

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO COMUNITARIO SUR MORÓN

Título: Caracterización de gestantes adolescentes pertenecientes al Municipio de Bolivia.

TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Autora: Dra. Yannys Yeleyni Cabrera Pérez.

2022

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA
POLICLÍNICO COMUNITARIO SUR MORÓN

Título: Caracterización de gestantes adolescentes pertenecientes al Municipio de Bolivia.

TESIS EN OPCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Autora: Dra. Yannys Cabrera Pérez.

Tutor: Doris Imilsis Suarez Lemes

Morón, 2022

P E N S A M I E N T O

"Estamos luchando por crear el mejor capital médico del mundo. Y no solo para nosotros, sino para los pueblos de América Latina, y otros pueblos del mundo."

Fidel Castro Ruz.

DEDICATORIA

A Dios, eterno Maestro en la vida, Preceptor en el camino del éxito,
Pedagogo permanente de la conciencia.

A mi madre, orientadora incansable con el esfuerzo, asesora del éxito
orientando con su apoyo al estudio, al trabajo y a la honestidad.

A mis maestros, guías permanentes en el esfuerzo diario, dosificadores
con sus conocimientos, mentores profundos de la sabiduría, intérpretes de
nuestras capacidades y tutores de nuestro destino.

A G R A D E C I M I E N T O S

A mis padres, forjadores de mi vida, de mi vocación, de mi aptitud y de mi inspiración.

A mis maestros, por sus sabias enseñanzas, eruditos en todo, expertos e inteligentes e investigadores prudentes.

A mis familiares y amigos por el apoyo incondicional, por el soporte de su mensaje que fue de ayuda y colaboración hasta el final.

R E S U M E N

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de caracterizar a las gestantes adolescentes pertenecientes al Municipio de Bolivia, en el período comprendido entre septiembre de 2020 hasta septiembre de 2022. Se recolectaron los datos a través de una Planilla de Recolección de la Información diseñada por la autora y validada por especialistas sobre las diversas variables tanto cualitativa como cuantitativa que se desean obtener y que estén relacionadas con los objetivos trazados en la investigación. El universo estuvo constituido por 148 gestantes adolescentes, se utilizó como técnica estadística el muestreo no probabilístico intencional. Se determinaron y tuvieron en cuenta criterios de inclusión y exclusión. Se evidenció en el estudio un predominio de adolescentes entre 17 y 18 años, solteras, residiendo en áreas rurales, nulíparas y con factores de riesgos de bajo peso materno. Los riesgos psicosociales hallados en la muestra fueron los problemas familiares casi al unísono con la falta de educación sexual, fue el Parto prematuro la principal complicación evidenciada y la cesárea como tipo de parto.

Palabras Clave: embarazo en la adolescencia, gestantes

INDICE

Contenidos	Páginas
Introducción	1 - 5
Marco Teórico	6 - 22
Materiales y Métodos	23 - 26
Resultados y Discusión	27 - 34
Conclusiones	35
Recomendaciones	36
Referencias Bibliográficas	37
Anexos	

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes es cada día más frecuente en nuestro medio, es un problema importante de salud pública, tanto en los países en vías de desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños.

El embarazo trae a menudo graves problemas de tipo social para la adolescente, en algunos casos la adolescente es obligada a casarse con el padre del niño. Sin embargo, el pronóstico de los matrimonios en estas circunstancias no es muy consolador. Una gran mayoría permanece soltera, lo que produce que tengan que dejar la escuela e interrumpir su educación, reduciendo sus posibilidades de empleo futuro.

Como consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la mujer recurra a un aborto inseguro, de que inicie la atención prenatal tarde o reciba poco cuidado prenatal, y que el niño nazca con bajo peso u otro problema. Con respecto a los riesgos que, desde el punto de vista de la salud, se sabe que el parto antes de los 18 años conlleva peligros de salud tanto para la madre como para el hijo.

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo considerado un problema en todos los países del mundo, con marcada importancia en países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Es así como en América Latina un 15 a un 25% de los Recién Nacidos Vivos son hijos de una madre menor de 20 años ¹

En los países andinos viven alrededor de 28 millones de adolescentes entre 10 a 19 años, de los cuales la mitad pertenece al grupo de 10 a 14 y la otra al grupo de 15 a 19 años. Los adolescentes representan al 20% del total de la población andina.

De los 7 millones de adolescentes mujeres entre 15 a 19 años, se estima que 1.5 millones ya son madres o están embarazadas, siendo gran parte de estos embarazos no planificados. "La probabilidad de ser madres en

esta etapa aumenta entre las mujeres pertenecientes a los grupos de mayor pobreza y sin protección”

En América Latina, la fecundidad adolescente no muestra una tendencia sistemática a la baja como en otros países del mundo. De hecho, en la región se calcula que existe alrededor de 80 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad, a nivel mundial esta tasa es inferior únicamente a la que se encuentra en África Sub-Sahariana. Además, América Latina es la región del mundo donde la mayor fracción del total de nacimientos son los de madres adolescentes, es una característica de la región. Aunque también en algunos países industrializados se da esta tónica (Reino Unido, Canadá; Austria, Islandia) Dentro de los países de la región Chile y Perú presentan el porcentaje más bajo, seguido por Bolivia, mientras que, en Colombia, Ecuador y Venezuela, más del 20% de las adolescentes son madres o están embarazadas.²

En el Ecuador viven cerca de dos millones y medio de adolescentes entre 10 y 19 años. Los adolescentes representan el 20% de la población ecuatoriana. La tendencia de la fecundidad adolescente en el país en la última década incrementó, siendo la más alta de la región subandina y oscila alrededor de 100 nacimientos por cada mil mujeres.

Las proporciones de maternidad adolescentes son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), el (34.1%) tienen instrucción primaria comparadas con las de niveles educativos más altos (11% con secundaria completa). La Costa es la región con más índice de embarazos adolescentes en Ecuador.³

La adolescencia es una etapa de muchos cambios: físicos, emocionales y afectivos que repercuten en las interacciones familiares y sociales. Si una adolescente se embaraza, de alguna manera, frena y paraliza su normal desarrollo y no logra la madurez en todos los factores mencionados.

Asumir la maternidad, en una edad en la que todavía no se ha asumido completamente la propia identidad, hace que la situación se torne sumamente difícil y, excepto algunos casos, catastrófica.⁴

La adolescencia es una etapa de transición de los 11 años hasta los 18, etapa en que se suceden cambios corporales y psicológicos, a la que comúnmente llamamos pubertad, en ella la aparición de la menstruación en la mujer que es un símbolo identificador que ya puede ser madre. Cambios físicos, psicológicos la aparición de la primera menstruación o menarquía en la niña y la ovulación.

El valor genético juega un valor importante, generalmente se inicia alrededor, de los nueve a once años en las niñas y en los varones de 11 a 14 años en que aparece su fuerza reproductiva. Estas cifras no son exactas ya que varían los cambios biológicos por razón de género, la alimentación de la lactancia y la precocidad con los incentivos de la pornografía y la televisión.⁵

El embarazo precoz se define como la gestación que ocurre durante los primeros años ginecológicos de la mujer. Actualmente, los países vías de desarrollos son los primeros que presentan este problema.

El embarazo en la adolescencia es un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea.

En esta etapa la mujer no tiene la madurez suficiente para enfrentar tanto biológica como socialmente una gestación, pero aun así ella ya puede quedar embarazada previo a una relación sexual.

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, problemas familiares y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarla y protegerla.⁶

Las adolescentes embarazadas son discriminadas por ciertas instituciones educativas y la sociedad por lo que los sueños de una futura educación se ven muchas veces frustrados. Este problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de sexualidad en las escuelas, y colegios, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo se considera que el número de embarazos no deseados entre adolescentes sigue siendo elevado.⁷

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores riesgos médicos (anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte perinatal, preeclampsia, etc.), problemas psicológicos en la madre (depresión postparto, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales (bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros). El riesgo de mortalidad materna es mayor entre las adolescentes, aunque los factores económicos, sociales, de nutrición y de atención prenatal pueden influir en cierto grado.

Es por lo anterior que se plantea el siguiente **problema científico**: ¿Qué caracteriza a las gestantes adolescentes?

Objetivo General:

Caracterizar a las gestantes adolescentes pertenecientes al Municipio de Bolivia.

Objetivos específicos.

1-Argumentar los sustentos teóricos relacionados con el embarazo en la adolescencia.

2-Determinar en las gestantes grupo de edades, estado civil y lugar de residencia.

3-Identificar paridad, factores de riesgos, riesgos psico sociales, complicaciones y tipo de parto.

MARCO TEÓRICO

La adolescencia no es un proceso meramente biológico, sino también psicológico y social que asume características diferentes según las estructuras sociales y culturales de cada sociedad en particular. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia comprende el grupo etáreo de 10 a 19 años de edad. La adolescencia comprende 3 etapas, adolescencia temprana, media y tardía.⁸

Tanto en el plano biológico como en el psicológico existe mayor capacidad de compromiso y el intimar es propio de esta edad.

Paralelamente se consigue la identidad, que implica una autoimagen estable a lo largo del tiempo, adquiere la capacidad de planificar el futuro y de preocuparse por los planes concretos de estudio, trabajo, vida común de pareja.⁹

La relación con la familia a veces vuelve a ser importante con una visión menos crítica y una actitud menos beligerante hacia los padres.

El estudio de la adolescencia es la comprensión de los períodos adyacentes: la niñez y la adultez. Mientras el adulto y el niño tienen un concepto claro del grupo a que pertenecen, el adolescente queda entre ambos sin definirse claramente en ninguno de ellos dado a que la sociedad lo trata ambiguamente. El adolescente tiene una franca dificultad para lograr su ubicación social y ejerce sus obligaciones por lo que su conducta refleja inseguridad.¹⁰

La sexualidad es parte integral de nuestras vidas desde el nacimiento hasta la muerte. Para los adolescentes, el hacerse cargo de su emergente sexualidad es parte del proceso natural de transformación en adulto.

Para entender la sexualidad en la adolescencia debemos considerar el desarrollo del adolescente y a la sexualidad humana en su sentido más amplio. Cuando uno piensa en sexo, en general piensa en la conducta

sexual. Sin embargo, el sexo o la sexualidad, es mucho más que el comportamiento.

En la adolescencia comienza un largo proceso de autodefinición. Siendo la definición sexual y de género dos procesos claves. El deseo y el interés sexual se incrementan en la medida que se acelera el desarrollo hormonal y al mismo tiempo enfrentan opuestas presiones de su familia, de sus padres y de la sociedad en general, en cuanto a aceptar ciertas normas de acuerdo a su rol estereotipado de género. ¹¹

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica cero o edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

Los factores que facilitan que una adolescente quede embarazada son de orden físico, psicológico, social y cultural: desconocimiento del uso y forma de adquisición de métodos anticonceptivos, escasa preparación para asumir su sexualidad, inmadurez emocional que obstaculiza el análisis de las consecuencias de sus actos, el miedo a estar sola, la posibilidad de sentirse adulta, la carencia de afecto, la necesidad de reafirmarse como mujer, relación y comunicación inadecuada con los padres, curiosidad sexual, búsqueda de independencia, privación económica, baja autoestima, bajo nivel de educación, falta de relaciones estrechas y de confianza, entre otras.

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura y por consiguiente a un embarazo, pues una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y además puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo que le permite huir de un hogar patológico.

Se han descrito como factores familiares de riesgo: inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente, enfermedad crónica de uno de los padres. ¹²

Hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez de la adolescencia temprana, media y tardía. La adolescente temprana ligada a su madre y a sus propias necesidades, no es capaz de pensar en el embarazo como un evento que va a culminar transformándola en madre. El tema de la maternidad le provoca depresión y aislamiento. No hay lugar para el padre, el varón está ausente de sus planes.

En la adolescencia media es común ver una dramatización de la experiencia corporal y emocional, se siente posesiva en relación al feto, que a su vez es experimental como un instrumento poderoso de la afirmación de independencia de los padres.

Su actitud es ambivalente: de culpa y de orgullo. Por momentos idealizan el futuro, en otros se desesperan con las responsabilidades que se les avecinan. El varón es considerado importante con una esperanza en el futuro.

Es en la etapa de la adolescencia tardía que se ve la adaptación al impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por temas de la realidad (prácticos) y se dedican a los placeres de la anidación. Hay sentimientos maternales protectores y sensación de anticipación del hijo. Búsqueda de afecto y compromisos e parte del varón y establecimiento con un futuro compañero.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación de pareja, ingresos inferiores de por vida, no completa su función de adolescente, no puede establecer una familia, no puede alcanzar su potencial de vida, todo esto constituye el llamado síndrome del fracaso.

Puede suceder varios cuadros sindrómicos post natales:

Rol materno disfuncional: la chica continúa comportándose como adolescente, no usa contraceptivos, sale con los amigos y tiene mucho riesgo de salir embarazada nuevamente.

Rol materno Transicional negativo: comienza siendo una buena madre y terminó comportándose nuevamente como adolescente.

Rol materno Transicional positivo: inicia siendo mala madre y termina siendo buena mamá.

Rol materno funcional: siempre se comporta como buena madre. ¹³

La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método del calendario, (no siempre bien utilizados) seguido de la píldora.

La actividad sexual precoz y sin protección puede originar un embarazo, Enfermedades de Transmisión Sexual, pero en general la morbilidad y mortalidad durante el período de la adolescencia no es comparable con los efectos y costos que se evidencian más tarde, por las importantes repercusiones que la misma tiene en el desarrollo biológico, social y psicológico de la joven generación. ¹⁴

La sexualidad de las adolescentes es un tema que ha adquirido gran interés en las últimas décadas; es un proceso útil que se inicia desde el nacimiento hasta la muerte y constituye un todo con la vida misma, es un elemento integrante fundamental de la personalidad.

Resulta impostergable considerarla en el contexto de la salud integral de los adolescentes, por la repercusión que tiene en el estilo de vida e incorporar la educación sexual temprana como estrategia de intervención en el marco de la promoción y prevención de la salud a través del ciclo vital, de esta manera se puede entender e incorporar la sexualidad como una construcción social que lejos de incluir únicamente el ámbito de la vivencia individual, se recrea en el espacio simbólico, social y cultural. ¹⁵

La conducta sexual en las adolescentes ha cambiado en forma significativa a lo largo de este último siglo, donde se ha observado que la edad promedio de la menarquía se ha adelantado; lo cual determina un largo período de tiempo en que los adolescentes ya han adquirido capacidad reproductiva y aún no logran el cumplimiento de las tareas psicológicas de la adolescencia como son el alargamiento de una independencia afectiva y económica de su familia de origen; es por ello que los múltiples cambios que vive el adolescente lo colocan en una situación de alto riesgo.¹⁶

Estos cambios, las hacen susceptibles de afrontar diversos problemas de salud, como el embarazo precoz, el cual es relativamente frecuente, pues más de 15 millones de adolescentes entre 15 y 19 años paren anualmente y 5 millones de abortos ocurren a esas edades).¹⁷

La educación sexual es el proceso educativo vinculado estrechamente a la formación integral de los niños y los jóvenes que les aporta elementos de esclarecimiento y reflexión para favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad, que puedan reconocer, identificarse y aceptarse como seres sexuales y sexuados, sin temores, angustias ni sentimientos de culpa, para que favorezcan las relaciones interpersonales y la capacidad de amar, destacando el valor del componente afectivo para el ser humano y para proporcionar la vida en pareja y la armonía familiar.¹⁸

La educación sexual debería comenzar lo más pronto posible, no en el momento del nacimiento sino en el momento de la concepción del nuevo ser y continuar de nuevo de forma armónica y progresiva durante toda la vida.¹⁹

A través de una buena educación sexual los adolescentes podrán desarrollar el conocimiento y la confianza necesaria para tomar decisiones relacionadas con el comportamiento sexual, incluso la decisión de no tener relaciones sexuales hasta que estén preparados para ello.

El hecho de que se hable o eduque a los jóvenes en anticoncepción:

- aumenta la frecuencia de las relaciones sexuales.
- Aumenta el uso de los anticonceptivos en los ya sexualmente activos.
- Aumenta la edad de inicio de vida sexual activa
- Se les brinda información básica.
- Se delimitan responsabilidades.

Otros autores señalan que cerca de la mitad de todos los adolescentes no utiliza preservativos en su primera relación sexual, existe por parte de los y las jóvenes poca aceptación, evidenciando despreocupación ante la protección de la actividad sexual. ²⁰

Existen criterios en relación con el uso de los anticonceptivos como favorecedores del incremento de la promiscuidad sexual produciéndose un cuestionamiento moral de la difusión del uso de los mismos. Quienes difunden este criterio plantean que la pérdida del temor al embarazo provocada por la disponibilidad de anticonceptivos seguros y confiables ha provocado un aumento en el número de las adolescentes con relaciones sexuales activas, así como la promiscuidad de estas relaciones con el consiguiente incremento de las enfermedades de transmisión sexual. ²¹

Aunque existen algunos detractores del preservativo como medio eficaz de protección, fundamentalmente ligados a concepciones religiosas, está demostrado que es el mejor anticonceptivo en estas edades por su inocuidad y ausencia de efectos colaterales, y además es la forma más eficaz de protección contra las ITS, entre ellas inclusive el VIH/SIDA. Se ha llegado a plantear que el condón tiene alguna sustancia capaz de inactivar el VIH, aunque no se ha logrado identificar. Sin embargo, no se le usa regularmente porque existen mitos y creencias en su contra, sobre todo, en adolescentes y jóvenes que se exponen a un mayor riesgo de infección por estas enfermedades. Se reconoce el papel fundamental que juega la comunicación en la adolescencia, principalmente con los padres y

amigos, ya que esta influye en la formación y modificación de actitudes y conductas de los jóvenes. ²²

En su mayoría los jóvenes adolescentes son considerablemente sensibles, tocante a la opinión de sus iguales, la percepción de lo que piensan los compañeros tiene por lo común mayor influencia en el comportamiento sexual o en cualquier otro tipo de comportamiento arriesgado, comparado con las opiniones de los padres y otros adultos. De tal forma que se ha observado en estudios que el 29.5% de los jóvenes prefieren hablar con sus amigos, sobre el VIH/SIDA, mientras que un 18.5% recurren a sus maestros, y un 15.7% prefieren no hablar sobre este tema.; cabe destacar que se hace referencia que solo un 4.4% platican con sus padres.

La falta de información para protegerse de las ITS y la actividad sexual indiscriminada y sin protección que suelen tener los adolescentes y jóvenes, son los factores y conductas de riesgo más frecuentes en la adquisición de estas enfermedades, que afectan sobre todo a la población comprendida entre los 15 y los 24 años, y que constituyen un verdadero problema de salud en estas edades, al cual se añade el riesgo a la salud del embarazo precoz si se trata del sexo femenino, y la frustración social que trae para la adolescente o la joven que generalmente se ve impedida de concluir su proyecto de vida. ²³

En este aspecto, estudios han revelado que existe un consenso alto en los conocimientos entre los diferentes estratos socioeconómicos y entre géneros. Sin embargo, el mayor nivel de consenso fue manifiesto y en los estratos superiores, por lo cual se puede inferir que existe una heterogeneidad, solventada en la diferenciación socioeconómica.

Por lo cual, al diseñar los programas de atención para los adolescentes, se considere el nivel social al que pertenece. Para aquellos del segmento alto las estrategias se dirigirán a los padres a fin de que transmitan la información a sus hijos, mientras que, a los segmentos sociales

desfavorecidos, donde los padres no aparecen como interlocutores, acaso la estrategia más segura sea la instrucción entre jóvenes.

Esto hace llegar a la siguiente consideración, que, en las relaciones sexuales de los adolescentes, cuando se protegen, predominan los que lo hacen pensando en sí mismo y no en su pareja, cada uno asume la protección del riesgo que quiere evitar, el varón la infección de transmisión sexual (ITS) y la mujer el embarazo no deseado. ²⁴⁻³²

En muchos países este problema en el adolescente está presente, las estrategias educativas, en gran medida, están dirigidas a medicalizar la atención a los adolescentes y no a tratarlos con un enfoque social; estas estrategias y las habilidades en algunos programas no toman en cuenta la comunicación.

Debido a ello los resultados de esta labor educativa, cuando más, logran un individuo informado, pero esto no indica que esta información se traduzca en una conducta sexualmente responsable. Por ello para lograr resultados en las estrategias dirigidas a los adolescentes es necesario fortalecer el comportamiento sexual responsable, donde un componente fundamental es el dominio sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales. ²⁵

Además, es necesario considerar cuáles otros elementos les permiten a los(as) adolescentes desarrollar la capacidad para tomar decisiones responsables y elegir las alternativas que los ayudarán, cada vez más, a lograr bienestar físico, mental y social, y que las acciones resulten eficaces en materia de salud sexual y reproductiva, dirigidas a mejorar el bienestar de los jóvenes, a que aumente su autoestima y les brinde la recompensa que se deriva del sentimiento de la realización personal.

Un aspecto muy importante a considerar para disminuir los riesgos en la salud sexual y reproductiva de los(as) adolescentes sería lograr la participación efectiva de ellos en el diseño, planificación, monitoreo y

evaluación de las acciones dirigidas a la salud del adolescente, vistas estas desde una forma integral en todos los escenarios donde se desarrollan los programas de salud. ³³

Esto podría contribuir a fortalecer en los adolescentes un comportamiento sexual responsable, donde un componente fundamental es el dominio sobre cómo protegerse en las relaciones sexuales.

Se ha observado que la capacitación en ciertos casos aumenta poco la motivación para el uso de condón, a pesar de que los jóvenes se perciben a sí mismos en riesgo para adquirir la infección por VIH y otras ITS. Los cursos de educación sexual parecen no tener un impacto importante en el comportamiento sexual tales como el coito, en retrasar en forma significativa el inicio de las relaciones coitales, y no modifican sustancialmente el patrón de comportamiento sexual en general ni las actitudes frente a la sexualidad. Asimismo, se observa que algunos programas educativos sobre reproducción no aumentan en forma importante el conocimiento sobre planificación familiar.

No obstante, la frecuencia de prácticas seguras recomendables se podría incrementar con programas educativos; esfuerzos mayores en la educación sexual de adolescentes podrían aumentar la cifra actual de uso de condón en 10% ó más. ³⁴

Se ha discutido en repetidas ocasiones la edad en la que se deben comenzar los programas de educación sexual. Algunos autores sostienen que la educación sexual tiene mayor efectividad cuando se inicia a muy temprana edad; los jóvenes comparten la misma opinión.

En un estudio realizado, informaron que la educación sexual debía comenzar tempranamente y cubrir una amplia gama de tópicos como los aspectos emocionales y sociales de la sexualidad y las relaciones interpersonales. De la misma forma reconocen la importancia de estos programas; muchos adolescentes que no han estado vinculados con ellos,

desean haber tenido un programa de educación sexual durante la formación académica.³⁵

La efectividad de estas intervenciones reduciría en forma notable las consecuencias emocionales y sociales relacionadas con conductas sexuales riesgosas e incrementaría la percepción de riesgo ante tales circunstancias. En el desarrollo y madurez de una mayor percepción de riesgo ante las ITS existe un grupo de factores importantes que, si bien no son los únicos tal vez, pudieran considerarse como los más decisivos.

La familia es uno de los microambientes donde permanece el adolescente y por lo tanto es responsable de lograr que su función favorezca un estilo de vida saludable, el que debe promover el bienestar y desarrollo de sus miembros.

Como unidad psicosocial, la familia está sujeta a la influencia de factores socioculturales, protectores y de riesgo cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Cuando la familia funciona de forma adecuada es uno de los focos de prevención primordial y primaria.³⁶

A nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes, el deseo y el interés sexual se incrementan en la medida que se acelera el desarrollo hormonal con una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose con esto la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

La adolescencia no solo se arriesga porque violenta su proyecto de vida, sus estudios, desde el punto de vista social, sino también que se enfrenta a la fisiología de su organismo, ya que no está suficientemente preparado para asumir el proceso, en algunos casos con consecuencias muy peligrosas, ni tampoco tiene la madurez psicológica para crear a sus hijos. No tienen en cuenta toda la repercusión que lleva implícito el surgimiento de una nueva vida. Un hijo siempre es bien recibido, pero trae aparejados

cambios en la estabilidad familiar, con modificaciones en el desarrollo de las actividades en el hogar. Es de significación mundial, tanto para médicos, sociólogos, educadores, psicólogos como en la prensa escrita y otros medios. ³³

El embarazo en edades más tempranas se asocia a mayores riesgos como, (anemia, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte perinatal, etc.) problemas psicológicos en la madre (depresión post-parto, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales.

El no adecuado control prenatal es un factor que puede conllevar a un desenlace fatal del embarazo, máxime que en estos casos muchas veces no se cuenta con las estructuras biológicas completamente desarrolladas. Las complicaciones del parto es otro elemento a las que se le debe dar seguimiento especial en estas mujeres.

Aisladamente embarazo y adolescencia son términos que se asocian con alegría, esperanza y futuro, pero cuando estos coinciden, son motivos de preocupación ya que por lo general la alegría se opaca y se transforma en un problema, esto está dado justamente porque el futuro de ambos conceptos se torna incierto. Habrá una niña mujer que abandonará precozmente los juguetes para asumir responsabilidades adultas, sin tener la preparación adecuada, se traduce en la frustración de un proyecto de vida que se verá interrumpido y un ser a quien le esperan situaciones difíciles. ³⁷

Los riesgos médicos asociados con el embarazo de las adolescentes determinan la elevación de la morbimortalidad materna e infantil.

El costo de término de morbilidad y mortalidad materno infantil y el impacto psicosocial del embarazo es importante si se considera que es un fenómeno prevenible. La etiología se relaciona con factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, expectativa del grupo de

padres respecto a la iniciación de las relaciones sexuales, declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad. (Bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros).³⁸

En estudios recientes se encontró que en Cuba más del 50% de las adolescentes embarazadas sin apoyo familiar se mantuvo desvinculada en los estudios y del trabajo, la mayoría de ellas miembro de una familia disfuncional, concluyéndose que el apoyo familiar a la madre adolescente resulte determinante para el buen desempeño de esta y para la salud de su hijo.

La familia, que todavía no tiene la capacitación necesaria en muchas oportunidades. Esto también está muy relacionado con el nivel alcanzado sobre todo por los padres y/o tutores, con el origen urbano o rural, con el acceso a los medios de difusión. Merece la pena destacar la importancia de esta célula de la sociedad por cuanto es: el medio donde se recibe la primera información del mundo donde se introduce el sistema de normas de vida elementales y se establecen las primeras regulaciones conductuales donde se establecen los patrones éticos y estéticos elementales donde se establecen las primeras relaciones afectivas.³⁹

El sistema educacional, pues está encargado de diseñar y poner en marcha todo lo que a educación sexual se refiere, a la vez que, por contar con el personal preparado, debe incidir en los restantes elementos de la sociedad para que contribuyan de manera directa o indirecta en la solución del referido problema.

Tanto la literatura nacional como extranjera refieren que la educación en los aspectos relacionados con los riesgos del embarazo, aborto e infecciones de transmisión sexual en adolescentes debe estar encaminada a promover cambios en la conducta y en las actitudes; se persigue un

objetivo: la comunicación como proceso de interacción social que debe llevar mensajes claros y precisos.

Es por ello que resulta imprescindible que se realicen modelos de intervención que siempre deben ser explicativos de la realidad para que puedan generar un aprendizaje activo, una conciencia crítica y un discernimiento ético, con una cultura sobre los derechos sexuales. Se sabe que la maternidad y paternidad del embarazo es responsabilidad de la pareja, investigaciones realizadas en relación con la familia, ponen de manifiesto que lo más resistente es la división de las funciones y el desempeño de roles acorde al arquetipo sexual tradicional dentro de la familia. Se mantiene un modelo tradicional de distribución de tareas domésticas, una tendencia a la educación diferenciada por sexo, un modelo de maternidad, de abnegación y sacrificio, un modelo de paternidad periférico.

La adolescencia durante mucho tiempo se consideró solo un tránsito entre la infancia y la adultez; pero hoy existen motivos suficientes para considerarla como una etapa dentro del proceso de desarrollo del ser humano, y exclusivo de la especie. Trascurre a partir de los 10 hasta los 19 años aproximadamente, y se define este periodo como una época en que el individuo progresa desde el inicio de las características sexuales secundarias hasta la madurez sexual. La problemática del embarazo en la adolescencia afecta a varias regiones del mundo y Cuba no está exenta; el incremento de riesgos, incluyendo los abortos en este grupo poblacional, es superior al de todas las mujeres en edades reproductivas, y continúa cobrando efectos muy desfavorables en la salud sexual, los que pueden ser irreversibles, al dejar consecuencias inmediatas como la muerte materna, y secuelas como la necesidad de realizar una histerectomía en edades tan precoces. La importancia que el Estado cubano ofrece a la formación de las nuevas generaciones, al fortalecimiento de las funciones

de la familia en la sociedad y a la prevención y promoción como pilares de la medicina comunitaria, argumentan la importancia y pertinencia del tema abordado.⁴⁰

El embarazo en la adolescencia trae consigo riesgos para la salud de la madre, el hijo, la familia y la sociedad; esto constituye un problema social con repercusión médica. Los riesgos están dados por la inmadurez biológica, psicológica y social que poseen los adolescentes para enfrentar una maternidad y paternidad responsables. En las últimas décadas, las ciencias biomédicas y sociales entre otras han realizado estudios con el propósito de lograr estilos de vida saludables en los adolescentes, principalmente en mejorar su salud sexual y reproductiva. En la actualidad, la educación integral de la sexualidad es considerada una de las vías para darle solución a este inconveniente. Dentro de sus objetivos está: capacitar al hombre para que en sus relaciones con el otro sexo pueda disfrutar de los más elevados valores humanos y crear las condiciones materiales y espirituales óptimas para el fortalecimiento de los más legítimos sentimientos de amor, respeto y solidaridad que sobre la base de la plena igualdad debe existir sobre los miembros.

Se trata no solo de conocer, sino de transformar la educación integral de la sexualidad en la agenda por el desarrollo sostenible con el propósito de fomentar los derechos sexuales y reproductivos.⁴¹

La familia constituye el primer grupo al cual pertenece el ser humano; en ella se modelan sus primeros sentimientos y vivencias, y se incorporan las principales pautas de comportamiento; por tanto, es en el hogar donde se dan las condiciones para que el niño o la niña, mientras crecen, se desarrollen como personalidades maduras y estables, al satisfacer sus necesidades afectivas, de seguridad y confianza, y materiales, requeridas para su crecimiento y desarrollo.

Así, la adolescencia de un miembro de la familia es considerada como una crisis familiar normativa o ligada al ciclo vital de esta. Los cambios y las transformaciones que se dan en la adolescencia, tienen implicaciones en el sistema familiar, y a la vez están impregnados de las pautas y normas de convivencia que se van desarrollando desde la más temprana infancia, en el seno de la familia, la cual es vista como uno de los enfoques integradores que debe ser aplicado como estrategia de atención, y uno de los microambientes promotores de salud, desarrollo y bienestar. El estudio de la familia como grupo social, constituye una necesidad para el profesional de la salud, por ser este el grupo que más influye en la formación de la personalidad. En la familia se adquieren las creencias, los temores y los criterios de riesgo que van a condicionar las actitudes de sus integrantes ante el proceso salud-enfermedad. El funcionamiento familiar puede ser causa de estrés para sus miembros; por otro lado, la familia constituye el sistema de apoyo social más utilizado en situaciones estresantes, como la pérdida de un ser querido, el padecimiento de una enfermedad, entre otros. En cuanto al aspecto funcional del sistema, la familia cumple con determinadas funciones como grupo: la biosocial, la económica y la cultural-espiritual; estas son el resultado del funcionamiento de sus miembros. El papel que desempeña la familia en la determinación de la salud constituye un tema al que bien vale la pena prestarle especial atención, considerando que el Sistema de Salud cubano está sustentado en la práctica de la medicina familiar.

El embarazo en la adolescencia es definido como un "problema" al vincularse con consecuencias no deseadas ni previstas como el aborto ilegal, el abandono y maltrato de los niños y variados conflictos conyugales y familiares, dependencia económica del grupo familiar, delegación del cuidado de los hijos, uniones conyugales forzadas, abandono de los

estudios, dificultades en la inserción laboral y variados problemas de salud del niño y su madre, entre otras.

Existen numerosas experiencias con programas de educación sexual para prevenir la ocurrencia de embarazos en adolescentes. La gran mayoría basan su estrategia en la entrega de información sobre la fisiología de la reproducción humana, promoviendo el uso de métodos anticonceptivos; ellos no han tenido resultados muy impactantes, de modo que las tendencias en las tasas de fecundidad en adolescentes o de abortos en este grupo etéreo no se han reducido en la magnitud esperada. Son múltiples las organizaciones internacionales, instituciones públicas y privadas, preocupadas por la prevención y la educación, en torno al embarazo en la adolescencia. Al respecto, a partir del 2003 se celebra en Latinoamérica, el 26 de septiembre de cada año, el Día Mundial de Prevención del Embarazo no Planificado en adolescentes, como campaña educativa que tiene como objetivo principal crear conciencia entre los jóvenes para que conozcan las diferentes alternativas anticonceptivas que existen y puedan tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, con el fin de prevenir el alto índice de embarazos no planificados. ⁴²

A juicio de la autora se considera que no puede entenderse hoy una política de promoción sanitaria dirigida a los adolescentes, sin una visión intersectorial y multidisciplinaria de sus particularidades. Los niveles de participación alcanzan lo individual, familiar, comunitario y social, de manera que el sistema de salud debe asumir un rol de liderazgo que abarque desde la producción de información necesaria sobre sus requerimientos hasta la propuesta y ejecución de intervenciones, si bien la mayor responsabilidad radica en incluir el tema, con la prioridad que corresponde, en la agenda de todos los sectores.

La Atención Primaria de Salud (APS), con su célula básica en los consultorios del médico y la enfermera de la familia (equipo básico de salud) tiene dentro de sus funciones trabajar con los grupos poblacionales de riesgo de la comunidad. Esto permite una intervención promocional educativa dentro de las que se encuentran: educar sobre la necesidad de asumir la sexualidad de manera responsable en los adolescentes de ambos sexos; promover la planificación familiar y la maternidad y paternidad responsables, con el propósito de favorecer a la salud sexual y reproductiva, así como desarrollar un sentimiento hacia la prevención. Estas medidas incidirán positivamente en el logro de indicadores relacionados con el embarazo en esta etapa de la vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo con el objetivo de caracterizar a las gestantes adolescentes pertenecientes al Municipio de Bolivia, en el período comprendido entre septiembre de 2020 hasta septiembre de 2022.

Se recolectaron los datos a través de una Planilla de Recolección de la Información diseñada por la autora y validada por especialistas sobre las diversas variables tanto cualitativa como cuantitativa que se desean obtener y que estén relacionadas con los objetivos trazados en la investigación.

Se procedió con el ingreso de datos al programa para el análisis de los resultados para con posterioridad elaborar el informe de investigación.

El universo estuvo constituido por 148 gestantes adolescentes, se utilizó como técnica estadística el muestreo no probabilístico intencional.

Se determinaron y tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Todas las gestantes adolescentes pertenecientes al municipio de Bolivia.

Criterios de exclusión:

- Gestantes adolescentes que abandonen el área de salud durante el período que dure el estudio.

Principales Dimensiones e Indicadores utilizadas en el estudio.

1-Grupo de edades. Según edad en años cumplidos, recogida en su Historia Clínica. (Cuantitativa Continua).

1.1-Entre 11 y 13 años

1.2-Entre 14 y 16 años

1.3-Entre 17 y 18 años

2 - Estado civil. Según situación de convivencia administrativamente reconocida de las adolescentes en el momento en que se realiza la recogida de la información. (Cualitativa Nominal Politémica).

2.1 - Soltera

2.2 - Unión estable

2.3 - Casada

3 - Lugar de residencia. Según zona donde resida la adolescente en el momento en que se realiza la recogida de la información. (Cualitativa Nominal Dicotómica).

3.1 - Urbana

3.2 - Rural

4 - Paridad. Según el número total de hijos nacidos vivos que ha tenido la madre hasta el momento en que registra su último hijo. (Cualitativa Nominal Politémica).

2.1 - Nulípara

2.2 - Primípara

2.3 - Multípara

5 - Factores de riesgos. Según factores que complican la gestación. (Cualitativa Nominal Politémica).

5.1 - Vaginosis

5.2 - Traumatismos

5.3 - Exceso físico

5.4 - Bajo Peso Materno

6 - Riesgos psicosociales. Según factores psicológicos o sociales que complican la gestación. (Cualitativa Nominal Politémica).

6.1 - Problemas familiares

6.2 - Maltrato familiar

6.3 - Falta de educación sexual

6.4 - Abuso sexual

7 - Complicaciones. Según complicaciones que pueden sobrevenir en las pacientes. (Cualitativa Nominal Politémica).

7.1 - Preeclampsia

7.2 - Amenaza de Aborto

7.3 - Parto prematuro

7.4 - Ninguna

Métodos e instrumentos de recolección de los datos.

Métodos teóricos:

Histórico-lógico: permitió estudiar el fenómeno del embarazo en la adolescencia desde la antigüedad hasta la actualidad.

Análisis-síntesis: se empleó en el proceso de revisión bibliográfica con el objetivo, de analizar minuciosamente y extraer de forma sintética los postulados teóricos necesarios para la solución del problema científico.

Métodos empíricos:

Análisis documental: permitió realizar una revisión de las historias clínicas de las gestantes. Las variables de interés fueron recogidas y vaciadas a una Planilla de Recolección de la Información confeccionada al efecto (Anexo 1).

Técnicas y procedimientos estadísticos.

Se utilizó la estadística descriptiva, los resultados se expresaron en porcentajes y la comunicación de los resultados del estudio se realizó a través de tablas.

Parámetros éticos.

El estudio se clasifica como un estudio sin riesgo por lo que no requiere de consentimiento informado; sin embargo, se respetó y cumplió con los principios de la bioética, en los que se asegura la confidencialidad de los resultados. Durante el estudio, no se obtuvo nunca el nombre o ningún dato de identificación que pueda vincular a las pacientes con los datos

utilizados de tal forma que la identidad las pacientes y sus hijos involucrados se mantuvieron anónimos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de las gestantes adolescentes según grupo de edades en el período comprendido entre septiembre de 2020 a septiembre de 2022.

Grupo de edades	No.	%
Entre 11 y 13 años	2	1.4
Entre 14 y 16 años	35	23.6
Entre 17 y 18 años	111	75
Total	148	100

Fuente: Historia Clínica.

Al analizar la tabla 1 se observa la distribución de las gestantes adolescentes según grupo de edades, predominando en el 75 % de adolescente entre 17 y 18 años, seguido por las de 14 a 16 en el 23.6% y en menor cuantía entre 11 y 13 años en un 1,4% .

Menéndez Guerrero muestra en su estudio que existe un franco predominio del grupo comprendido entre 17 y 18 años de edad, con 71 casos, para el 47,3% , seguido del grupo de 14 y 15 años, con 24% y el grupo de 18 y 19 años, con 17,3% ; por último, el grupo de 13 años, con un total de 17 casos, para el 11,3% .¹¹

Desde el punto de vista fisiológico, la mujer no alcanza su madurez reproductiva hasta después de cinco años de haber aparecido su primera menstruación; por tanto, hay mayores riesgos maternos, fetales y perinatales, cuando concibe un embarazo antes de ese tiempo. La adolescente embarazada tiene un sistema inmune inmaduro, lo cual puede estar relacionado con una deficiente nutrición materna en gestantes muy jóvenes; los diámetros pelvianos de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño necesario para el recorrido saludable del feto por el canal del parto, lo que origina lesiones traumáticas en el tracto vaginal. Además, de

forma casi general, la mayoría de las jóvenes son nulíparas, lo cual constituye un riesgo.

Tabla 2. Distribución de las gestantes adolescentes según estado civil.

Estado Civil	No	%
Soltera	73	49.3
Unión estable	56	37.8
Casada	19	12.9
Total	148	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 2 se exponen los resultados relacionados con la distribución de las gestantes adolescentes según estado civil predominando en el estudio en el 49.3 % las adolescentes solteras.

Fonseca Álvarez refiere en su estudio que predominaron las adolescentes solteras coincidiendo estos resultados con la investigación realizada, solo el 37,1% tenía pareja estable.

En general, la adolescencia es un período de incertidumbre, en el que la proyección o entendimiento del futuro es aún incipiente, lo que impide la posibilidad de anticipar consecuencias. El desarrollo emocional es todavía incompleto, y existe un escaso desarrollo de las habilidades de comunicación interpersonal, lo que dificulta, en cierta forma, el negociar con la pareja situaciones vinculadas con las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos. ³⁴

Se considera también una etapa de transición de la dependencia hacia la independencia, y el embarazo puede aparentar ser una manera de alcanzar esta independencia, aun cuando no existe estabilidad en la pareja.

El embarazo en la adolescencia en los países desarrollados se produce por lo general fuera del matrimonio y conlleva un estigma social en muchas comunidades. Por estas razones se realizan estudios y campañas con el

objeto de conocer las causas y limitar el número de embarazos a edades tempranas. Sin embargo, en países considerados en desarrollo o subdesarrollados y en particular en ciertas culturas, el embarazo adolescente se produce generalmente dentro del matrimonio y no implica un estigma social. ³⁵

Tabla 3. Distribución de las gestantes adolescentes según lugar de residencia.

Lugar de residencia	No	%
Urbana	54	36.5
Rural	94	63.5
Total	148	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 3 se muestran los resultados relacionados con la distribución de las gestantes adolescentes según lugar de residencia predominando el área rural en un 63,5%, mientras que la urbana fue solo de un 36,5%. Estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud coinciden que resultan más proclives embarazos en adolescentes residentes en entornos rurales desvinculadas del estudio y del trabajo y que aunque las zonas rurales han avanzado aun esos territorios no brindan todas las oportunidades de empleo para las mujeres ya que el trabajo agrícola sigue siendo la opción fundamental. ²⁸

Tabla 4. Distribución de las gestantes adolescentes según paridad.

Paridad	No.	%
Nulípara	104	70.2
Primípara	32	21.6
Multípara	12	8.2
Total	148	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 4 se exponen los resultados relacionados con la distribución de las gestantes según paridad, el mayor por ciento de gestantes adolescentes son las nulíparas, representadas en el 70,2 %, seguidas de las primíparas con un 21,6% y por último en las múltiparas con un 8,2% del total de las gestantes.

Los estudios obtenidos en esta investigación coinciden con estudios desarrollados en Perú por Rivas Alvarado ¹⁷ y Rodríguez Meléndez ²² en Cuba donde predominan las adolescentes nulíparas.

Tabla 5. Distribución de las gestantes adolescentes según Factores de riesgos.

Factores de riesgos	No.	%
Vaginosis	37	35.24
Traumatismos	12	11.43
Exceso físico	17	16.19
Bajo Peso Materno	39	37.14
Total	105	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 5 se refleja la distribución de las gestantes adolescentes según factores de riesgos teniendo el bajo peso materno el mayor porcentaje con un 37.14 %, seguido de la vaginosis con un 35.24%, a continuación, el exceso físico con un 16.19 %, por último, el traumatismo con un 11.43% de los casos

Tabla 6. Distribución de las gestantes adolescentes según riesgos psicosociales.

Riesgos psicosociales	No	%
Problemas familiares	48	32.4
Maltrato familiar	46	31.1
Falta de educación sexual	47	31.7
Abuso sexual	7	4.8
Total	148	100

Fuente: Historia Clínica

Dentro de las causas psico-sociales presentadas en la tabla 6, el mayor porcentaje lo presenta los problemas familiares en un 32,4 % seguido de la falta de educación sexual 31.7 % , seguido de maltrato familiar con el 31,1% y el abuso sexual en menor cuantía con 4.8% .

Los resultados de este estudio son similares a los encontrados por investigadores en Perú y Guatemala ^{17,20}, sin embargo se han hallado otros estudios que no se corresponden con estos resultados desarrollados en Cuba y Venezuela ^{24,25} ,donde se apunta que la falta de preparación de los padres de familia para educar a los hijos en el hogar: ellos son agresivos, exigentes y dominantes quieren aplicar principios y reglas que ellos nunca cumplieron y para que no sigan sus pasos crearán exigentes prohibiciones a fin de escapar de las garras de su enamorado.

La hija se envalentona entonces asfixiada por torturantes prohibiciones. Los problemas del hogar sobre todo la violencia, el maltrato, la incomprensión: la prepotencia el temperamento y la falta oportuna de un consejo eficaz. El inaguantable carácter, la presión y la manipulación del enamorado para obligar a la joven a tener una experiencia sexual, a fin de que acepte y ceda a sus requerimientos como parte del amor, la fidelidad y sobre todo la prueba física del amor. Sienten que sus padres no se ocupan de ella, la marginan: sus problemas se acumulan, buscan la

solución en otras personas; su padre es parte de otro hogar desgraciadamente por lo que sufre el abandono permanente. Busca el apoyo en el enamorado con los problemas permanentes surgidos: con la distancia y la zanja en la familia que fácilmente cae en la obsesión de calmar la ansiedad con un hijo, que al nacer queda fuera de control de sus padres y ya es parte de un nuevo hogar. La distancia de los padres, los problemas del divorcio: la falta de autoridad de un consejero del hogar y de reglas y normas claras trae el desorden a su estabilidad emocional. La falta de educación sexual en el hogar; los padres jamás han hablado de amor, lívido, cópula, genitalidad. No se les ha explicado sobre la excitación y el deseo sexual, no saben que es la maternidad y de cómo con una sola relación sexual pueden ser madres. Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia; la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

Tabla 7. Distribución de las gestantes adolescentes según complicaciones.

Complicaciones	No	%
Pre eclampsia	12	8.1
Amenaza de Aborto	40	27.1
Parto prematuro	86	58.1
Ninguna	34	22.9
Total	148	100

Fuente: Historia Clínica

En la tabla 7 se muestra la distribución de las gestantes adolescentes según complicaciones predominando en la muestra seleccionada el Parto prematuro, 58.1 % seguido de la amenaza de Aborto en el 27.1% y Pre eclampsia en el 8.1 % .

Las adolescentes embarazadas menores de 18 años tienen una mayor incidencia de complicaciones médicas que afectan a la madre y al bebé.

Aproximadamente el 51% de los embarazos en adolescentes terminan en nacidos vivos, el 35% termina en abortos inducidos y el 14% resulta en aborto involuntario o muerte fetal. Las adolescentes presentan bajo peso durante la gestación, por lo que sus hijos también pueden tener bajo peso al nacer, la incidencia de tener un bebé de bajo peso al nacer (< 2500 g) entre las adolescentes es más del doble que la tasa de la misma situación en mujeres adultas, y la tasa de mortalidad neonatal (dentro de los 28 días del nacimiento) es casi 3 veces mayor. La tasa de mortalidad de la madre, aunque baja, es el doble de la de las mujeres embarazadas adultas. Las complicaciones incluyen la muerte materna, fetal tardía, neonatal o infantil, además de mayores riesgos de prematuridad, mortalidad infantil, nutrición insuficiente, entre otros; las complicaciones obstétricas incluyen hemorragias, infecciones y ruptura prematura de membranas ya que, en esta etapa, aún no se ha completado el

crecimiento del canal del parto y la pelvis aún no está madura, por lo que pueden presentarse laceraciones del tracto genital y perineal, y en menor medida extracción dificultosa de hombros y alumbramiento incompleto. ²⁶

El embarazo en la adolescencia se ha asociado con otros problemas médicos, como el pobre aumento de peso materno, la prematuridad (nacimiento a las 37 semanas de gestación), la hipertensión inducida por el embarazo, la anemia y las ETS. Aproximadamente el 14% de los bebés nacidos de adolescentes son prematuros frente al 6% de las mujeres de 25 a 29 años de edad. Las madres jóvenes adolescentes (14 años y más jóvenes) tienen más probabilidades que otros grupos de edad de dar a luz a los niños con bajo peso. ²⁹

CONCLUSIONES

Se evidenció en el estudio un predominio de adolescentes entre 17 y 18 años, solteras, residiendo en áreas rurales, nulíparas y con factores de riesgos de bajo peso materno. Los riesgos psicosociales hallados en la muestra fueron los problemas familiares casi al unísono con la falta de educación sexual, fue el Parto prematuro la principal complicación evidenciada.

RECOMENDACIONES

Ampliar el trabajo integral de los círculos de adolescentes, haciendo énfasis en la educación sexual para prevenir el embarazo a edades tempranas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintero Paredes PP, Catillo Rocumber NC, Roba Lazo CR, Padrón González O, Hernández Hierrazuela ME. Estrategia de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. Rev. Ciencias Médicas. 2016; 16(1): 132-145.
2. WHO. Addressing the sexual and reproductive health of adolescents [Internet] 2017 [Citado 20 feb 2022]. [Aprox 12p.]
3. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, ed. Estrategia Nacional De Salud Sexual y Reproductiva; 2018.
4. Colomer Revuelta J, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. RevPediatr Aten Primaria [Internet] 20 jul.-set. [Citado 20 feb 2022]; 15(59): [Aprox 10p.].
5. Rodríguez Carrion J, Traverso Blanco CI. Sexual behavior in adolescents aged 12 to 17 in Andalusia (Spain). GacSanit. 2019; 26(6):519-24.
6. Colomer Revuelta J. Prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual en adolescentes. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [Internet]. 2013 mar [Citado 20 feb 2022].
7. FamilyCare International. Buenas prácticas para la prevención del embarazo en adolescentes. Colombia: Caracola Consultores; 2012.
8. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud, 2018. 44 ed. La Habana: MINSAP; 2018.
9. Oficina nacional de estadística e Información de la República de Cuba. Anuario Demográfico: Centro de estudios de Población y Desarrollo Edición, 2018. La Habana: Oficina nacional de estadística e Información de la República de Cuba.; 2018

10. Hernández Rodríguez GE. Estrategia educativa para disminuir el embarazo en la adolescencia, en el Área de Salud Taguasco, 2008-2012. [Tesis].
11. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2019; 38(3)333-342.
12. Fonseca Álvarez YC. Intervención educativa sobre embarazo precoz en la adolescencia. [Internet]. 2018 [Citado el 20 de mayo del 2022].
13. Alonso Vila Y. Propuesta de intervención educativa para prevenir el embarazo en la adolescencia. [Tesis]. Cienfuegos: Policlínico Docente Universitario Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja; 2016.
14. Ministerio de Salud Minuta descriptiva. Situación actual embarazo adolescente. Subsecretaría Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento Ciclo Vital. Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes. [Internet]. 2017 [Citado el 8 de agosto del 2022]: [Aprox. 12p].
15. Sánchez J, Vera L. Nivel de Conocimiento de las Madres Adolescentes sobre Inmunizaciones en Niños Menores de 1 Año. [Tesis]. Chiclayo: Centros de Salud José Olaya y Túpac Amaru Chiclayo; 2013.
16. Maxi Pulla AE, Narváez Mora JB, Narváez Vásquez MJ. Factores que influyen en el nivel de conocimientos de las madres adolescentes sobre el esquema del p.a.i del centro de salud n° 1 azogues 2014. [Tesis]. Ecuador: Universidad De Cuenca; 2014.
17. Rivas Alvarado LM. "Programa de prevención del embarazo adolescente en colegios secundarios del distrito de Ventanilla - Perú". [Tesis]. Perú: Universidad Pública de Navarra; 2012.
18. Bastarrachea Sosa IG. Satisfacción de las adolescentes embarazadas con la atención prenatal mediante la aplicación de un modelo educativo

integral en el Hospital General O'Horán, SSY. [Internet]. 2019 [Citado el 8 de marzo del 2022]: [Aprox 10p.].

19. Gil Hernández A, Rodríguez García Y, Rivero Sánchez M. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. AMC. [Internet]. 2019 ene-feb [Citado el 8 de marzo del 2022]; 16 (1): Aprox 10p

20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia. Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2019.

21. González Acevedo C, Casique - Casique L, Hernández Ibarra E, Mena Martínez S. La paternidad adolescente, reflexiones, experiencias y la intervención de enfermería. TLATEMOANI. [Internet]. 2019 abril [Citado 8 de ene 2022]; 15: [Aprox 10p.].

22. Rodríguez Meléndez SV. Caracterización Clínica - Epidemiológica del Embarazo en la Adolescencia. Hospital Universitario "Mártires de Mayarí". Año 2020 [Tesis]. Holguín: Universidad Médica de Holguín; 2020.

23. Córdova Escobar Y. Caracterización del embarazo en la adolescencia. Consultorios 10 y 11, Policlínico Rubén Batista Rubio. Cacocum. 2020. [Tesis]. Holguín: Universidad Médica de Holguín; 2020.

24. Carracedo Beltrán RC. Comportamiento de algunos factores de riesgos asociados a embarazadas adolescentes. Policlínico Universitario Julio Grave de Peralta. Enero - Septiembre/2011. [Tesis]. Holguín: Universidad Médica de Holguín; 2012.

25. Favier Torres MA, Dorsant Rodríguez LC, Maynard Bermúdez RE, Dehesa González LM, Torres Ramos IM. Intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia en la Comunidad de Curazao, Venezuela. Revista Información Científica [Internet]. 2019 [Citada el 20 de agosto del 2022]; 77(1).

26. Leyva Ramírez N, Sosa Zamora M, Guerra Cuba D, Mojena Orúe D, Gómez Pérez N. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en

adolescentes con riesgo Preconcepcional. MEDISAN [Internet]. 2011 mar [citado el 25 de agosto del 2015]; 15(3): [Aprox 10 p.].

27. Organización Mundial de la Salud. Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes [Internet]. 2020 [citado el 25 de agosto del 2022]: [Aprox 6 p.].

28. Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud Indicadores Básicos. Embarazo en la adolescencia. Argentina: OPS; 2017.

29. Romero M, Abalos E, Ramos S. La situación de la mortalidad materna en Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio OSSyR marzo, 2013. [Internet]. 2013 [Citado 5 feb 2022]. Estadísticas vitales. Información básica año 2011. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación. [Internet]. 2012 [Citado 5 feb 2022].

30. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. [Internet]. 2021 [Citado 5 feb 2022].

31. Family Care International. Buenas prácticas para la prevención del embarazo en adolescentes. Herramienta para la sistematización de experiencias desde una perspectiva de buenas prácticas. Colombia: Family Care International; 2017.

32. Secretaría de Educación Pública. Embarazo adolescente y madres jóvenes en México. México: Secretaría de Educación Pública; 2020.

33. Vital Riquenes E, Sarmiento Ducónger R, Almeida Álvarez Y, Benítez Riquenes DG. Modificación de conocimientos sobre el embarazo en la adolescencia. MEDISAN [Internet]. 2012 [citado el 25 de agosto del 2022]; 15 (5): [Aprox 10 p.].

34. Armendáriz Ortega AM, Medel Pérez BO. Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. [Internet]. 2012 [citado el 25 de agosto del 2022]: [Aprox 10p.].
35. Barinas I, Chang MF. Prevención del embarazo en adolescentes Con Perspectiva de Género y Enfoque de Derechos Humanos: "hacia una política nacional. [CD ROM]. República Dominicana: IPPF/RHO; 2012.
36. Rodríguez Carrion J, Traverso Blanco CI. Sexual behavior in adolescents aged 12 to 17 in Andalusia (Spain). GacSanit. 2012; 26(6):519-24.
37. Sobeida M, Blázquez Morales L. Embarazo adolescente. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. 2020; 3(1): 1-8.
38. Doblado Donis N, Rosa Batista R, Pérez Rodríguez E, Jiménez Sánchez C. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. Rev. cubana ObstetGinecol. 2009; 35(4): 35-47.
39. Hernández Rodríguez GE. Estrategia educativa para disminuir el embarazo en la adolescencia, en el Área de Salud Taguasco, 2008-2012. [Tesis]. Taguasco; 2013.
40. Menéndez Guerrero GE, Navas Cabrera I, Hidalgo Rodríguez Y, Espert Castellanos J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2021; 38(3)333-342.
41. Oringanje C, Meremikwu M, Eko H, Ekpereonne E, Meremikwu A, Ehiri J. Intervenciones para la prevención de embarazos no deseados en adolescentes En: Biblioteca Cochrane Plus; 2013.
42. González Acevedo C, Casique - Casique L, Hernández Ibarra E, Mena Martínez S. LA paternidad adolescente, reflexiones, experiencias y la Intervención de enfermería. TLATEMOANI [Internet]. 2014 [Citado 5 feb 2022]; 15.

A N E X O S

A n e x o 1. Instrumento de revisión de Historias Clínicas.

1 - Grupo de edades.

- Entre 11 y 13 años
- Entre 14 y 16 años
- Entre 17 y 18 años

2 - Estado civil.

- Soltera
- Unión estable
- Casada

3 - Lugar de residencia.

- Urbana
- Rural

4 - Paridad.

- Nulípara
- Prim ípara
- M ultípara

5 - Factores de riesgos.

- Vaginosis
- Traumatismos
- Exceso físico
- Bajo Peso Materno

6 - Riesgos psico sociales.

- Problemas familiares
- Maltrato familiar
- Falta de educación sexual
- Abuso sexual

7 - Complicaciones .

- Preeclampsia
- Amenaza de Aborto
- Parto prematuro
- Ninguna

8 - Tipo de parto .

- Parto Vaginal
- Cesárea