



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACION**

**EL ABORTO EN LA ADOLESCENCIA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:**

**TIPIAN HUAMAN, VERONICA JANETH**

**ASESORA:**

**MG. ZAIRA SACSI, DORIS MARGARITA**

**CHINCHA – ICA – PERU – 2016**

### **A MIS PADRES:**

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

### **A MIS MAESTROS:**

Que en este andar por la vida, influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida, a todos y cada uno de ellos les dedico cada uno de mis logros alcanzados.

### **A DIOS:**

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

## **A MIS FAMILIARES:**

A mi hermano Paulo por ser el ejemplo de un hermano mayor y de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles; a mi tía Melchora, a mi cuñada Lady, a mi tío Victor y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis

## **INDICE**

### **I.-INTRODUCCION**

### **II.-PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACION**

A.-DESCRIPCION DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

B.-FORMULACION DEL PROBLEMA

### **III.-OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

A.-OBJETIVO GENERAL

B.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

### **IV.-JUSTIFICACION Y DELIMITACION DE LA INVESTIGACION**

A.-TECNICA

B.-ECONOMICA

C.-SOCIAL

D.-ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION

V.-MARCO TEORICO

VI.-METODOS O PROCEDIMIENTOS

VII.-RESULTADOS

VIII.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A.-CONCLUSIONES

B.-RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

## EL ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

### DEFINICIÓN:

El aborto la palabra aborto viene del latín aboriri abortos, que significa no conocido. El aborto es la interrupción dentro de los 180 día de la última menstruación, después de este periodo se hablara de parto prematuro a pesar de que el pequeño que ha nacido no tenga probabilidades de sobrevivir.

### CAUSAS DEL ABORTO

Las causas que pueden producir un aborto son numerosas, se a puesto en tela de juicio la tesis según la cual la diabetes es causa de aborto, así como los síndromes vesiculares y las enfermedades renales. En cambio debe excluirse como causa la incompatibilidad RH mientras que algunos médicos consideran que pueden haber causas síquicas y causas inmunológicas y en algunos casos determinar aspectos socio económico como un trabajo fatigoso, estrés o un viaje muy largo.



El principal problema psicológico del aborto es el miedo:

- Miedo a la falta de capacidades económicas para alimentar a el hijo, este temor se debe a la sociedad de consumo y de falsos valores en que vivimos que a desvalorizado a el niño que debe venir a este mundo y con su racionalismo ha creado un falso temor
- Miedo a lo que digan sus padres o las demás personas, cuando una joven es embarazada durante el noviazgo, realmente los conceptos y los racionamientos humanos de los padres ante la ley de Dios no deben impedir que venga una criatura a este mundo, la vida la da Dios y dios la quita.
- Miedo a los 9 meses de embarazo y al dolor de parto: La misión más grande de toda mujer es ser madre, si los animales que son irracionales no se niegan a este derecho porque la mujer va a tener miedo si es una función natural que corresponde a su naturaleza femenina
- La violación tiene efectos traumáticos para muchas de sus víctimas, para una mujer que lleva en sus entrañas una criatura fruto de una violación no es del todo agradable, pero es consciente de que es un ser humano que merece vivir

### **CAUSAS OVULARES**

Pueden ser de tres tipos:

Formación de una mola hidatiforme, anomalías del cordón, anomalías como somáticas, anomalías genéticas.

La anomalías como somáticas presentan las causas mas comunes de aborto precoz, las mas frecuentes son las trisomías que es aquella que contiene 47 cromosomas por célula, la monosomía que contiene 45 cromosoma por célula, la triploide que contiene 69 cromosoma por célula, tetraploide contienen 92 cromosomas por células.

### **CAUSAS LOCALES**

Puede ser anomalías del cuello del útero, del cervix o del istmo. Cuando se trata de anomalías de la cámara del huevo, la cavidad puede ser: de dimensiones muy pequeñas para contener a el huevo, mal formadas, deformadas o restringida debido a la presencia de pólipos o fibromas, defectuosa.

Si la anomalía afecta al cervix o a el istmo se puede tratar de un defecto congénito o adquirido por una deficiencia del sistema del cierre. El tratamiento para este defecto consiste en un cerclaje en el cuello del útero, que consiste en pasar una cinta de poliéster alrededor del cuello de esta manera se cierra el canal cervical

- **CAUSA MATERNA**

Depende de los factores locales que comporta una reducción de la cavidad uterina motivo por el cual el embarazo no puede continuar, entre los factores se incluye el útero bicorne que está dividido en dos cavidad por medio de un tabique, el útero hipoplásico que es más pequeño que el normal, el útero infantil donde el cuello del útero es muy grande con relación al cuerpo veces existe un obstáculo mecánico por el cual el huevo no tiene espacio para implantarse. También enfermedades generales maternas como lo son la diabetes, hipertensión, hiperpirexia, enfermedades del corazón.

- **LAS CAUSAS PATERNAS**

Son menos frecuentes, depende de la anomalía de los espermatozoides, o genética adquiridas, por lo cuales estos espermatozoides uniéndose a un óvulo, dan lugar a productos de concepción anómalos.

### **TIPOS DE ABORTO**

El aborto puede ser espontáneo o inducido. Los fetos expulsados con menos de 0,5 kg de peso o 20 semanas de gestación se consideran abortos.

### **ABORTO ESPONTÁNEO**



Se calcula que el 25% de todos los embarazos humanos finalizan en aborto espontáneo, y tres cuartas partes de los abortos suceden en los tres primeros meses de embarazo. Algunas mujeres tienen cierta predisposición a tener abortos, y con cada aborto sucesivo disminuyen las posibilidades de que el embarazo llegue a término.

Las causas del aborto espontáneo no se conocen con exactitud. En la mitad de los casos, hay alteración del desarrollo del embrión o del tejido placentario, que puede ser

consecuencia de trastornos de las propias células germinales o de una alteración de la implantación del óvulo en desarrollo. También puede ser consecuencia de alteraciones en el entorno materno. Se sabe que algunas carencias vitamínicas graves pueden ser causa de abortos en animales de experimentación. Algunas mujeres que han tenido abortos repetidos padecen alteraciones hormonales. Otros abortos espontáneos pueden ser consecuencia de situaciones maternas anormales, como enfermedades infecciosas agudas, enfermedades sistémicas como la nefritis, diabetes o traumatismos graves. Las malformaciones y los tumores uterinos también pueden ser la causa; la ansiedad extrema y otras alteraciones psíquicas pueden contribuir a la expulsión prematura del feto.

El síntoma más común de una amenaza de aborto es el sangrado vaginal, acompañado o no de dolor intermitente. Sin embargo, una cuarta parte de las mujeres gestantes tienen pequeñas pérdidas de sangre durante las fases precoces del embarazo, y de éstas el 50% llevan el embarazo a término. El tratamiento para una situación de riesgo de aborto consiste en llevar reposo en cama. En mujeres con varios abortos puede ser necesario el reposo en cama durante todo el embarazo. El tratamiento con vitaminas y hormonas también puede ser eficaz. En ocasiones deben corregirse quirúrgicamente las anomalías uterinas si son causa de abortos de repetición.

En un aborto espontáneo, el contenido del útero puede ser expulsado del todo o en parte; sin embargo, en ocasiones, el embrión muerto puede permanecer en el interior del útero durante semanas o meses: es el llamado aborto diferido. La mayor parte de los médicos recomiendan la escisión quirúrgica de todo resto embrionario o placentario para eliminar las posibilidades de infección o irritación de la mucosa uterina.

## **CAUSAS DE LOS ABORTOS ESPONTANEOS**

Además de las causas ovulares y locales, que son las más frecuentes existen otras situaciones que favorecen el aborto como:

### **CAUSAS ENDOCRINAS**

Las causas endocrinas se deben a varios factores los cuales pueden ser una difusión tiroidea, una deficiencia del cuerpo lúteo que a menudo provoca el aborto precoz por la escasa producción gonadotropina corionica como con una insuficiencia secreción de hormonas. Una deficiencia de la placenta que no segrega la suficiente cantidad de hormonas esteroides.

### **CAUSAS INFECCIOSAS**

Todas las infecciones agudas como la escarlatina, tífus, gripe pueden provocar el aborto y otras infecciones tardías que suceden en el tercero y quinto mes son: La sífilis que con el paso del tiempo continúa aumentando.

La listeriosis que es frecuente en el campo, la toxoflasmosis que no es frecuente y algunas infecciones virales como lo son la rubéola, parotiditis, herpes, zoster, enfermedades por citomegalovirus.

## **ABORTO INDUCIDO**

El aborto inducido es la interrupción deliberada del embarazo mediante la extracción del feto de la cavidad uterina. En función del periodo de gestación en el que se realiza, se emplea una u otra de las cuatro intervenciones quirúrgicas siguientes: la succión o aspiración puede ser realizada durante el primer trimestre (hasta la duodécima semana). Mediante el uso de dilatadores sucesivos para conseguir el acceso a la cavidad uterina a través del cerviz (cuello del útero), se introduce un tubo flexible conectado a una bomba de vacío denominado cánula para extraer el contenido uterino. Puede realizarse en un periodo de tiempo que va de cinco a diez minutos en pacientes no internadas. A continuación se introduce una legra (instrumento metálico en forma de cuchara) para eliminar por raspado cualquier resto de las cubiertas uterinas. El método de aspiración, introducido en China en 1958, pronto sustituyó al método anterior de dilatación y legrado (en el que la legra se utilizaba para extraer el feto). Durante la primera parte del segundo trimestre la interrupción del embarazo se puede realizar por una técnica especial de legrado-aspiración combinada a veces con fórceps, denominada dilatación y evacuación (DE). La paciente debe permanecer ingresada en el hospital puesto que puede haber hemorragias y molestias tras la intervención. A partir de la semana 15 de gestación el método más empleado es el de infusiones salinas. En esta técnica se utiliza una aguja hipodérmica o un tubo fino para extraer una pequeña cantidad de líquido amniótico del útero a través de la pared abdominal. Este líquido es sustituido lentamente por una solución salina concentrada al 20%. Entre 24 y 48 horas empiezan a producirse contracciones uterinas, que producen la expulsión del feto y la paciente puede abandonar el hospital uno o dos días después. Los abortos tardíos se realizan mediante histerotomía: se trata de una intervención quirúrgica mayor, similar a la cesárea, pero realizada a través de una incisión de menor tamaño en la parte baja del abdomen. Como alternativa a estos procedimientos, existe una píldora denominada RU-486 que bloquea la hormona progesterona y es eficaz en los primeros 50 días de gestación. La RU-486 se desarrolló en Francia y en 1988 se legalizó su uso.

Los abortos del primer trimestre son relativamente sencillos y seguro cuando se realizan en condiciones clínicas adecuadas. Los riesgos de complicaciones aumentan de manera paralela a la edad de la gestante y consisten en infecciones, lesiones del cuello uterino, perforación uterina y hemorragias. Hay situaciones clínicas concretas en las que un aborto inducido, incluso tardío, supone menor riesgo para la paciente que la terminación del embarazo.

## **DEL ABORTO AL INFANTICIDIO**

Los propios partidarios de la eutanasia alegan que si podemos matar a niños no nacidos, podemos muy bien matar a otros seres humanos

La santidad de la vida y la ley criminal aprobaba tanto 'el infanticidio humanitario' como 'la eutanasia para los niños físicamente incapacitados.

Pero el infanticidio no sólo se encuentra en las opiniones de pensadores y profesores universitarios, sino también a nivel de propuestas de legalización por parte de autoridades del mundo de la ciencia. "En mayo de 1973, sólo unos pocos meses después (de la)... legalización del aborto por el Tribunal Supremo de los Estados Unidos... el Dr. James Watson, científico ganador del premio Nóbel, afirmaba que se debería tomar en consideración la idea de privar de status legal al recién nacido hasta tres días después de su nacimiento.

Precisamente en 1986 en el Estado de California se propuso una ley para considerar legalmente muertos a los niños anencefálicos recién nacidos (se trata de niños cuyo cerebro no llega a desarrollarse). El propósito de la ley era el de poder aprovechar los órganos de estos niños antes que acabasen de morir. Estos niños se convertirían, entonces, en proveedores de "piezas de repuesto" para otras personas. Aunque dicha ley no fue aprobada, podemos estar seguros de que se intentarán presentar otros proyectos de ley similares

Gaylin proponía el declarar legalmente muertas a aquellas personas cuya neocorteza cerebral fuese irreversiblemente incapaz de funcionar, aunque pudiesen todavía respirar y mantener otras funciones vitales, como la circulación sanguínea. Los órganos de estas personas podrían utilizarse para transplantes, su sangre para transfusiones y sus cuerpos para que los estudiantes de medicina pudieran practicar la disección u otros experimentos. En otras palabras, se trataba de la evaluación de toda una categoría de personas.

Pero el infanticidio no sólo ha sido materia de especulación intelectual, se ha convertido en una realidad. "En Bloomington, Indiana (en abril de 1982) ocurrió el famoso caso de un niño nacido con el Síndrome de Down, a quien se le dejó morir de hambre. El proceso duró seis días, durante este tiempo hubo un serio conflicto entre la clínica donde nació el bebé y los padres de éste... Las enfermeras lo querían salvar pero los padres (y la administración del hospital y los médicos) peleaban por... dejarlo morir. Ante el caso surgió una gran publicidad en los medios de comunicación. El público se enteró y más de diez parejas solicitaron adoptar al bebé. Los padres no aceptaron y el niño de Bloomington murió después de varios días de agonía. Muchos casos de este tipo ocurren desde que es legal el aborto.

## **ABORTO CLINICO**

Se le da el nombre de aborto clínico a la determinación derivada del embarazo por medio de un procedimiento practicado por personal médico debidamente entrenado utilizando instrumentación adecuada y aceptables condiciones higiénicas.

Los métodos que son empleados actualmente para llevar a cabo este tipo de intervenciones son:

### **LA DILATACION Y EL CURETAJE**

Este método abortivo se utiliza a finales del primer trimestre o principios del segundo, cuando el bebé ya es demasiado grande para ser extraído por succión. Es similar a este último método, pero en vez de despedazar al bebé por aspiración, se utiliza una cureta o cuchillo, provisto de una cucharilla, con una punta afilada con la cual se va cortando al bebé en pedazos, con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz. Luego se sacan éstos pedazos con la ayuda de fórceps. Este procedimiento tiene más riesgos para la mujer que el método de succión.

### **DILATACIÓN Y EVACUACIÓN**

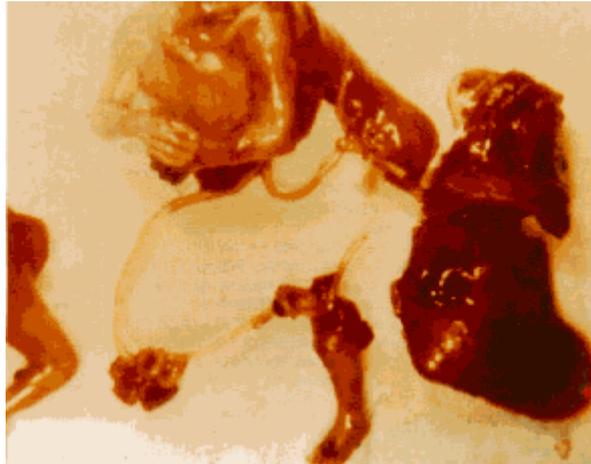
Este método abortivo se utiliza comúnmente en casos de segundo trimestre del embarazo bien avanzado o durante el tercer trimestre. Se inserta una sustancia de alga marina dentro de la cerviz para dilatarla. Al día siguiente se insertan un par de fórceps con dientes de metal afilados, con los cuales se arrancan y retiran, pedazo a pedazo, las partes del cuerpo del bebé. Como normalmente la cabeza del bebé es demasiado grande para ser extraída entera, la aplastan por compresión antes de sacarla. El abortista tiene que armar de nuevo el cuerpecito del bebé, una vez que extrae los pedazos, para asegurarse de que no se ha quedado nada dentro del útero de la madre, de lo contrario ésta sufrirá una infección.

### **HISTEROTOMÍA**

Este procedimiento se realiza durante los últimos tres meses del embarazo. Consiste en realizar una cesárea, no con el objeto de salvar al bebé por nacer, sino para dejarlo morir o para matarlo directamente. Como se trata de una intervención quirúrgica mayor tiene frecuentes complicaciones.

Este es el método utilizado cuando el no nacido se encuentra en un estado adelantado de su desarrollo. Pero el destino del niño es diferente, ya que en esta clase de aborto, el feto es abandonado en un cesto de basura hasta que muera.

## INYECCIÓN SALINA

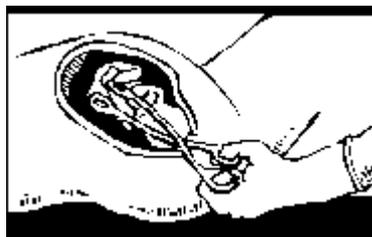


Se utiliza solamente después de las 16 semanas. El líquido amniótico que protege al bebé se extrae, inyectándose en su lugar una solución salina concentrada. El bebé ingiere esta solución que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos y convulsiones. Esta solución salina produce dolorosas quemaduras graves en la piel del bebé. Unas horas más tarde, la madre comienza "el parto" y da a luz un bebé muerto o casi muerto.

Por lo regular se utiliza también en los primeros meses del embarazo hasta la decimonovena semana. Se inyecta una solución concentrada de sal que envenena al bebé y además la capa externa de la piel se quema por el efecto corrosivo de la sal. Al día siguiente, la mujer dará a luz un bebé muerto;

## ABORTO DE NACIMIENTO PARCIAL

Una técnica relativamente nueva se está utilizando para los abortos en el segundo y tercer trimestre. Se trata del método (dilatación y extracción). El Dr. Martín Haskell describió esta técnica en detalle, durante un seminario patrocinado por la Federación Nacional del Aborto - asociación de los que se dedican al negocio del aborto.



El Dr. Haskell explicó que él lleva a cabo el procedimiento rutinariamente hasta las 26 semanas de embarazo en muchos pacientes, o sea más allá de la etapa de la

viabilidad (cuando el bebé ya puede sobrevivir por sí solo al nacer). Según Haskell, otro médico lleva a cabo hasta las 32 semanas de gestación. Alega que desarrolló esta "técnica" porque con el método de (dilatación y evacuación), "se dificulta la extracción del feto (después de desmembrado), debido a la dureza de sus tejidos".

El método "D & X" requiere tres días, ya que durante los dos primeros se dilata la cervix con laminaria. Se utiliza la ecografía para ver la posición del bebé en el útero y tomándolo por una pierna, se le vira para que la cara quede hacia abajo. Después se le extrae hasta llegar a la cabeza, que es demasiado grande para pasar por la cervix. Estando el bebé todavía vivo, el médico inserta unas tijeras en la base del cráneo, ensancha el orificio e introduce una cánula para absorber el cerebro. Esto hace que la cabeza se achique y se pueda extraer a la criatura a través de la cervix.

Durante el otro horripilante método de aborto llamado "D & E" (de las 13 a las 24 semanas de dificultad), se utilizan instrumentos especiales para desmembrar al bebé y comprimirle el cráneo para poder extraerlo del útero materno.

Para "ablandar los tejidos fetales", se inyecta una solución concentrada en el saco amniótico, unas horas antes del aborto. El cuerpo del bebé se descompone y como resultado es más fácil desmembrarlo y removerlo.

### **ASPIRACIÓN O SUCCIÓN**

El 85% de los abortos se llevan a cabo por este método en el primer trimestre del embarazo (12 semanas). Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado, una fuerte succión despedaza al bebé y lo deposita en un recipiente. Mediante el uso de dilatadores sucesivos para conseguir el acceso a la cavidad uterina a través del cervix (cuello del útero), se introduce un tubo flexible conectado a una bomba de vacío denominado cánula para extraer el contenido uterino. Puede realizarse en un periodo de tiempo que va de cinco a diez minutos en pacientes no internadas.

### **CONSECUENCIA**

En la mayoría de los casos a la mujer nunca le dijeron todo lo que le podía pasar. Muchas veces, se explica el aborto como un procedimiento quirúrgico clínicamente seguro. Pero los aspectos del llamado procedimiento "seguro" pueden dejar un deterioro físico permanente, sin mencionar el potencial de problemas psicológicos crónicos.

Aproximadamente la mitad de los casos se debe a las malformaciones del embrión, incompatibles con la vida.

## **EFFECTOS FÍSICOS**

- Esterilidad.
- Abortos espontáneos.
- Embarazos ectópicos.
- Nacimientos de niños muertos.
- Trastornos menstruales.
- Hemorragia.
- Infecciones.
- Shock.
- Coma.
- Útero perforado.
- Peritonitis

## **EFFECTOS PSICOLÓGICOS**

- Culpabilidad
- Impulsos suicidas.
- Sensación de pérdida.
- Insatisfacción.
- Sentimiento de luto.
- Pesar y remordimiento.
- Retraimiento.
- Pérdida de confianza en la capacidad de toma de decisiones.
- Inferior autoestima.
- Preocupación por la muerte.
- Hostilidad.
- Conducta autodestructiva.
- Ira/ Rabia.
- Desesperación.
- Desvalimiento.
- Deseo de recordar la fecha de la muerte.
- Preocupación con la fecha en que "debería" nacer o el mes del nacimiento

## **I. INTRODUCCION:**

El presente proyecto de investigación "el aborto en la Adolescencia" tiene como objetivos: Explicar las causas del aborto, describir las consecuencias del mismo.

En nuestra sociedad existe un sin número de factores que influye en el proceso del aborto teniendo en cuenta como primera medida el mal uso de las relaciones sexuales sobretodo de la juventud quien por vivir intensas emociones se dejan llevar por momentos que le crean felicidad y placer, no teniendo en cuenta las consecuencias que esto podría tener sobre todo porque no tiene la suficiente preparación para utilizar medidas preventivas y de planificación que tal vez sería una de las primeras causas por las que muchas mujeres quedan embarazadas.

## **II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACION**

### **• A.-Descripción de la realidad problemática**

La declaración de independencia y la Constitución Política del Perú reconoce los derechos inalienables como el derecho a la vida, a la libertad y a la consecución de la felicidad. Sin duda, los dos últimos derechos carecen de significado si no se respeta el primero. El derecho a la vida es el más fundamental de los derechos de la persona humana. Violarlo, destruir una vida, matar a un ser humano de cualquier edad o en cualquier etapa de su desarrollo ya se encuentre dentro del seno materno o fuera de él es un crimen contra Dios y la humanidad.

Varias de las Mujeres que habitan éste país empiezan a tener relaciones sexuales desde la adolescencia. Desgraciadamente no tienen la información necesaria de la responsabilidad que es tener relaciones a esta edad y cuales son sus consecuencias. Pueden contraer enfermedades sexuales como el Sífilis, la Gonorrea o el SIDA, pero también pueden quedar embarazadas si no usan los métodos anticonceptivos. El que una chica adolescente quede embarazada limita la oportunidad de que siga estudiando, de sacar una carrera, de querer crecer como persona porque cuando eso pasa se tienen que preocupar más por la personita que lleva en su vientre y desgraciadamente sus padres no las ayudan, el hombre con el que concibieron a la criatura le dice ¡¡¡ Ese hijo no es mío, quien sabe con quien te acostaste!!! O ¡¡¡ Eres una cualquiera!!! Por eso y claro por muchas más razones (como haber sido víctima de una violación) es que a veces

las mujeres deciden abortar. El aborto es la interrupción del embarazo antes de que el feto tenga vida independiente y tiene muchas contradicciones de que si es legal o ilegal practicarlo.

## **B.-Formulacion del problema**

### **1.-Pregunta general**

¿Influye la falta de apoyo de la familia de la adolescente o la falta de apoyo de su pareja en la decisión de realizarse un aborto inducido?

### **2. Preguntas Específicas**

1. ¿Las estudiantes del I.S.T.P. "ARGENTINA" de la carrera de Contabilidad saben que es el aborto y cuáles son las consecuencias que implica tener o practicarlo?

1. ¿Las estudiantes del I.S.T.P. "ARGENTINA" de la carrera de Contabilidad saben cuáles son las principales causas del aborto?

## **III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **OBJETIVO GENERALES**

- Determinar cuáles son las principales causas que llevan a la realización del aborto.
- Disminuir la cantidad de mujeres que se practican el aborto
- Demostrar que este acto está en contra de nuestros principios morales y contra la voluntad de Dios

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Ofrecer mayor información a los estudiantes del I.S.T.P. "ARGENTINA"
- Fomentar la educación a adolescentes desorientados
- Dar a conocer a los estudiantes del I.S.T.P. "ARGENTINA" el significado de las relaciones sexuales
- Dar a conocer los diferentes métodos de planificación

- Demostrar que el feto es una persona desde el momento de su concepción.

#### **IV. JUSTIFICACION Y DELIMITACION DE LA INVESTIGACION**

Lo que me justifica haber elegido esta investigación es: que nos interesó el tema ya que en los últimos años se habla mucho de los abortos, en los correos electrónicos te mandan imágenes escalofriantes de criaturas en la basura, cocinados fritos, descuartizados y enlatados etc. Entonces pensamos porque es que puede haber personas tan desalmadas que pueden deshacerse de un ser vivo tan fácil, que no piensan en su salud, en su propia vida y que solo les importa el ¿qué dirán?

Quiero saber si las personas como nosotras (adolescentes) saben cuáles son las consecuencias que puede tener está un acto, si saben que pueden perder la vida o únicamente si saben que es un aborto. Ahora estamos propensas a tener un problema como el estar embarazadas y es muy importante tener la suficiente información de este tema, para así saber qué decisión tomar, que decisión será la correcta cual nos puede llevar al mejor camino y claro, depende al caso que sea tomarla.

##### **Términos de Validación del Problema**

Teniendo en cuenta la gran cantidad de mujeres que hoy en día quedan embarazadas, no queriendo tener un hijo no deseado quizás por los propios errores de no tener en cuenta todas las precauciones, son aun mayores el número de mujeres que se practican el aborto tomándola como una solución al embarazo no deseado, por no tener un hijo que en el un futuro le cause problema.

**A.-TECNICA.**-Los abortos en la adolescencia son practicados sin medidas necesarias por las cuales luego se producen diferentes complicaciones que asta llegan a perder la vida

Este trabajo se realiza con el fin de concientizar a todas las personas que el aborto no es el mejor método ni la mejor solución de un embarazo no planeado si no que se convierte en otro

Problema debido que este no es legal y atento contra la vida de un ser humano y que muchas ocasionan mayores consecuencias a la madre, teniendo en cuenta que es algo totalmente incorrecto que los médicos lo realicen.

**B.-ECONOMICA.**-El aborto es provocado porque los adolescentes no saben cómo enfrentar la situación la cual conlleva al aborto ya que no cuentan con los medios necesarios para poder cubrir los gastos que pueden emitir traer al mundo un bebe.

**C.-SOCIAL.**-El incremento acelerado del desarrollo científico del pasado siglo, junto al magno proceso social que involucra elementos como la globalización, internacionalización de la cultura y la economía, entre otros múltiples, ha generado grandes cambios en la mentalidad, el modo de vida, la comprensión del hombre sobre sí mismo así como sobre su comportamiento y el efecto de sus interacciones a nivel social.

#### **D.-ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.-**

El adolescente manifiesta sobre lo conocido sobre el tema del aborto en la adolescencia lo cual nos ayuda saber cómo llegar a ellos y hasta qué punto podemos llegar a ellos y hasta donde tenemos limitaciones hacia el adolescente.

El progreso científico ha abierto vastos horizontes, fascinantes para la ciencia y para el hombre mismo, pero al mismo tiempo ha interpelado al hombre y a la sociedad, suscitando con este impacto nuevos cuestionamientos sociales y también políticos. Tal circunstancia ha conllevado a propiciar distintas perspectivas de análisis y estudio de numerosos problemas en relación con la interpretación de los nuevos recursos ofrecidos por la ciencia, esencialmente en relación con la aplicación de los conocimientos y posibilidades de las ciencias médicas y biológicas.

## **V. MARCO TEÓRICO**

### **1. Antecedentes del Problema de Investigación**

En nuestra investigación se realizó un estudio experimental, con el objetivo de implementar una Estrategia Educativa en el Consejo Popular Mamonal para elevar el nivel de conocimiento de las embarazadas adolescentes sobre los riesgos y complicaciones que trae como consecuencias el embarazo a esa edad. El universo estuvo constituido por 8 adolescentes embarazadas que se captaron de enero de 2004 a enero de 2005 y el procesamiento de la investigación se realizó de forma manual utilizando el análisis porcentual. Los resultados muestran que con la aplicación de la estrategia educativa se elevó considerablemente el nivel de conocimiento en el grupo estudiado.

Por último se hacen recomendaciones según la experiencia y conocimientos adquiridos para lograr saltos cualitativos superiores en la educación comunitaria de las adolescentes en el Consejo Popular Mamonal del municipio Majagua.

Los adolescentes son los adultos de mañana y constituyen una proporción substancial de la población. Ignorar sus necesidades no sólo es difícil sino imprudente e injusto. Es difícil porque el número de los adolescentes es tan grande; imprudente, porque lo que les sucede a ellos afecta a toda la humanidad tanto ahora como en el futuro; e injusto, porque los adolescentes son miembros de la familia humana y no deben estar privados de los derechos de gozan los otros miembros.

Al respecto la OMS la define como: etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10 – 14 años) y la tardía (15 – 19 años).

La adolescencia es el tiempo de las contradicciones de lo absoluto, de la intransigencia para la joven; una de las primeras contradicciones es la de mantener mente infantil en cuerpo de mujer. Es una de las etapas más hermosas de la vida en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto, operándose una serie de cambios anatomofisiológicos y psicosociales. En la adolescencia se producen definiciones de conducta que regirán la vida adulta.

La adolescencia es una etapa de cambios que suceden con gran rapidez afectando la esfera social, cultural, psicológica, anatómica y fisiológica. Se trata de un momento en la vida del ser humano en que se pone de manifiesto, a veces, en forma muy notable, la importancia de los factores sociales y biológicos, aunque quizás exagere aquel autor que plantea la adolescencia como un nuevo nacimiento, no se aleja totalmente de la realidad, ya que es en etapa cuando aparecen intereses sociales y florecen sentimientos nunca antes experimentados, lo que junto a los cambios fisiológicos hacen evidentes una transformación significativa en este sujeto que poco a poco deja de ser un niño.

La adolescencia suele ser la edad de las contradicciones e incomprendiones, donde se hace posible el descubrimiento de uno mismo, de los demás y de la ampliación del horizonte individual. El perfeccionamiento y madurez de estas características psicosociales se desplazan, en el adolescente, a edades más avanzadas de la vida, a diferencia de la precoz madurez biológica imperante en esta etapa. Todo esto

unido a la desinformación y la falta de educación en el orden sexual, posibilita que las adolescentes se creen aptas para concebir, por lo que se considera este período como importante grupo de riesgo en la salud reproductiva, que pudieran dar lugar a una maternidad y una paternidad precoz.

Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. Cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día 41095, cada hora 1712. En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua, Guatemala, Honduras, El Salvador, Venezuela, representando entre un 15 - 25% de las adolescentes.

Antes de la creación de los consultorios del médico de la familia la aparición de embarazos en edades tempranas era frecuente, difícil de prevenir y controlar debido a la incompleta estructuración del Sistema Nacional de Salud. Ahora gracias al arduo trabajo de médicos y enfermeras, así como a la creación de las consultas de planificación familiar, donde se actúa directamente sobre el riesgo reproductivo pre concepcional hemos logrado minimizar la aparición de embarazos en las adolescentes. Otros autores plantean que nuestro país se encuentra entre las naciones con índice elevado (17%) de embarazos en adolescentes, se registra que en el año 2000 en nuestro país hubo un total de nacimientos de 143528 de estos 18325 en las edades comprendidas entre 15 - 19 años y 510 nacimientos en menores de 15 años.

El médico de la familia está en una situación privilegiada para indicar al adolescente la normalidad de las sensaciones de actividades sexuales en esta etapa de la vida y en años posteriores, y de esta forma contribuir a la formación de los hombres del mañana. En nuestro municipio en el año 2003 se reportaron 22 embarazos en adolescentes, predominando en las edades comprendidas entre 18 y 19 años respectivamente. En el año 2004 se registraron 19 embarazos en edades tempranas, de estos 8 correspondieron a embarazadas del consejo popular estudiado y en el año en curso se habían reportaron 24 adolescentes embarazadas.

De esta forma nos enfrentamos al siguiente problema científico. ¿Cómo elevar el nivel de conocimientos de las adolescentes embarazadas del Consejo Popular Mamonal del municipio Majagua sobre los riesgos y complicaciones que trae como consecuencia el embarazo a esa edad?

Partimos de la Hipótesis Científica que si se aplicara una estrategia educativa se elevaría el nivel de conocimientos sobre los riesgos y complicaciones que trae como consecuencia el embarazo en estas edades.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Implementar una estrategia educativa en el Consejo Popular Mamonal del municipio Majagua para elevar el nivel de conocimiento en las adolescentes embarazadas sobre los riesgos y complicaciones que trae consigo el embarazo a esta edad.

### **Objetivos específicos**

- Realizar diagnóstico integral de la situación de la población objeto de estudio referente a: escolaridad, ocupación, estado civil, anticonceptivos utilizados, antecedentes obstétricos, estado nutricional a la captación, ganancia de peso durante el embarazo, morbilidad durante el embarazo, forma de terminación del mismo, complicaciones que aparecen durante el puerperio y en el recién nacido.
- Evaluar antes y después de la aplicación de la estrategia educativa el nivel de conocimientos de las adolescentes en estudio.

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto. En términos generales se puede enmarcar entre los 10 y 20 años de edad. La adolescencia, es un fenómeno psicosocial, es el período de transición entre la dependencia del niño y la independencia del adulto, en el curso del cual el ser humano adquiere funciones de miembros activos de la sociedad.

Esta etapa es un estado en el que el sujeto aún no se ha encontrado así mismo en la vida adulta, no se ha constituido como personalidad madura, con la forma de una actividad inherente solo a ella. En este período ocurre un rápido incremento de las dimensiones físicas, un cambio en la forma y composición del cuerpo, a la vez que se produce un rápido desarrollo de los órganos sexuales secundarios. La nueva formación central y específica en la personalidad del adolescente es la tendencia a ser y a considerarse adulto, esta expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y al mundo, determina la orientación específica y el

contenido de su actividad social, el sistema de nuevas aspiraciones y reacciones afectivas.

Es en la etapa que se adquiere una filosofía de la vida y del mundo circundante acorde con los cambios sexuales, las transformaciones físicas, el momento social en el cual se desarrolla, y el equilibrio que se produce entre los intereses, motivaciones, objetivos y aspiraciones que señalan un nivel de aceptación positiva o negativa de este grupo, en el espacio social y el escenario cultural donde transcurren los años más importantes de su desarrollo humano.

El adolescente empieza a dirigirse sobre sí mismo en la medida en que toma conciencia de que tiene que ser ante el mismo y ante los demás, una persona diferente e irreplicable. Es capaz de reflexionar sobre todo lo que ocurre en su entorno, no solo desde una postura de espectador, sino desde un punto de vista crítico.

En esta etapa el joven trata de buscar ámbito de independencia personal, siente necesidad de ser escuchado, valorando y comprendiendo, surge el desbordamiento de la afectividad y la emotividad, rechaza su pertenencia al círculo de niños, pero carece aún de la sensación de auténtico y cabal adulto. Para el adolescente es fundamental como lo ven sus coetáneos, surge como necesidad principal ocupar una posición respetada dentro del círculo de estos, y la aspiración de encontrar un compañero próximo, un amigo. Ellos evalúan a los otros de un modo más completo y correcto que a sí mismos, comienzan a formar su imagen a partir de la valoración que hacen de los demás.

En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración de cambios endocrinos y morfológicos, como son: la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la menarquía en la niña y la eyaculación en el varón; además, surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son muy comunes y aceptados. Plantean algunos autores que la mayoría de las personas de todo el mundo, tienen su primera experiencia sexual que puede tener repercusiones para toda la vida en su salud sexual y reproductiva antes de cumplir 20 años.

Se define como embarazo en la adolescencia, aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, en mujeres menores de 20 años con independencia de la edad ginecológica. 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 y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados.

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados por demo grafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.

En estudios realizados aparecen porcentajes de mujeres de 25 a 29 años de edad que parieron antes de los 20 años en países Latinoamericanos. Bolivia con un 39%, Brasil con 35%, Colombia con 32%, República Dominicana con un 38%, Guatemala con 49%, Haití con 36%, Paraguay con 36% y Perú con 33%.

Las adolescentes viven en un contexto de erotismo, desinformación y presiones. Hacer el amor no siempre responde a sus verdaderos deseos, pero los varones exigen la "prueba de amor". ¿Por qué se embarazan nuestras adolescentes?. Muchos autores han descrito que esto ocurre debido a: reducción de la edad de pubertad, por inicio precoz de las relaciones sexuales, por la falta de instrucción

académica, por desconocimiento de la sexualidad, por no uso de protección contraceptiva, para "aguantar" a la pareja, buscando afecto, por problemas domésticos, por escasa percepción del riesgo, por la educación sexual "que no llega".

Dentro de los factores de riesgo descritos del embarazo en la adolescencia se encuentran los biológicos: aumento de la morbimortalidad materno-perinatal. Médicos del embarazo: trastornos digestivos, metrorragias, abortos espontáneos, anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pretérmino, hipertensión arterial gravídica, parto pretérmino y bajo peso al nacer, presentaciones fetales distócicas, desproporciones cefalopélvicas, trabajo de parto prolongado. Psicosociales: ambivalencia afectiva por el neonato, atención prenatal deficiente, abandono escolar, situación económica desfavorable, estado de soledad, sobrecarga familiar, limitación de la oportunidad educacional, se compromete la posibilidad de autosuficiencia económica, desarrollo cultural frustrado de la pareja, comenzar a trabajar sin la debida preparación cultural, interrupción de los estudios y de la preparación técnica y profesional, ir al matrimonio sin una debida madurez condenado muchas veces al fracaso, vivir en condiciones de franca promiscuidad y hacinamiento, sentimiento de frustración por no poder realizar tareas propias de su edad. Para la familia: se altera la dinámica familiar, búsqueda indirecta de soluciones, falta de preparación para asumir la nueva situación, situaciones económicas desfavorables, actitud de rechazo a la adolescente, su pareja y al embarazo. Para el hijo: aumenta la morbilidad neonatal, inadecuado desarrollo psicosocial, insuficiente aprovechamiento escolar, mayor número de accidentes en el hogar, malnutrición, maltrato, paternidad inadecuada, mortalidad incrementada, para el recién nacido: alto índice de bajo peso al nacer.

Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente no son deseados, y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad, entre otros aspectos; produciéndose un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de los mismos.

Esto se plantea con el argumento de que con el uso de métodos anticonceptivos ya no hay temor al embarazo y se produce entonces un aumento en las relaciones sexuales activas. Resulta importante destacar que rara vez los adolescentes sexualmente activos están bien informados de las opciones de anticonceptivos o de los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, que como también sabemos son prevenibles por medios anticonceptivos como el preservativo; y que a menudo dudan en acudir a los consultorios y posiblemente los desanime aún más la cercanía de los mismos, los horarios inadecuados que coinciden con clases, becas, etc; así como otros factores que pudieran estar relacionados con un personal no bien entrenado que los recibe etcétera.

Las parejas de adolescentes necesitan asesoramiento especial para aprender a usar los diferentes métodos anticonceptivos, pues hay que tener en cuenta diferentes factores tales como aspectos biológicos, de personalidad, estabilidad de la pareja, medio familiar, promiscuidad, antecedentes de embarazos y/o partos, proyecto de vida, etc.

De lo anteriormente expuesto se infiere que el método anticonceptivo a seleccionar en esta etapa debe ser individual, teniendo en cuenta además, la aceptabilidad, eficacia y seguridad del mismo. Aunque no es lo ideal, se debe educar también al adolescente en la anticoncepción de emergencia. A pesar de los riesgos y complicaciones que tienen cada uno de los diferentes métodos anticonceptivos, éstos son mucho menos importantes que los que implica el embarazo no deseado, lo que significa que debemos asumir el reto de la anticoncepción como un aspecto fundamental en estos pacientes en ambos sexos, donde la educación sexual sea el pilar fundamental de estos servicios.

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, tales como: toxemia, eclampsia, anemia, partos pretérminos, recién nacidos de bajo peso, traumas obstétricos, riesgo elevado de muerte en el transcurso del primer año de vida, imposibilidad para continuar los estudios, riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra.

Para evitar las consecuencias nefastas de una vida sexual "libre y plena" nos dedicamos tradicionalmente a matizarla de todo tipo de violencia y connotaciones negativas, de mitos y prejuicios, y estereotipos que la van rodeando de un halo de perniciosidad, culpabilidad, represión y rechazo. Si estos criterios han sido

profusamente aplicados a adultos de las más diversas edades. ¿Cómo será su práctica en los niños, niñas y adolescentes?.

Las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto. Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años.<sup>13</sup> La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad.

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo. En reciente publicación se señala que entre el 20% y el 46% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los 20 años ya del 30% al 67% ha tenido su primer parto. En los Estados Unidos de Norteamérica esto ocurre en el 8% de la población adolescente. Se considera que el embarazo en edades tempranas e incluso aquel que es deseado lleva implícito un incremento en los riesgos tanto para la madre, para el feto y el futuro recién nacido, aceptándose que la mortalidad infantil en hijos de madres adolescentes puede llegar a resultar hasta 30 veces más elevada que en hijos de madres adultas (OMS).

Estudios realizados recientemente nos muestran que más de 2 millones de adolescentes son sometidos anualmente a un aborto en países en desarrollo, casi siempre en condiciones de riesgo, reportándose que una de cada 3 mujeres que acuden al hospital solicitando asistencia por complicaciones de un aborto son menores de 20 años.

Cuba presenta similar problemática con la diferencia de que en nuestro país el aborto se realiza en condiciones adecuadas y por un personal calificado, esto ha reducido las complicaciones inmediatas de este proceder como: perforaciones uterinas, laceraciones del cuello, hemorragias e infecciones, no así las secuelas a mediano o largo plazo entre las que se destacan mayor riesgo de embarazo ectópico, infertilidad e inflamación pélvica crónica; incrementándose lo anterior señalado en embarazos tempranos donde el útero no tiene la capacidad fisiológica para albergar un embarazo.

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquía (menor de 15 años). Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor

frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. Los efectos psicológicos y sociales del embarazo temprano son de larga duración, tanto para la mujer como para sus hijos. Especialmente en los países en vías de desarrollo, las adolescentes embarazadas, casadas o no, tienden a abandonar la escuela. Para las casadas, esto suele ser el comienzo de un patrón de embarazos muy seguidos. Para las que no están casadas, la vuelta a la escuela en muchos casos será imposible porque se considera que han dado un mal ejemplo a los demás alumnos. Al verse así perjudicada la educación de las mujeres, se contribuye a perpetuar la baja condición de la mujer de una generación a la siguiente. Sus oportunidades de empleo serán menores y lo más probable es que continuaran dependiendo de otros para su sustento. El ciclo también se repite de otra manera: las hijas de madres adolescentes con toda probabilidad se convertirán en madres adolescentes ellas mismas, y así la privación continúa. Por otra parte, es probable que los hijos de madres muy jóvenes se críen peor nutridos y con menos cuidados que los de las mujeres más maduras. Esto es particularmente cierto si la familia de una niña escolar embarazada se niega a prestarle su apoyo económico o emocional.

Por estas razones consideramos que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado, haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo garantizando un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. La prevención del embarazo no deseado se logra por la información de sexualidad asegurando que los métodos reproductivos sean de confianza para los adolescentes creando así un ambiente de apoyo en ellos.

La posibilidad de crear la vida en un acto de amor, sentirla crecer y compartir cada cambio hasta tener al hijo en sus brazos, es algo que nos caracteriza como humanos y nuestro compromiso es trabajar en pos de lograrlo en el momento más oportuno.

La adolescencia es la etapa de transición durante la cual el niño se transforma en adulto. En términos generales se puede enmarcar entre los 10 y 20 años de edad. La adolescencia, es un fenómeno psicosocial, es el período de transición entre la

dependencia del niño y la independencia del adulto, en el curso del cual el ser humano adquiere funciones de miembros activos de la sociedad.

Esta etapa es un estado en el que el sujeto aún no se ha encontrado así mismo en la vida adulta, no se ha constituido como personalidad madura, con la forma de una actividad inherente solo a ella. En este período ocurre un rápido incremento de las dimensiones físicas, un cambio en la forma y composición del cuerpo, a la vez que se produce un rápido desarrollo de los órganos sexuales secundarios. La nueva formación central y específica en la personalidad del adolescente es la tendencia a ser y a considerarse adulto, esta expresa la nueva posición vital del adolescente con respecto a las personas y al mundo, determina la orientación específica y el contenido de su actividad social, el sistema de nuevas aspiraciones y reacciones afectivas.

Es en la etapa que se adquiere una filosofía de la vida y del mundo circundante acorde con los cambios sexuales, las transformaciones físicas, el momento social en el cual se desarrolla, y el equilibrio que se produce entre los intereses, motivaciones, objetivos y aspiraciones que señalan un nivel de aceptación positiva o negativa de este grupo, en el espacio social y el escenario cultural donde transcurren los años más importantes de su desarrollo humano.

El adolescente empieza a dirigirse sobre sí mismo en la medida en que toma conciencia de que tiene que ser ante el mismo y ante los demás, una persona diferente e irreplicable. Es capaz de reflexionar sobre todo lo que ocurre en su entorno, no solo desde una postura de espectador, sino desde un punto de vista crítico.

En esta etapa el joven trata de buscar ámbito de independencia personal, siente necesidad de ser escuchado, valorando y comprendiendo, surge el desbordamiento de la afectividad y la emotividad, rechaza su pertenencia al círculo de niños, pero carece aún de la sensación de auténtico y cabal adulto. Para el adolescente es fundamental como lo ven sus coetáneos, surge como necesidad principal ocupar una posición respetada dentro del círculo de estos, y la aspiración de encontrar un compañero próximo, un amigo. Ellos evalúan a los otros de un modo más completo y correcto que a sí mismos, comienzan a formar su imagen a partir de la valoración que hacen de los demás.

En la adolescencia se va a producir un proceso de reestructuración de cambios endocrinos y morfológicos, como son: la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la transformación y crecimiento de los genitales, la aparición de la

menarquia en la niña y la eyaculación en el varón; además, surgen nuevas formas de relación con los adultos, nuevos intereses, actividades de estudio, cambios en la conducta y en la actitud ante la vida. Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 6 ó 7 años antes de ser maduros emocionalmente, y crecen en una cultura donde los compañeros, la televisión, el cine y la música transmiten mensajes manifiestos a propósito de las relaciones sexuales que son muy comunes y aceptados. Plantean algunos autores que la mayoría de las personas de todo el mundo, tienen su primera experiencia sexual que puede tener repercusiones para toda la vida en su salud sexual y reproductiva antes de cumplir 20 años.

Se define como embarazo en la adolescencia, aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, en mujeres menores de 20 años con independencia de la edad ginecológica. 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 y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. La población mundial de adolescentes ha ascendido a más de 100 millones y en los países en desarrollo 1 de cada 4 personas está en la adolescencia, a diferencia de 1 de cada 7 en los países desarrollados.

El embarazo en edades cada vez más tempranas se está convirtiendo en un problema social y de salud pública de alcance mundial. Afecta a todos los estratos sociales, pero predomina en la clase de bajo nivel socioeconómico, en parte, debido a la falta de educación sexual, y al desconocimiento de los métodos de control de la natalidad.

El embarazo en la adolescencia es una preocupación de estos tiempos. Estudios realizados por demógrafos cubanos han demostrado un rejuvenecimiento de la fecundidad, con gran incidencia en el grupo de edad comprendido entre 10 y 19 años, fundamentalmente a partir de los 15 años, a ello se asocia el incremento de las tasas de aborto en menores de 20 años, quienes han estado influenciadas por diversas causas que se asocian a una deficiente educación sexual, tanto en el hogar como en las instituciones educacionales de salud. Algunos autores plantean que hay un incremento del 10% anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19 años, el 25% de los adolescentes se embarazan, y el 60% de estos ocurren dentro de los 6 meses iniciales de las primeras relaciones sexuales.

En estudios realizados aparecen porcentajes de mujeres de 25 a 29 años de edad que parieron antes de los 20 años en países Latinoamericanos. Bolivia con un 39%, Brasil con 35%, Colombia con 32%, República Dominicana con un 38%, Guatemala con 49%, Haití con 36%, Paraguay con 36% y Perú con 33%.

Las adolescentes viven en un contexto de erotismo, desinformación y presiones. Hacer el amor no siempre responde a sus verdaderos deseos, pero los varones exigen la "prueba de amor". ¿Por qué se embarazan nuestras adolescentes?. Muchos autores han descrito que esto ocurre debido a: reducción de la edad de pubertad, por inicio precoz de las relaciones sexuales, por la falta de instrucción académica, por desconocimiento de la sexualidad, por no uso de protección contraceptiva, para "aguantar" a la pareja, buscando afecto, por problemas domésticos, por escasa percepción del riesgo, por la educación sexual "que no llega".

Dentro de los factores de riesgo descritos del embarazo en la adolescencia se encuentran los biológicos: aumento de la morbilidad materno-perinatal. Médicos del embarazo: trastornos digestivos, metrorragias, abortos espontáneos, anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pre término, hipertensión arterial gravídica, parto pre término y bajo peso al nacer, presentaciones fetales distócicas, desproporciones céfalo pélvicas, trabajo de parto prolongado. Psicosociales: ambivalencia afectiva por el neonato, atención prenatal deficiente, abandono escolar, situación económica desfavorable, estado de soledad, sobrecarga familiar, limitación de la oportunidad educacional, se compromete la posibilidad de autosuficiencia económica, desarrollo cultural frustrado de la pareja, comenzar a trabajar sin la debida preparación cultural, interrupción de los estudios y de la preparación técnica y profesional, ir al matrimonio sin una debida madurez condenado muchas veces al fracaso, vivir en condiciones de franca promiscuidad y hacinamiento, sentimiento de frustración por no poder realizar tareas propias de su edad. Para la familia: se altera la dinámica familiar, búsqueda indirecta de soluciones, falta de preparación para asumir la nueva situación, situaciones económicas desfavorables, actitud de rechazo a la adolescente, su pareja y al embarazo. Para el hijo: aumenta la morbilidad neonatal, inadecuado desarrollo psicosocial, insuficiente aprovechamiento escolar, mayor número de accidentes en el hogar, malnutrición, maltrato, paternidad inadecuada, mortalidad incrementada, para el recién nacido: alto índice de bajo peso al nacer.

Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente no son deseados, y que gran parte de estos son de adolescentes. A pesar de ello y de conocerse que los adolescentes no planifican la familia, aún existen criterios erróneos en relación con el uso de métodos anticonceptivos en esas edades como favorecedores de la relación sexual y la promiscuidad, entre otros aspectos; produciéndose un cuestionamiento moral acerca de la difusión del uso de los mismos.

Esto se plantea con el argumento de que con el uso de métodos anticonceptivos ya no hay temor al embarazo y se produce entonces un aumento en las relaciones sexuales activas. Resulta importante destacar que rara vez los adolescentes sexualmente activos están bien informados de las opciones de anticonceptivos o de los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, que como también sabemos son prevenibles por medios anticonceptivos como el preservativo; y que a menudo dudan en acudir a los consultorios y posiblemente los desanime aún más la cercanía de los mismos, los horarios inadecuados que coinciden con clases, becas, etc; así como otros factores que pudieran estar relacionados con un personal no bien entrenado que los recibe etcétera.

Las parejas de adolescentes necesitan asesoramiento especial para aprender a usar los diferentes métodos anticonceptivos, pues hay que tener en cuenta diferentes factores tales como aspectos biológicos, de personalidad, estabilidad de la pareja, medio familiar, promiscuidad, antecedentes de embarazos y/o partos, proyecto de vida, etc.

De lo anteriormente expuesto se infiere que el método anticonceptivo a seleccionar en esta etapa debe ser individual, teniendo en cuenta además, la aceptabilidad, eficacia y seguridad del mismo. Aunque no es lo ideal, se debe educar también al adolescente en la anticoncepción de emergencia. A pesar de los riesgos y complicaciones que tienen cada uno de los diferentes métodos anticonceptivos, éstos son mucho menos importantes que los que implica el embarazo no deseado, lo que significa que debemos asumir el reto de la anticoncepción como un aspecto fundamental en estos pacientes en ambos sexos, donde la educación sexual sea el pilar fundamental de estos servicios.

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, tales como: toxemia, eclampsia, anemia, partos pre términos, recién nacidos de bajo peso, traumas obstétricos, riesgo elevado de muerte en el transcurso del primer año de vida,

imposibilidad para continuar los estudios, riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra.

Para evitar las consecuencias nefastas de una vida sexual "libre y plena" nos dedicamos tradicionalmente a matizarla de todo tipo de violencia y connotaciones negativas, de mitos y prejuicios, y estereotipos que la van rodeando de un halo de perniciosidad, culpabilidad, represión y rechazo. Si estos criterios han sido profusamente aplicados a adultos de las más diversas edades. ¿Cómo será su práctica en los niños, niñas y adolescentes?

Las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto. Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad.

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo. En reciente publicación se señala que entre el 20% y el 46% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los 20 años ya del 30% al 67% ha tenido su primer parto. En los Estados Unidos de Norteamérica esto ocurre en el 8% de la población adolescente. Se considera que el embarazo en edades tempranas e incluso aquel que es deseado lleva implícito un incremento en los riesgos tanto para la madre, para el feto y el futuro recién nacido, aceptándose que la mortalidad infantil en hijos de madres adolescentes puede llegar a resultar hasta 30 veces más elevada que en hijos de madres adultas (OMS).

Estudios realizados recientemente nos muestran que más de 2 millones de adolescentes son sometidos anualmente a un aborto en países en desarrollo, casi siempre en condiciones de riesgo, reportándose que una de cada 3 mujeres que acuden al hospital solicitando asistencia por complicaciones de un aborto son menores de 20 años.

Cuba presenta similar problemática con la diferencia de que en nuestro país el aborto se realiza en condiciones adecuadas y por un personal calificado, esto ha reducido las complicaciones inmediatas de este proceder como: perforaciones uterinas, laceraciones del cuello, hemorragias e infecciones, no así las secuelas a mediano o largo plazo entre las que se destacan mayor riesgo de embarazo ectópico, infertilidad e inflamación pélvica crónica; incrementándose lo anterior

señalado en embarazos tempranos donde el útero no tiene la capacidad fisiológica para albergar un embarazo.

Las afecciones maternas, perinatales y del recién nacido, son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años y, sobre todo, en los grupos de edades más cercanos a la menarquia (menor de 15 años). Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas afecciones propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, se trata de una falla en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí al nivel materno y/o fetal. Los efectos psicológicos y sociales del embarazo temprano son de larga duración, tanto para la mujer como para sus hijos. Especialmente en los países en vías de desarrollo, las adolescentes embarazadas, casadas o no, tienden a abandonar la escuela. Para las casadas, esto suele ser el comienzo de un patrón de embarazos muy seguidos. Para las que no están casadas, la vuelta a la escuela en muchos casos será imposible porque se considera que han dado un mal ejemplo a los demás alumnos. Al verse así perjudicada la educación de las mujeres, se contribuye a perpetuar la baja condición de la mujer de una generación a la siguiente. Sus oportunidades de empleos eran menores y lo más probable es que continuaran dependiendo de otros para su sustento. El ciclo también se repite de otra manera: las hijas de madres adolescentes con toda probabilidad se convertirán en madres adolescentes ellas mismas, y así la privación continúa. Por otra parte, es probable que los hijos de madres muy jóvenes se críen peor nutridos y con menos cuidados que los de las mujeres más maduras. Esto es particularmente cierto si la familia de una niña escolar embarazada se niega a prestarle su apoyo económico o emocional.

Por estas razones consideramos que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado, haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etéreo garantizando un mejor pronóstico de vida, tanto para la madre como para su descendencia y una recuperación positiva en el desarrollo futuro de la sociedad. La prevención del embarazo no deseado se logra por la información de sexualidad asegurando que los métodos reproductivos sean de confianza para los adolescentes creando así un ambiente de apoyo en ellos.

La posibilidad de crear la vida en un acto de amor, sentirla crecer y compartir cada cambio hasta tener al hijo en sus brazos, es algo que nos caracteriza como

humanos y nuestro compromiso es trabajar en pos de lograrlo en el momento más oportuno.

#### **IV. METODOS O PROCEDIMIENTOS**

Se realizó un estudio experimental en 8 adolescentes embarazadas que fueron captadas de enero de 2004 a enero de 2005 en el Consejo Popular Mamonal del municipio Majagua, a las cuales se les aplicó una estrategia educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre los riesgos y complicaciones que trae como consecuencia el embarazo en esta edad. Los datos necesarios para la caracterización de las embarazadas se tomaron a partir de un cuestionario confeccionado al efecto, con previo consentimiento informado (anexo 1 y 2) y la historia clínica obstétrica.

La estrategia educativa (anexo 3) se evaluó mediante una encuesta (anexo 4) realizada antes y después de la puesta en práctica de la misma.

##### **Criterios de inclusión:**

- Estar dispuesto a participar en la investigación.
- Estar embarazada y tener menos de 20 años.

##### **Criterios de exclusión:**

- No cumplir con los criterios de inclusión.
- Presencia en las gestantes de retraso mental u otras enfermedades neuro psiquiátricas.
- Gestantes con dirección de Mamonal que en el momento de la investigación no se encuentren en área.

Como variable independiente enmarcamos la Estrategia Educativa y como variable dependiente el nivel de conocimiento de las adolescentes sobre los riesgos y complicaciones del embarazo en esta edad.

El procesamiento de la información se realizó de forma manual, se utilizó el método porcentual para la corroboración de las encuestas.

##### **Definiciones conceptuales y operacionales**

- Estado nutricional de las gestantes adolescentes a la captación: se clasificó según tablas cubanas de peso y longitud en decúbito supino para el sexo.
- Desnutrida: evaluación nutricional inferior al tercer percentil.
- Delgada: Entre el 3 y el 10 percentil.
- Normo peso: Entre el 10 y el 90 percentil.
- Sobrepeso: entre el 90 y el 97 percentil.
- Obesa: Mayor del 97 percentil.
- Estado civil
- Unión estable: Unión matrimonial registrada o no por la ley.
- Sin unión estable: Sin vínculo matrimonial establecido o pérdida del mismo.
- Ganancia de peso durante el embarazo.

Valor de peso de la embarazada que se debe incrementar con el curso de la gestación.

- Adecuada cuando:
  - la bajo peso gana de (12.5 - 18.0) kg.
  - la normo peso gana de (11.5 - 16.0) kg.
  - la sobre peso gana de (7.0-11.5) kg.
  - la obesa gana 6.0 kg.
- Insuficiente cuando:
  - la bajo peso gana menos de 12.5 kg.
  - la normo peso gana menos de 11.5 kg.
  - la sobre peso gana menos de 7.0 kg.
  - la obesa gana menos de 6.0 kg.
- Exagerada cuando:
  - la bajo peso gana más de 18.0 kg.
  - la normo peso gana más de 16.0 kg.
  - la sobre peso gana más de 11.5 kg.
  - la obesa gana más de 6.0 kg.

**Escala de valores para calificar la encuesta de conocimientos:**

En el diseño de la encuesta se incluyeron 10 preguntas destinadas a evaluar los conocimientos de las adolescentes embarazadas sobre los riesgos y las complicaciones que trae como consecuencias el embarazo a esa edad. A cada pregunta se le dio un valor de 10 puntos; la evaluación se realizó de la siguiente forma:

60 puntos o menos conocimientos malos.

61 a 79 puntos conocimientos regulares.

80 a 89 puntos conocimientos buenos.

90 a 100 puntos conocimientos excelentes.

## **VII. RESULTADOS**

La fuente de información lo constituyeron las encuestas y las historias clínicas obstétricas de las 8 adolescentes embarazadas del consejo popular de Mamonal con las que se realizó la investigación.

En la tabla # 1 se analizó la distribución del universo según edad, escolaridad, ocupación y estado civil, se observó que la edad predominante estuvo entre los 17 – 18 años para un 87.5%, en cuanto a la escolaridad la secundaria básica alcanzó un 75%. La unión estable y las amas de casas representaron un 62.5% En estudios realizados por demógrafos cubanos se han encontrado resultados semejantes a los de esta investigación, además en países como Estados Unidos, Colombia, República Dominicana, Guatemala, ocurre de manera similar.

En la tabla # 2 se muestra que el método más utilizado fue el DIU para un 62.5% y los de menor uso fueron el condón con un 37.5% y las tabletas anticonceptivas con un 12.5%; elementos que muestran un insuficiente uso de estos métodos todo esto propiciado según refieren algunos autores porque las parejas de adolescentes necesitan asesoramiento especial para aprender a usar los diferentes métodos anticonceptivos, pues hay que tener en cuenta diferentes factores tales como aspectos biológicos, de personalidad, estabilidad de la pareja, medio familiar, promiscuidad, antecedentes de embarazos y/o partos, proyecto de vida, etc. De lo anteriormente expuesto se infiere que el método anticonceptivo a seleccionar en esta etapa debe ser individual, teniendo en cuenta además, la aceptabilidad, eficacia y seguridad del mismo.

En la tabla # 3 se muestran los antecedentes obstétricos, se pudo detectar un predominio de las gestaciones anteriores en un 50%, y en orden decreciente el aborto con un 25%, el embarazo ectópico, prematuro anterior y bajo peso al nacer solo en un 12.5%. Detectándose que a pesar de la corta edad de estas adolescentes el 50% han tenido embarazos previos. En estudios realizados en otros países se destaca que más de 2 millones de adolescentes son sometidos anualmente a un aborto casi siempre en condiciones de riesgo reportándose que una de cada 3 mujeres que acuden al hospital solicitando asistencia por complicaciones de un aborto son menores de 20 años, nuestro país presenta similar problemática con la diferencia de que aquí el aborto se realiza por un personal calificado y en condiciones adecuadas, lo que ha disminuido el riesgo de complicaciones inmediatas tales como: perforaciones uterinas, hemorragias e infecciones entre otras.

En la tabla # 4 se muestra el estado nutricional de las embarazadas a la captación, donde se observa que existe mayor número de pacientes normo peso representando un 62.5%, seguido de los sobrepesos con un 25% y por último los desnutridas en un 12.5%.

A pesar de que algunos autores<sup>15</sup> plantean de que a esta edad casi siempre existen carencias nutricionales asociadas a otras enfermedades que pueden llevar a la adolescente a presentar estados de desnutrición o bajo peso. Por otra parte hay autores que piensan que en adolescencia se producen un incremento de las dimensiones físicas y cambios en la forma y composición del cuerpo todo esto unido a motivaciones e intereses por sus coetáneos que hacen a la adolescente conservar su aspecto físico.<sup>9</sup>

En la tabla # 5 se representó la ganancia de peso durante el embarazo detectándose un predominio de la ganancia insuficiente con un 50% sobre la ganancia adecuada para un 37.5% y la exagerada en un 12.5% respectivamente.

Estos resultados concuerdan con lo descrito por otros autores los cuales plantean que en la adolescencia no se tiene percepción adecuada del riesgo a que puede ser sometida la madre joven, recibiendo en ocasiones una atención prenatal deficiente por parte del adolescente y un riesgo nutricional importante ya que a las necesidades normales de su embarazo se le añaden las del feto que engendra.

En cuanto a la morbilidad materna durante el embarazo representada en la tabla # 6, apreciamos que la sepsis vaginal fue la afección que más incidió en estas

adolescentes en un 87.5%, seguida de la anemia y la infección urinaria con un 25%, la enfermedad hipertensiva de la gestación y la ruptura prematura de membrana con un 12.5%.

Estos resultados coinciden con la bibliografía consultada<sup>23</sup> donde se demuestra el pobre uso del condón que predispone a la infección vaginal, ya sea por desconocimiento de su importancia o porque a esta edad evalúan las ideas de otras personas de un modo más completo que las de sí mismo todo esto condicionado por la desinformación y la falta de educación en el orden sexual. Aunque en nuestra investigación no se encontró un predominio de la eclampsia, gestorragias, sí están descritas por algunos autores, los que piensan que pueden aparecer con mayor frecuencia en la gestación del adolescente, también se destacan la anemia, la infección urinaria, la ruptura prematura de las membranas ovulares y la enfermedad hipertensiva de la gestación como patologías frecuente a encontrar<sup>20,21</sup> y que a diferencia de las anteriores si aparecieron en el grupo estudiado, lo que en menor frecuencia que la infección vaginal.

La tabla 7 muestra las formas de terminación del embarazo, en la cual se aprecia que el parto pre término predominó con un 50% sobre el a término en un 25% y el pos término en un 12.5%. Coincidiendo estos resultados por los descritos en la literatura donde existe un predominio de partos pre términos considerado por algunos autores por el insuficiente desarrollo de los órganos reproductores femeninos para albergar un embarazo.

Las complicaciones que aparecen en el puerperio representadas en la tabla # 8, fueron en primer lugar la anemia con un 62.5%, con un 25% le sigue la Infección urinaria unida en igual proporción al desgarro de cuello y por último el sangramiento post parto con un 12.5%. Se ha descrito un riesgo mucho mayor de complicaciones a esta edad tanto en el plano orgánico, social y psicológico de las madres; aparece con mayor frecuencia la toxemia, la eclampsia, anemias, recién nacido de bajo peso, traumas obstétricos, riesgo elevado de muerte prenatal en el transcurso del primer año de vida.

Cuando se analizaron las complicaciones que aparecieron en el recién nacido, mostrados en la tabla # 9, se concluyó que el distress respiratorio con un 37.5% fue lo que más afectó a estas adolescentes, seguida de las hipoglucemias en un 25% y por último la bronco aspiración en un 12.5%. Esto se debe a que las adolescentes no tienen conocimientos ni experiencias para la crianza de un hijo, en ocasiones

viven en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo, además no tienen la madurez suficiente para enfrentar tanto biológica como social la gestación.

En la tabla # 10 se recogieron los resultados de la encuesta antes y después de la intervención observándose que antes de impartir la misma 5 adolescentes respondieron mal las preguntas de la encuesta, 1 regular, 1 bien y nadie excelente, pero después de la intervención se elevó considerablemente el nivel de conocimientos representado por 4 respuestas excelentes, 3 bien, 1 regular y no se recogieron respuestas evaluadas de mal.

## **VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **A. CONCLUSIONES**

- La edad entre 17-18 años, la escolaridad de secundaria básica, las amas de casa y las adolescentes con unión estable, predominaron en el grupo de estudio.
- El método anticonceptivo más utilizado fue el DIU.
- La presencia de gestaciones anteriores fue lo más significativo dentro los antecedentes obstétricos.
- El estado nutricional predominante a la captación fue el normo peso, seguido de una ganancia insuficiente y el parto pre término.
- En la morbilidad materna hubo un predominio de la sepsis vaginal, las complicaciones más frecuentes en el puerperio fueron la anemia y la infección urinaria y en el recién nacido el distress respiratorio.

## **B. RECOMENDACIONES**

- 1.- A la persona que piense en abortar debe tener en cuenta que el aborto es quitar la vida a una persona.
- 2.- Esta persona debe tener en cuenta que esta vida está dentro de ella y que la debe proteger como protege su vida misma.
- 3.- Debe pensar que el aborto no solo es un daño para el bebe que está dentro de su vientre sino que también es un daño para ella misma.
- 4.- Debe pensar que Dios nos da la vida y que ella y nadie tiene derecho a quitársela.
- 5.- Que no se dejen llevar por recomendaciones de personas que les conviene que ella aborte sino que escuche es su interior

Todo joven debe saber definir y considerar la actitud de que tiene él hacia sus amigos y sus amigos hacia él, por lo tanto como dicen por ahí, respeto guarda respeto.

- No debemos ser influenciados por nuestros amigos, porque este es un país democrático y libre, de ninguna manera nos vamos a considerar menos si uno de ellos nos indica que hagamos algo y no lo hacemos.
- No porque todos lo hagan yo también lo voy a hacer, no porque tu amigo fuma, yo voy a fumar, no porque mi amigo consuma bebidas alcohólicas yo voy a consumirlas. tú eres el dueño de tu cuerpo, de tu alma y de tu ser, si tu te enfermas, tu amigo no sufre contigo, no va a ir contigo al cementerio, ni va a morir contigo; más bien se va a reír de que un incrédulo más cayó en su truco y murió.
- Con tu conciencia limpia y sin ningún error por detrás de ti, vivirás en paz por siempre.
- Evite malas compañías.
- Tenga cuidado con la manera de vestirse.
- Escoja cuidadosamente los programas de televisión que mira.
- Tenga cuidado de lo que lee, mucha de la literatura contemporánea apela al instinto sexual.
- Esté atento con respecto a su tiempo libre
- Tenga una regla, "nunca involucrarse en un enamoramiento deshonesto."
- Dedique mucho tiempo a las escrituras, lectura, estudio.

## **BIBLIOGRAFÍA**

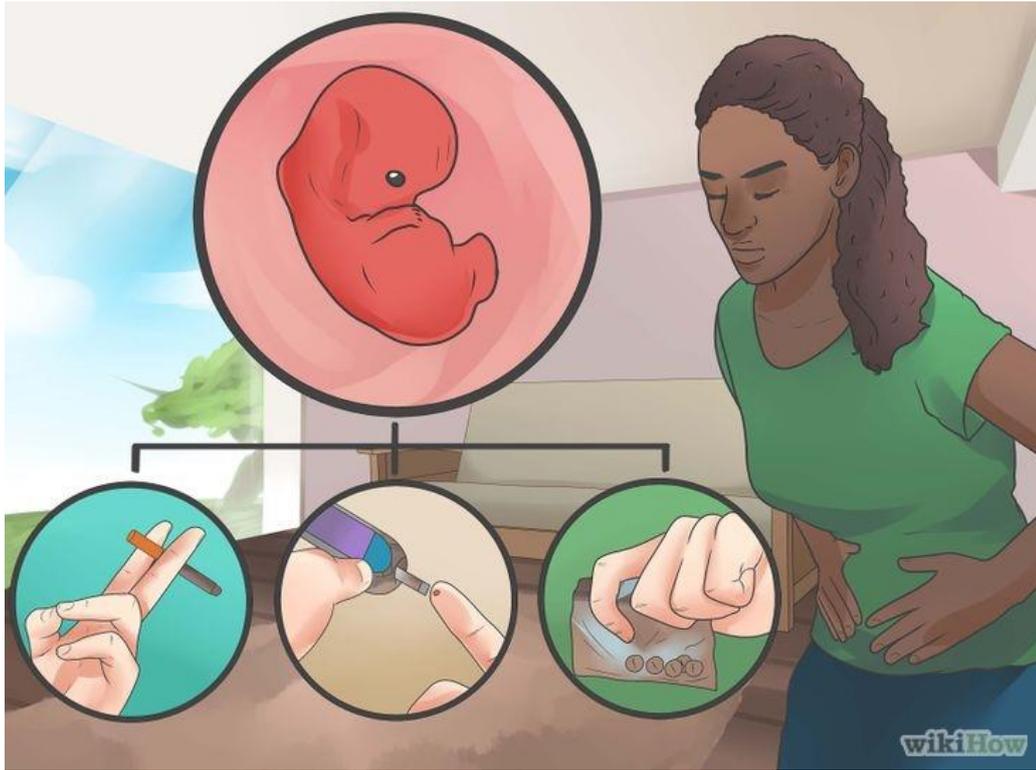
- JAIME BOTERO U., ALFONSO JÚBIZ H., GUILLERMO ENAO,,: Obstetricia y Ginecología, Texto Integrado; 7ma edición - Págs.- 186-192
- RALPH C. BENSON: Manual de Ginecología y Obstetricia, Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V., sétima edición, Págs. 258 - 259, 405 - 421.
- JAMES DRIFE Y BRIAN MAGOWAN: Ginecología y Obstetricia Clínicas. Edit. Elsevier España S.A., 2005, Págs. 165 - 178.
- CUNNINGHAM, MACDONALD, GANT: Williams Obstetricia. Edit. Masson S.A., cuarta edición, 1996, Págs. 649- 673.
- **JOSE PACHECO ROMERO**: Ginecología, Obstetricia y Reproducción, tomo II. Edit. Repsac, segunda edición 2007, Págs. 1035 - 1043.
- RICARDO L. SCHWARCZ, CARLOS A., DUVERGES, A. GONZALO DIAZ: Obstetricia, Edit El Ateneo, cuarta edición 1986, Págs. 153 - 157.
- L. CABERO, D. SALDIVAR, E. CABRILLA: Obstetricia y Medicina Materno Fetal, Edit. Médica Panamericana, 2007, Págs. 511 - 530.
- MARCELO A. HAMMERLY: Enciclopedia Medica Moderna Tomo I, Edit. Safeliz Aravaca, 8- Madrid 3, España Págs. 305 - 308.

## **PÁGINAS DE INTERNET**

- <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/aborto.htm>
- <http://cardonamoyasergio2.nireblog.com/post/2007/05/12/consecuencias-sociales-del-aborto>
- <http://www.4abortion.net/fisicas.htm#a>
- [http://www.abortos.com/tipos\\_aborto.htm](http://www.abortos.com/tipos_aborto.htm)







1