el Ministerio de Educación Pública debe de generar una estrategia que promueva el desarrollo y consolidación de un sistema educativo de excelencia que permita el acceso de toda la población a una educación de calidad, centrada en el desarrollo integral de las personas y en la promoción de una sociedad costarricense integrada por las oportunidades y la igualdad.

La valoración integral de las adolescentes debería de contar con un equipo de médicos, psicólogos, y trabajadores sociales, que ayuden a fomentar una conducta social oportuna y dar atención en los aspectos físicos, emocionales y sociales que forman la personalidad de la joven. Además, sería ideal brindar estrategias como las que se hablaron en los estudios en donde explica que países como Holanda los medios de comunicación han promovido el diálogo abierto y claro sobre las relaciones sexuales y el sistema de salud garantiza el acceso a los métodos anticonceptivos, así como la absoluta confidencialidad.

REFERENCIAS

(INEC), I. N. (2012). *Panoramica demográfico.* San Jóse .

Abma, Martínez y Copen. (2011). Teenagers in the United States: Sexual activity, contraceptive use and childbearing 2006 -2010. *National Survey of Family Growth. Vital and Health Statistics*.

Aguirre, M. C. (2016). Perfil psicosocial de adolescentes gestantes en dos instituciones de salud en Bogotá. *Psicología y Salud*.

Alfaro, A. Á. (2015). Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Alvarez, Pastor, Linares, Serrano, & Rodríguez. (2012). Motivaciones del embarazo. *Elsevier*.

Annicchiarico, F. (2013). El estigma y la educación en Ghana. *Revista Politica de Harvard*.

Ateinzo, E. C. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México.

Bañuelos, F. M. (2015). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de Perfil obstétrico y neonatal de adolescentes atendidas en el Hospital General de Occidente de Jalisco, México: http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/2/2

Barrera, G. P. (2012). Embarazo en la adolescencia: su comportamiento en San Luis. *Revista de Ciencias Médicas*.

Bell, Glover y Alexander (2013). An exploration of pregnant teenagers' views of the future and their decisions to continue or terminate their pregnancy: implications for nursing care. *Journal of Clinical Nursing*.

Blázquez. (2012). Embarazo adolescente. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad* .

Bloom, C. G. (2005). *Obstetricia de Williams.* México D.F: Mc Graw Hill.

Borgoño, B. M. (2011). Embarazo Adolescente. *Revista Pediatrica electrónca*.

Bottorff, Poole, Kelly, Greaves, & Jung, M. y. (2014). Tobacco and alcohol use in the context of adolescent pregnancy and postpartum: a scoping review of the literatur. *Health and Social Care in the Community*.

Castellano, J. H. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.

Cintron, L. y. (2014). Adolescents, Factors Related to Risky Sexual Behaviors and Effective STI/HIV and Pregnancy Intervention Programs for African American. *Heath Nursing*.

Costa, Pinho, Barros, Cassa, Borgata, & Parada, G. d. (2013). Early and late pregnant adolescents and neonatal results: a cohort study.

División, Escobar, & Seguí. (2015). Provisión gratuita de anticonceptivos de larga duración y embarazos en adolescentes. *Elsevier*.

Duverges, C. F. (2005). *Obstetricia.* Buenos Aires: Editorial El Ateneo.

Faye & Adams (2014). Experiences with Pregnancy of Adolescents with Disabilities from the Perspectives of the School Social Workers Who Serve The. *Health and Social Work*.

Figueredo, L. V. (2015). Impacto psicosocial del embarazo en las adolescentes. *Revista Educacion en Valores*.

Gamboa, C. (2013). El embarazo en adolescentes .

Gennari. (2013). Adolescent Pregnancy in Developing Countries. *International Journal of Childbirth Education*.

Gómez, M. y. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. *Federación latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología*.

Gónzalez, A. (2012). Distribución espacial e identificación de los principales determinantes de la fecundidad adolescente en Costa Rica.

Hernández, M. y. (2015). Embarazo en la adolescencia . *Ginecol Obstet Mex*.

J. Colomer Revuelta, O. C.-V. (2013). Prevención del embarazo en la adolescencia. *Grupo Prevlnfad/ PAPPS Infancia y Adolescencia*.

Jiménez, L. P. (2015). Perfil Obstetétrico de adolescentes embarazadas en un hospial público: riesgo al inicio del trabajo de parto, posparto y puerperio. *Revista Latino- Am.Enfermagem*.

Jiménez, M. P. (2012). Embarazoen adolescentes y sus repercusiones materno perinatalaes. *Ginecología y Obstetricia de México*.

Kahn, A. (2013). El efecto de embarazo adolescente en el comportamiento sexual de los hermanos.

Kan, Silber, LeTourneau, Williams, Jones, Hampton & Richmond (2012). The Adolescent Family Life Program: A Multisite Evaluation of Federally Funded Projects Serving Pregnant and Parenting Adolescents. *American Journal of Public Health*.

Leiva, L. y. (2014). Opiniones de profesionales de la salud sobre el embarazo en la adolescencia. *Psicoperspectivas: individio y sociedad*.

López, Y. (2012). Embarazo en la adolescencia y su repercusión biopsicosocial sobre el organismo de la madre y de su futuro hijo. *Revista Cubana de Enfermería*.

Lugones, M. (2013). Embarazo en la adolescencia, importancia de su prevención en la Atención Primaria de la Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.

Magness. (2012). Adolescent Pregnancy: The Role of the Healthcare Provider. *International Journal of Childbirth Education*.

Ministerio de Salud . (2010). *Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.* San José.

Montgomery, Folken y Seitl (2014). Addressing Adolescent Pregnancy With Legislation. *Health Care Advocate*.

Muñoz. (14 de Agosto de 2015). La Gaceta Nº 158. *La Gaceta*.

Noguera & Alvarado (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*.

Okoli C, G. L. (2013). Sex differences in smoking initiation among children and adolescents. *Public Health*.

Organizacion Mundial de la salud (OMS). (Setiembre de 2014). Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/

Panduro, Jiménez, Pérez, & Quezada, E. P. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatale. *Ginecología y Obstretricia de México*.

Pérez, Miric & Vargas (2011). Embarazo adolescente en la República Dominicana. *Profamilia*.

Pharris & Turnage (2013). Supporting the Pregnant Adolescent. *International Journal of Childbirth Education*.

Pierce & Anderson. (2015). Depressive Symptoms and Violence Exposure: Contributors to Repeat Pregnancies Among Adolescents. *The Journal of Perinatal Education*.

Pires, Araújo-Pedrosa & Canavarro (2013). Examining the Links Between Perceived Impact of Pregnancy, Depressive Symptoms, and Quality of Life During Adolescent Pregnancy: The Buffering Role of Social Support. *Matern Child Health Jouney*.

Pressiani & Barrozo (2011). Embarazo adolescente entre los 12 y 19 años.

Prevention, C. f. (2011). Teen pregnancy: The importance of prevention. *Retrieved from http://www.cdc.gov/Features/VitalSigns/ TeenPregnancy*.

Robbins, S. P. (2012). Contemporary human behavior theory: A critical perspective for social work.

Rojas, E. (2012). La atención educativa de adolescentes embarazadas de I y II Ciclo en la educación pública Costarricense. *Departamento de Estudios e Investigación Educativa del Ministerio de Educación Pública*.

Romero, Pulido, Gutiérrez, García, Torres, Shea, Lizaola & Alvarez. (2010). La frecuencia cardiaca fetal en embarazadas adolescentes. *Elsevier*.

Shandra & Chowdhury (2012). The first sexual experience among adolescent girls with and without disabilities . *Journal of Youth and Adolescence*.

Shandra, C. L. (2011). Life-course transitions among adolescents with and without disabilities. *International Journal of Sociology*.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2014). Embarazo en la adolescencia. *Elsevier España*.

Triviño, Muñoz-Santanach, Trenchs, Valls, & Luaces. (2011). Evolución de la incidencia de test de embarazo positivo en adolescentes atendidas en un servicio de urgencias. *Elsevier*.

Tzilos, G. K. (2012). Psychosocial factors associated with depression severity in pregnant adolescents. . *Archives of Women's Mental Health*.

Zastrow & Kirst-Ashman (2013). *Understanding human behavior and the social environment.* Belmont, CA: Brooks/Cole.