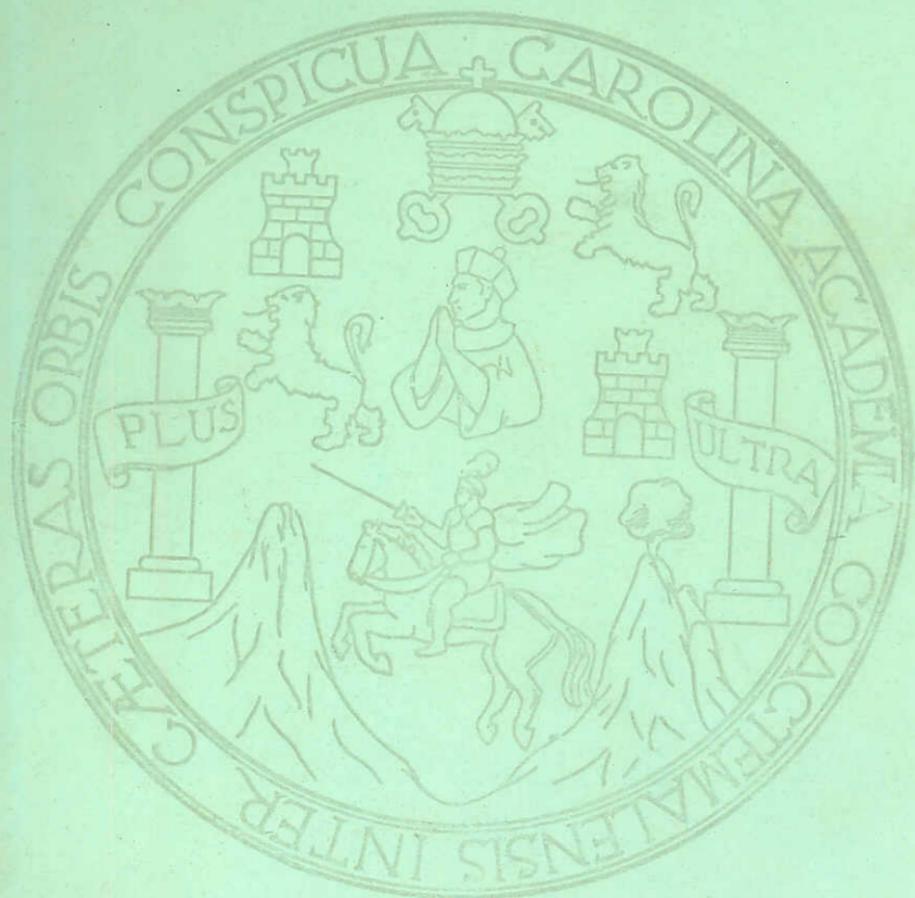


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

EMBARAZO EN NIÑAS ADOLESCENTES



CARLOS HUMBERTO TURCIOS OLIVA

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	No. Página
INTRODUCCION	1
DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	2
JUSTIFICACIÓN	3
OBJETIVOS	4
A) GENERALES	
B) ESPECÍFICOS	
METODOLOGÍA	5 - 6
ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS	7 - 49
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
RESUMEN	52
BIBLIOGRAFÍA	53 - 58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59 - 61
ANEXOS	62 - 63

INTRODUCCION

El embarazo en adolescentes se define como toda mujer menor de 18 años con capacidad fisiológica de poder engendrar. El presente estudio tiene que enfocarse desde un punto de vista psicobiosocial esta es una etapa de transición en la cual la niña pasa a mujer y termina un ciclo y comienza otro, terminado una madurez integrada, de allí el nombre "adolescere" que en latín significa "crecer".

El presente estudio pretende investigar el aspecto de morbilidad, trastornos conductuales en estas menores así como los factores contribuyentes que produjeron el embarazo y evidenciar el estado emocional para la atención del recién nacido para lo cual se realizó revisión del historial clínico del Centro de Salud "10. de Julio" de cada paciente, además se pasó una boleta de recolección de datos con preguntas sencillas y comprensibles; conjuntamente se aplicó el test proyectivo de la figura humana de Louis Corman (Test-Psicológico) para determinar los trastornos conductuales en dichas adolescentes embarazadas.

Al final del estudio se determinó que el 51.6% de la población sujeta de estudio presentaba tendencias a trastornos de carácter depresivo, así como el 71.6% refirió no estar físicamente emocionalmente preparada para su embarazo actual, por lo cual se recomienda crear una política nacional de los y las adolescentes; con énfasis en la prevención de embarazos y conocimientos de salud reproductiva.

DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA

En nuestro país es bien sabida la dependencia socio-política, económica lo cual limita el poder proporcionar a la mayoría de la nación los elementos básicos (alimento, vestimenta, vivienda, educación, etc.) para un adecuado desarrollo psico-social de las personas. De ahí surge una serie de problemas de tipo emocional que influyen grandemente en el desarrollo y desenvolvimiento del individuo, actualmente estos factores han creado un despertar temprano en la vida sexual en general, así como unión marital temprana, influyendo todo esto en el aumento de embarazos en el grupo de mujeres jóvenes (3, 7, 14, 30). Se considera que el embarazo constituye un momento crítico en la mujer, ya que implica grandes y profundos cambios en su vida cotidiana; la actitud hacia el embarazo varía en cada mujer dependiendo de su estabilidad emocional y de las circunstancias en que esta se desarrolla, en especial el primer embarazo las experiencias son trascendentales ya que implican cambios biológicos y emocionales que debido a su magnitud traen consigo modificaciones de la personalidad femenina (2, 5, 15, 30).

En los actuales momentos pareciera ser que a la mujer embarazada no se le proporciona un adecuado apoyo emocional, ya que le han prestado mayor atención al aspecto biofisiológico y socio-cultural, descuidando el aspecto psíquico de las personas que es una parte importante del ser humano. Se considera que en nuestra población un alto porcentaje (11%) de las embarazadas son jóvenes a las cuales no se les proporciona apoyo físico como económico, lo cual afecta aún más su situación emocional.

En el embarazo en niñas adolescentes, generalmente existen factores que contribuyen al mismo, por lo que el presente estudio pretende establecer algunos que se consideren importantes; asimismo, la niña adolescente presenta trastornos de la conducta tal como lo demuestra el estudio de Ricoy, entre los que destaca: depresión y agresividad reactiva los cuales probablemente se manifiesten más durante el embarazo.

Por último es importante mencionar que estas niñas no tienen mayores expectativas futuras como lo evidenció Velásquez, en su trabajo titulado "ABUSO SEXUAL EN NIÑAS ADOLESCENTES DE LA CALLE" lo cual hace pensar que no se encuentran preparadas para la atención inmediata del recién nacido. (12-13)

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud "1ro. de Julio" a manera de entrevista directa y pruebas para establecer la morbilidad, factores de riesgo y trastornos conductuales en estas menores de edad.

JUSTIFICACIÓN

La problemática del embarazo en la adolescente es algo que ha tomado auge en los últimos años en nuestro país, lo cual por sí mismo es un factor de riesgo en este grupo poblacional sujeto de estudio. Estas niñas generalmente tienen otros factores de riesgo y/o morbilidad presente; lo que hace que estas niñas madres tengan alto riesgo de embarazo. Todo lo anterior, hace importante que se estudie este grupo poblacional para tratar de recomendar algunas soluciones a la problemática actual.

Otro aspecto importante que justifica el presente trabajo es que las niñas adolescentes tienen problemas conductuales que probablemente se acentúan más en el embarazo, sobre todo si es un embarazo no deseado.

Es importante además conocer cuales son algunos de los factores que contribuyen al embarazo no deseado en estas menores; así como identificar si estas menores tienen algún grado de conocimiento sobre la atención inmediata del recién nacido, ya que hay estudios que no profundizan en estos aspectos.

Todo lo anterior, traerá como propósito fortalecer las instituciones ya existentes.

OBJETIVOS

A) GENERALES

- Describir la morbilidad de las niñas adolescentes embarazadas.
- Identificar los factores de riesgo en las niñas adolescentes embarazadas.

B) ESPECÍFICOS

- Identificar los trastornos de conducta en la embarazada adolescente.
- Identificar los factores contribuyentes en el embarazo en niñas adolescentes.
- Determinar si la madre se encuentra preparada emocionalmente para la atención inmediata del recién nacido.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

- Descriptivo prospectivo

SUJETO DE ESTUDIO

- Toda mujer embarazada menor de 18 años de edad que consultan el Centro de Salud "1ro. de Julio".

POBLACIÓN Y MUESTRA

- La muestra tomada es una muestra por conveniencia, ya que nos permite tomar la población en el tiempo necesario, contar con los recursos y disponer de la autorización para efectuar el trabajo de campo, tomando a todas las niñas embarazadas que consultan el Centro de Salud "1ro. de Julio" comprendidas entre las edades de 10 a 18 años de edad, durante los meses de mayo y junio de 1998.

CRITERIO DE INCLUSIÓN

- Toda mujer mayor de 10 años y menor de 18 años de edad que este embarazada no importando la edad gestacional y que además consulten el Centro de Salud "1ro. de Julio".

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Toda mujer menor y mayor de edad que no tenga criterios clínicos de embarazo actual.
- Toda mujer menor de edad que no tenga criterios de laboratorio, el cual nos justifique embarazo actual.

VARIABLES

- Edad
- Embarazo
- Morbilidad
- Factor de Riesgo
- Factores contribuyentes a embarazo no deseado
- Preparación de la madre para la atención inmediata del recién nacido
- Trastornos conductuales

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Por ser un estudio descriptivo prospectivo, se harán frecuencias y porcentajes.

PROCEDIMIENTO

El presente estudio se realizará en el Centro de Salud "1ro. de Julio" que da atención a embarazadas y no embarazadas. Se pasará una encuesta con preguntas sencillas que puedan entender y posteriormente se realizará una revisión de expedientes para establecer la morbilidad de niñas adolescentes embarazadas comprendidas entre las edades de 10 a 18 años.

Posteriormente se pasará el test proyectivo de la figura humana LOUIS CORMAN, el cual se pasará en dos oportunidades con el fin de establecer trastornos de la conducta en niñas adolescentes embarazadas, que luego será analizado e interpretado por una Licenciada en Psicología.

RECURSOS

A) MATERIALES

- Boleta para tabulación de datos
- Expedientes clínicos de el Centro de Salud "1ro. de Julio".
- Lapicero
- Computadora

B) HUMANOS

- Personal que labora en el Archivo de el Centro de Salud "1ro. de Julio"
- Licenciada en Psicología que interpretará el test proyectivo (Louis Corman)

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS

CUADRO No. 1

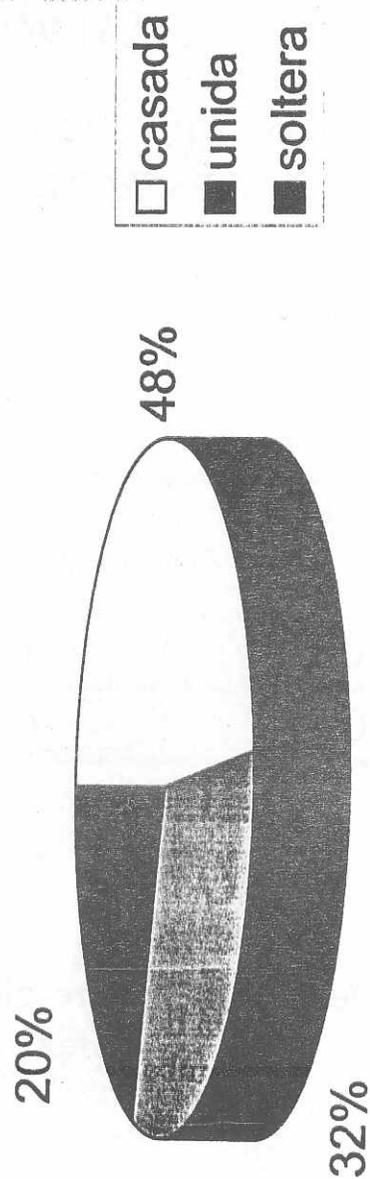
DISTRIBUCION POR EDAD

<i>EDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
15	3	5%
16	6	10%
17	21	35%
18	30	50%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

Gráfica No. 2

Estado Civil



10

Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR GRUPO ETNICO

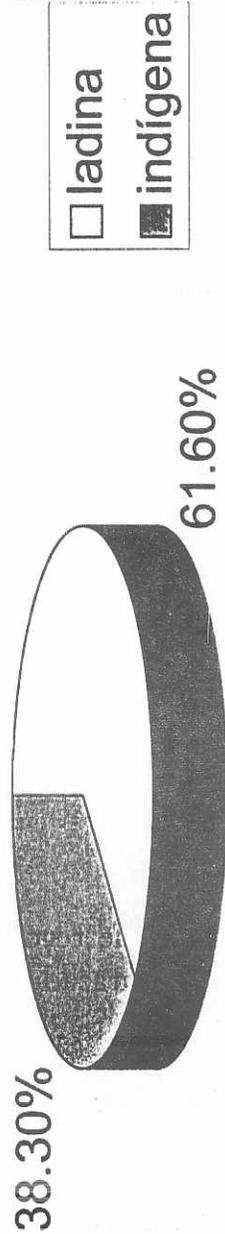
GRUPO ETNICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ladina	37	61.6%
Indígena	23	38.3%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

11

Gráfica No. 3

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ÉTNICO



Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 4

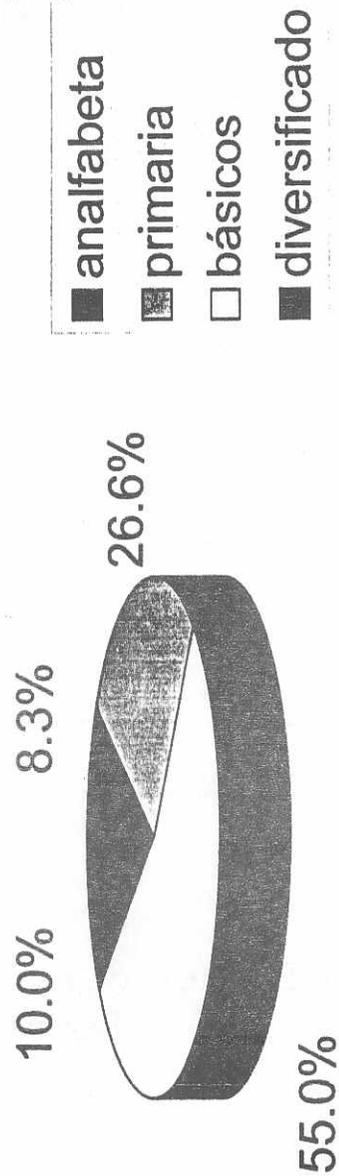
DISTRIBUCION SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Analfabeta	5	8.3%
Primaria	16	26.6%
Básicos	33	55.0%
Diversificado	6	10.0%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

Gráfica No. 4

DISTRIBUCION SEGÚN GRADO DE ESCOLARIDAD



Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 5

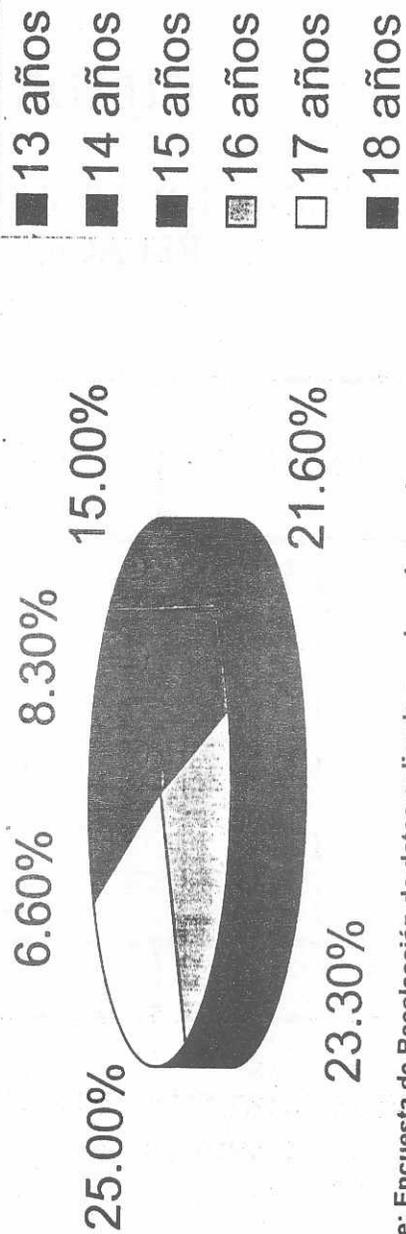
DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13	5	8.3%
14	9	15.0%
15	13	21.6%
16	14	23.3%
17	15	25.0%
18	4	6.6%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

Gráfica No. 5

DISTRIBUCION SEGÚN EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL



16

Fuente: Encuesta de Recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION SEGÚN EMBARAZOS ANTERIORES

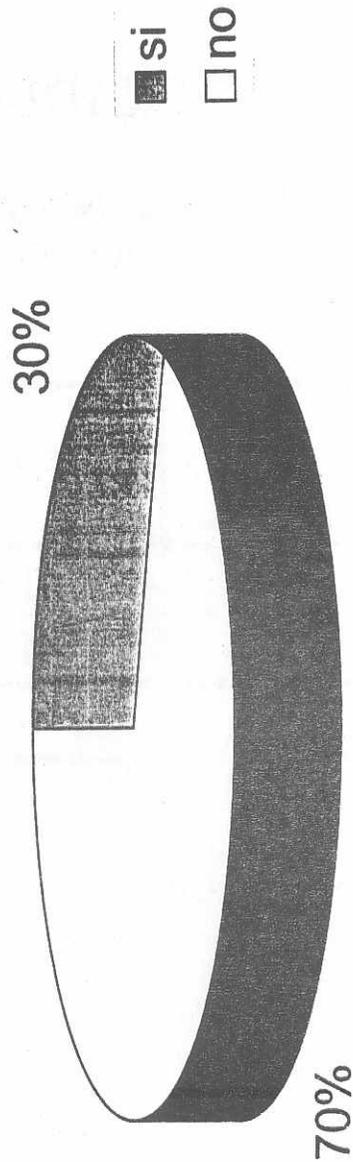
EMBARAZOS ANTERIORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	18	30%
No	42	70%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

17

Gráfica No. 6

DISTRIBUCION SEGÚN EMBARAZOS ANTERIORES



18

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 7

DISTRIBUCION SEGÚN FORMA DE RESOLUCION DE LOS EMBARAZOS ANTERIORES EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS

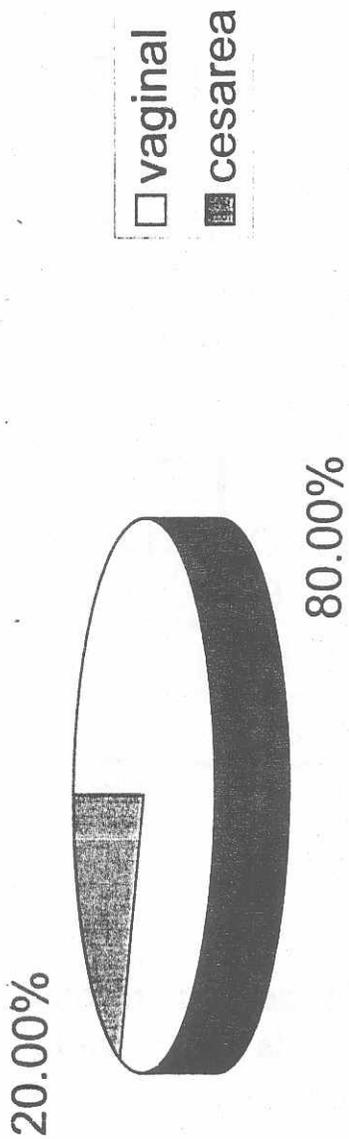
EMBARAZO ANTERIOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal	14	23.3%
Cesarea	4	6.6%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

19

Gráfica No. 7

DISTRIBUCION SEGÚN FORMA DE RESOLUCION DE LOS
EMBARAZOS ANTERIORES EN LAS ADOLESCENTES
ENCUESTADAS



20

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 8

ABORTOS ANTERIORES EN LAS
ADOLESCENTES ENCUESTADAS

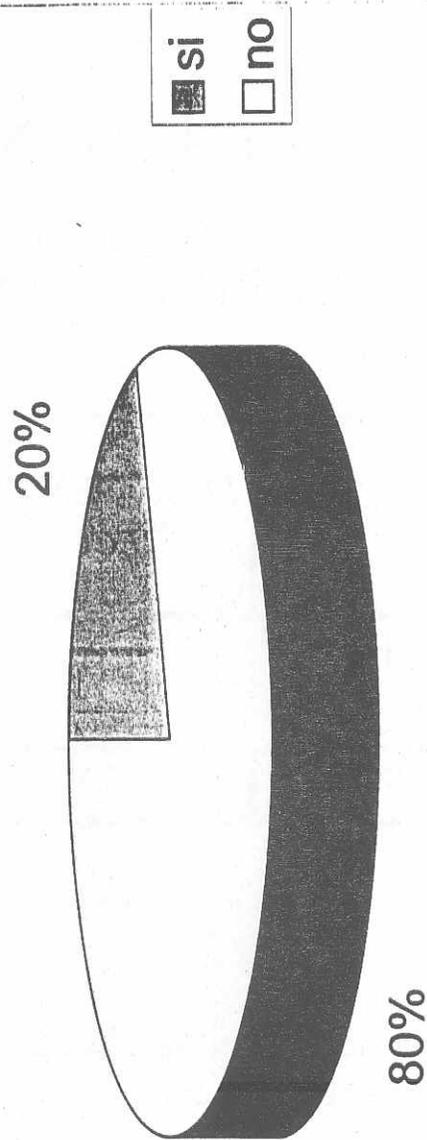
ABORTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	12	20%
No	48	80%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

21

Gráfica No. 8

ABORTOS ANTERIORES EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS



Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 9

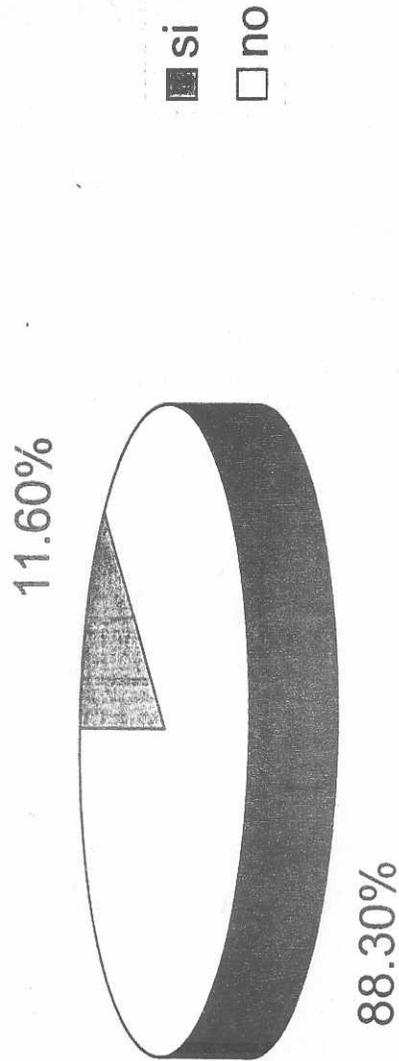
DISTRIBUCION SEGÚN FUMADORAS EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS

FUMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	7	11.6%
No	53	88.3%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

Gráfica No. 9

DISTRIBUCION SEGÚN FUMADORAS EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS



Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 10

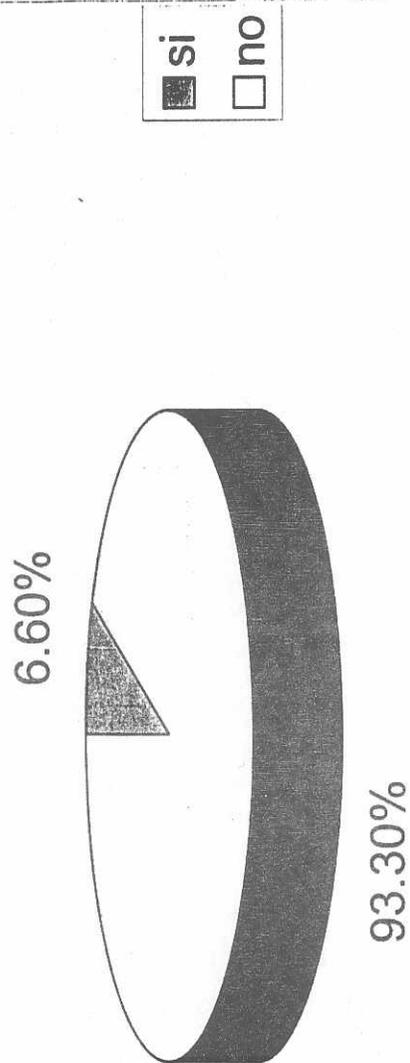
USO DE DROGAS EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS

USA DROGAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	4	6.6%
No	56	93.3%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

Gráfica No. 10

USO DE DROGAS EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS



Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 11

DISTRIBUCION SEGÚN ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL (ETS) EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS

ETS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	(G)5 (8) 3(P)	13.3%
No	(52)	86.6%
TOTAL	60	100%

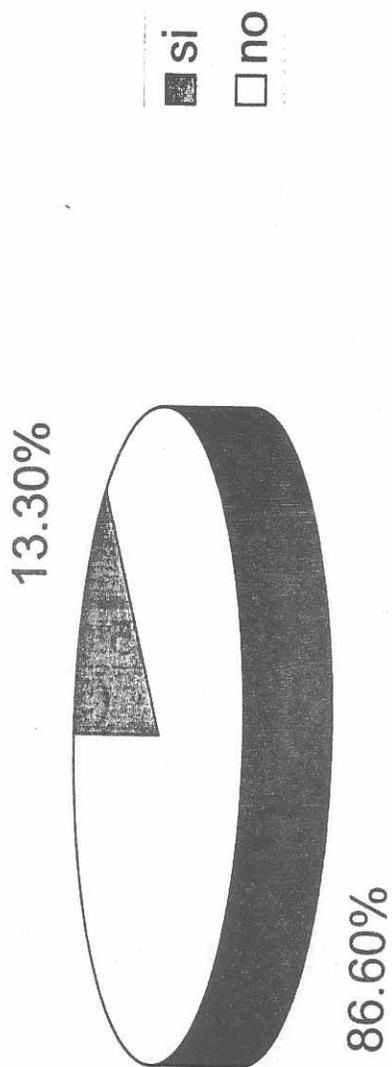
Fuente: *Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

*Historial clínico del centro y puesto de salud

G= Gonorrea (8.3%)

P= Papilomatosis (5%)

Gráfica No. 11
ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
(ETS)



Fuente: * Boleta de recolección de datos

* Historial clínico de los centros y puestos de salud

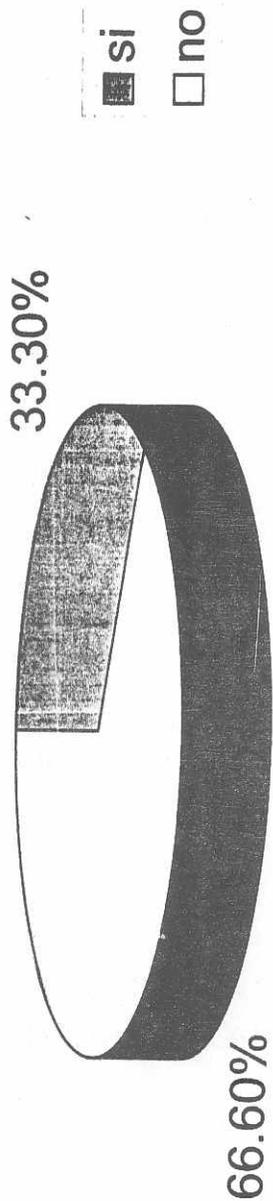
CUADRO No. 12

INFECCIONES URINARIAS DURANTE EL
 EMBARAZO ACTUAL EN LAS
 ADOLESCENTES ENCUESTADAS

INFECCIONES URINARIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	20	33.3%
No	40	66.6%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

Gráfica No.12
INFECCIONES URINARIAS



Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 13

FLUJO VAGINAL

FLUJO VAGINAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	(C) 10(28)18(T)	46.6%
No	(32)	53.3%
TOTAL	60	100%

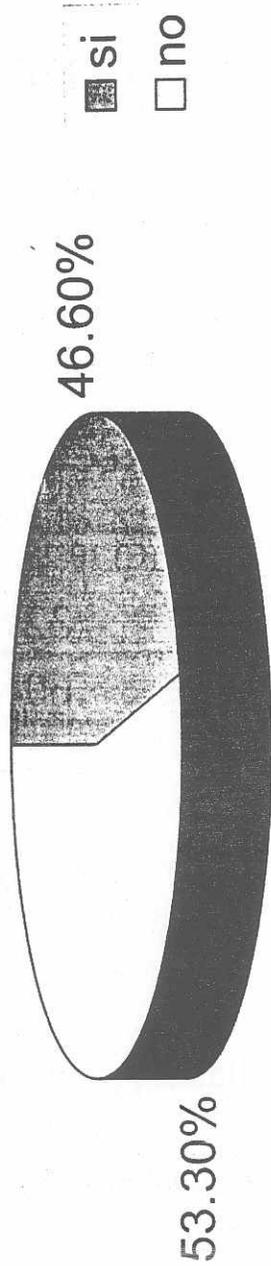
Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

C= Candidiasis Vaginal (16.6%)

T= Tricomoniasis (30%)

Gráfica No. 13

FLUJO VAGINAL



Fuente: * Boleta de recolección de datos
 * Historial clínico de centros y puestos de salud

CUADRO No. 14

PORQUE QUEDO EMBARAZADA

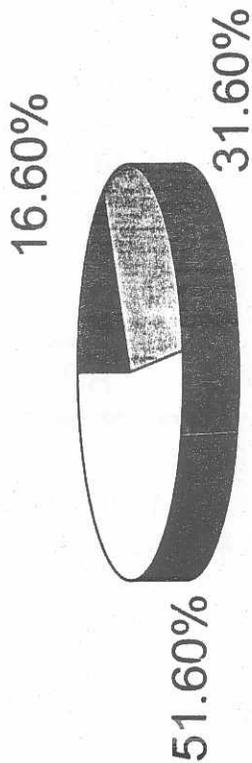
PORQUE QUEDO EMBARAZADA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LA FORZO EL NOVIO	10	16.6%
QUERIA RETENER AL NOVIO	19	31.6%
FUE ALGO QUE NO PENSO	31	51.6%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

Gráfica No. 14

PORQUE QUEDO EMBARAZADA

- la forzó el novio
- quería retener al novio
- fue algo que no penso



34

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 15

DISTRIBUCION SEGÚN CONTROL PRENATAL EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS

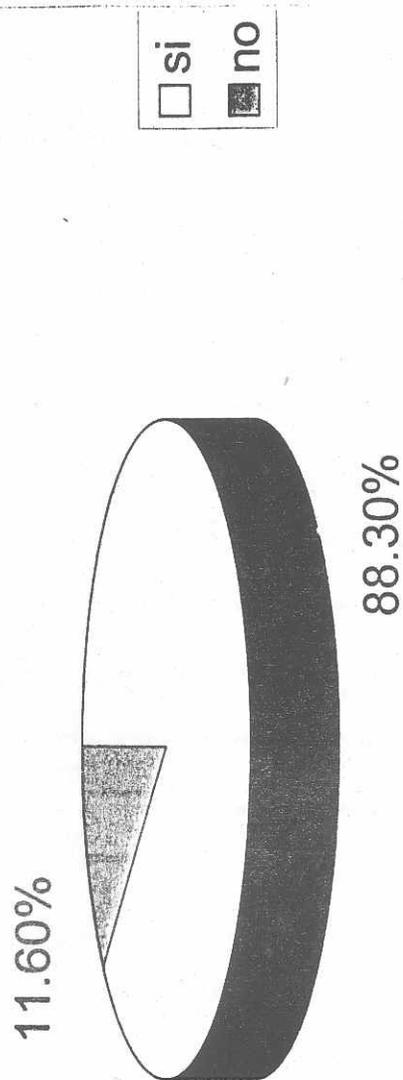
CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	53	88.3%
No	7	11.6%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

35

Gráfica No. 15

CONTROL PRENATAL



Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 16

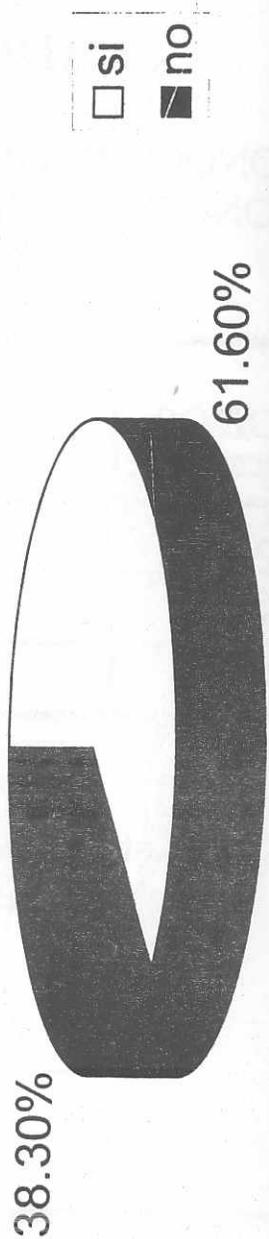
CONOCIMIENTO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS ADOLESCENTES

METODOS ANTICONCEPTIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	37	61.6%
No	23	38.3%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

Gráfica No. 16

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 17

CONOCIMIENTO SOBRE EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS

METODO ANTICONCEPTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PILDORA	32	53.3%
ESPERMATICIDAS LOCALES	1	0.16%
DIU(T de cobre)	11	18.3%
RITMO	11	18.3%
RETIRO	1	0.16%
INYECCION	27	45.0%
PRESERVATIVOS	5	8.3%

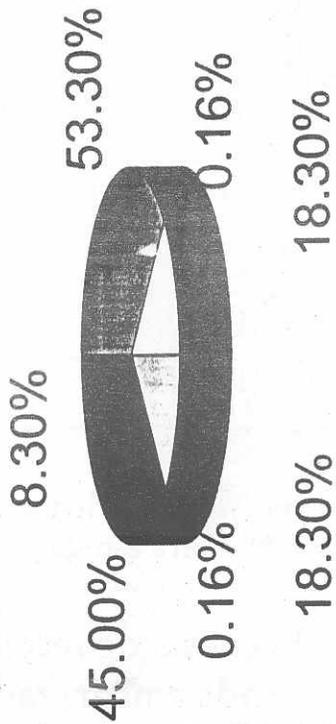
Pregunta con varias opciones, porcentajes en base a tamaño real de la población a estudio.

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

Gráfica No. 17

METODO ANTICONCEPTIVO MAS CONOCIDO

- píldora
- espermaticidas locales
- DIU(t de cobre)
- ritmo
- retiro
- inyección
- preservativo



Fuente: Boleta de recolección de datos

* Pregunta con varias opciones, porcentajes en base a tamaño real de la población

CUADRO No. 18

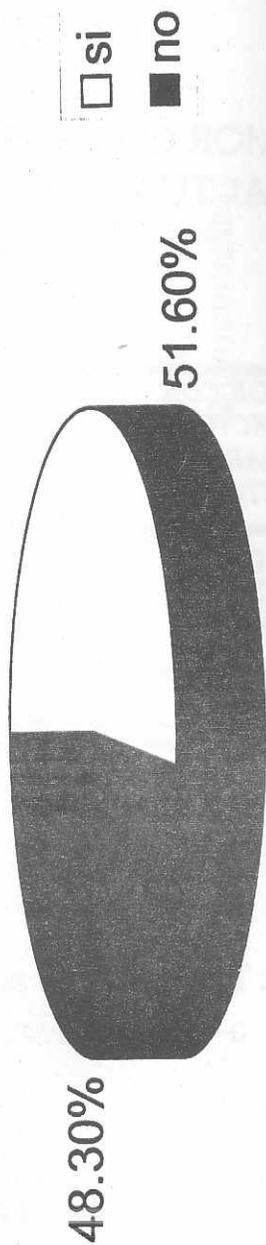
TEMOR CON RESPECTO AL EMBARAZO ACTUAL EN LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS

TEMOR CON RESPECTO AL EMBARAZO ACTUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	31	51.6%
No	29	48.3%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

Gráfica No. 18

TEMOR EN EL EMBARAZO ACTUAL



Fuente: Boleta de recolección de datos

CUADRO No. 19

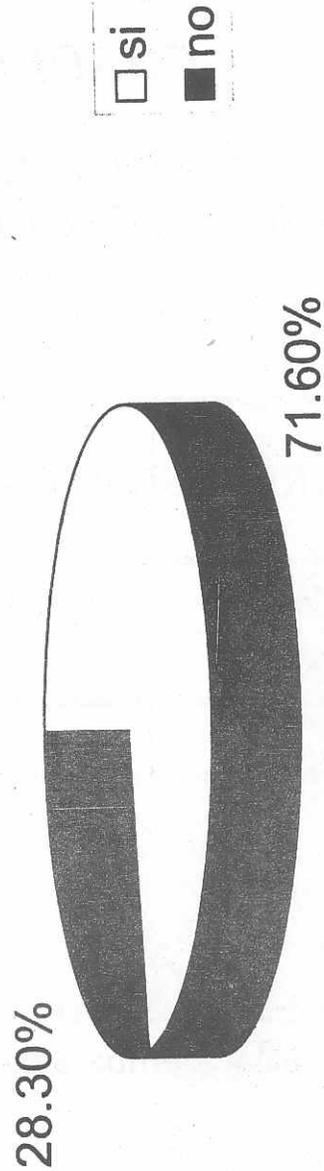
ESTA PREPARADA FISICA Y EMOCIONALMENTE PARA EL EMBARAZO ACTUAL

USA DROGAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	43	71.6%
No	17	28.3%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

Gráfica No. 19

PREPARADA FISICA Y EMOCIONALMENTE



44

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada

CUADRO No. 20

DISTRIBUCION SEGÚN RESULTADOS OBTENIDOS DEL TEST PSICOLOGICO "LOUIS CORMAN"

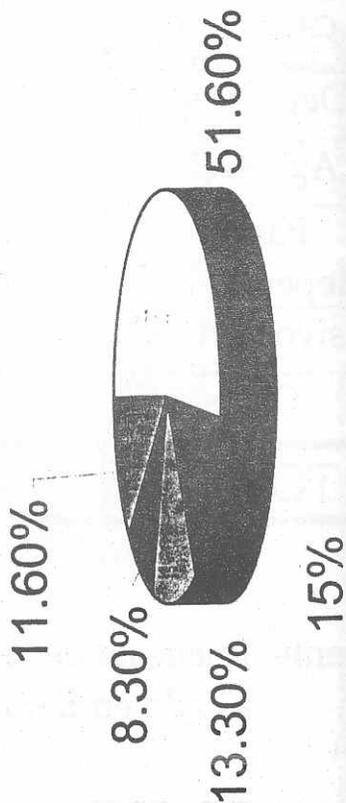
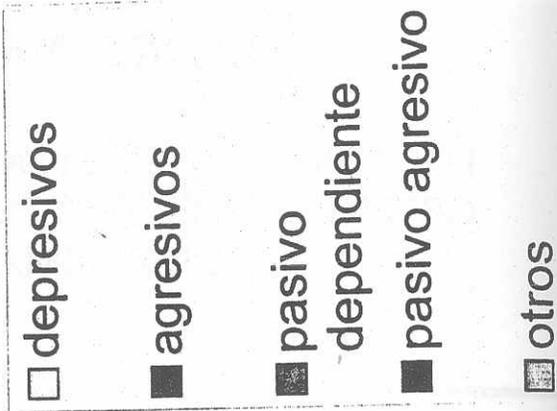
TENDENCIA A TRASTORNOS DE CARÁCTER	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Depresivos	31	51.6%
Agresivos	9	15.0%
Pasivo dependiente	8	13.3%
Pasivo agresivo	5	8.3%
Otros	7	11.6%
TOTAL	60	100%

Fuente: Encuesta de recolección de datos aplicada a cada embarazada.

45

Gráfica No. 20

DISTRIBUCION SEGÚN RESULTADOS OBTENIDOS DEL TEST-PSICOLOGICO "LOUIS CORMAN"



Fuente: Boleta de recolección de datos aplicada a cada mujer embarazada
* Análisis e interpretación de resultado por Licda. En Psicología

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Se analizaron 60 casos de pacientes que oscilaron entre los 10 y 18 años, que consultan al centro de salud de la colonia 1º. de Julio, siendo la participación voluntaria.

En los últimos años nos hemos dado cuenta que los países tercermundistas las mujeres y hombres están empezando a tener una vida sexual activa a muy temprana edad, creando esto embarazos no deseados; aumento en el índice de abortos y además una gran serie de riesgos de índole obstétrico así como neonatal, por la inmadurez física, emocional, etc. a la cual aún no está preparada una mujer adolescente.

La presente investigación evidenció el antecedente de que el mayor porcentaje en cuanto a la edad materna está entre las edades de 17 y 18 años (35% y 50%) y que el 5% y el 10% corresponde a las edades de 15 y 16 años.

Se determinó el estado civil de cada embarazada adolescente siendo el 48.3% casada, el 31.6% unida y un 20% que es soltera, lo cual crea de una forma u otra repercusiones de tipo: económico, psíquico y social en la adolescente y el producto de la concepción.

El embarazo en adolescentes está determinado por muchos factores y entre uno de estos está el grupo étnico y el grado de escolaridad, ya que hay estudios en los que se ha podido determinar que la mujer indígena con poco o ningún grado de escolaridad son las que más embarazos tienen por falta de conocimientos en lo que a educación sexual respecta. En el presente estudio se pudo determinar que un 38.3% de la población sujeto de estudio es indígena y un 61.6% son ladinas, diferencia en la cual se podría pensar en que se debe a la misma idiosincrasia de la mujer indígena.

Se estableció que un 8.3% son analfabetas y el 26.6% ha terminado la primaria, el 55% los básicos y que solo un 10% ha llegado hasta diversificado, lo que nos hace pensar que los programas de alfabetización aún no han logrado alcanzar sus metas planteadas a la población guatemalteca lo cual se relaciona con que un buen porcentaje de la población son indígenas y analfabetas.

El embarazo en adolescentes con todos los riesgos ya expuestos es una de las principales consecuencias de un inicio temprano de vida sexual; la edad principal reportada de primera relación sexual es a los 13 años (el 8.3%, siendo a los 17 años el mayor porcentaje 25%, esto nos indica un inicio temprano de vida sexual activa aunado a que un buen número de ellas quedaron embarazadas a los 15 y 16 años, lo que pone en evidencia el poco conocimiento de los métodos de planificación familiar, esto lo refuerza el hecho de que el 30% ha tenido embarazos anteriores.

Según estudios sobre embarazos de alto riesgo entre los cuales incluye a mujeres adolescentes y que además ya hayan tenido abortos o embarazos anteriores con resolución de parto distócico (cesárea). El presente estudio demuestra que un buen porcentaje ya ha tenido uno a dos abortos anteriores (20%) y que el 6.6% ha sido por cesárea siendo la principal causa por estrechez cefalopélvica; todo esto cataloga a la adolescente gestante como embarazos de alto riesgo, aunado a esto también se pudo determinar que un 11.6% refirieron fumar 1 a 3 cigarrillos diarios y un 6.6% utilizan drogas no especificando cual, lo cual puede provocar graves problemas tanto a la madre como al feto, como lo son: niños de bajo peso al nacer, retardo de crecimiento intrauterino, prematuridad y aborto.

En la mayor parte del mundo las enfermedades de transmisión sexual están aumentando en forma alarmante, según el centro de control de enfermedades dos de tres nuevos casos ocurren en personas entre los 15 y 19 años y en su mayoría niñas, las cuales pueden tener problemas de esterilidad en su vida futura.

Estudios previos realizados por instituciones como: casa alianza, casa hogar solo para mujeres y el centro de orientación diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, han demostrado que el padecimiento de las mismas es similar en la población adulta que en la adolescente.

La presente investigación evidenció el antecedente de padecimiento de enfermedades de transmisión sexual en un 13.8% siendo las más frecuentes, gonorrea (8.3%), papilomatosiis (5%) según la revisión de los expedientes clínicos. Además un 33.3% refirió estar padeciendo infecciones urinarias a repetición, un 46.6% padecen de flujo vaginal siendo las más frecuentes, la tricomoniasis (30%) que la candidiasis vaginal (16%).

En Guatemala desde la escuela primaria, así como en la secundaria, tienen dentro de su pénsum de estudios un espacio reservado para lo que es educación sexual; pero como se pudo demostrar en los cuadros anteriores, aún hay problemas de analfabetización y educación sexual en los adolescentes, lo cual trae consigo problemas como lo son: el aumento en el índice de embarazos no deseados y abortos. La presente investigación evidenció el antecedente en el embarazo actual de las adolescentes encuestadas, el 16.6% fue forzada por el novio; el 31.6% refirió que quería retener al novio y el 51.6% dice que fue algo que no pensó; lo cual cataloga a estos embarazos como no deseados que más adelante, incluso en el embarazo actual, traerá repercusiones de índole social, económico y psíquico, ya que muchos de estos hogares serán desintegrados.

Es muy bien conocido por todo médico y personal que labora en salud, la importancia que tiene una buena cobertura en control prenatal para poder detectar embarazos de alto riesgo y poder brindar así la atención inmediata, logrando con todo esto una disminución en las tasas de morbilidad materna y neonatal. En el presente estudio se pudo determinar que un 11.6% de las adolescentes no tienen control prenatal y esto es porque desconocen lo importante que es el mismo además, se pudo determinar que un gran porcentaje no tienen ningún conocimiento sobre métodos de planificación familiar (38.3%) contra un 61.6% refirió si tener conocimiento de los cuales los más conocidos es la píldora (53.3%), el método parenteral (inyección) con un 45% y el preservativo (8.3%).

La importancia de todo esto radica en que en las mujeres adolescentes, el índice de abortos es bastante elevado comparándose casi con la población adulta, y si la cobertura de planificación fuese mayor, dicho índice disminuiría.

Según como se comentaba en el análisis de los cuadros anteriores, muchas de las mujeres adolescentes embarazadas son: solteras (20%), indígenas (38.3%), y solo han terminado la primaria un (26.6%) aunando a todo esto el ser adolescente creará en ellas inestabilidad económica, emocional y social. Se pudo determinar que un 51.6% refirió tener temor en su embarazo actual por ser primer embarazo y no estar estable económicamente.

Además el 28.3% refirió no estar preparada física y emocionalmente. Es por todo esto muy importante el uso de los test psicológicos, como lo es el test de la figura humana de *Louis Corman*, para poder determinar en dicha población sujeto de estudio, qué tipo de trastornos conductuales

son los más frecuentes y crear así programas que brinden apoyo de tipo psicológico a la mujer adolescente embarazada.

Muchos de los estudios realizados en la facultad de ciencias médicas están orientados básicamente a trastornos de tipo patológico en las adolescentes embarazadas dejando desapercibido el aspecto psicológico ya que muchos de los trastornos que se dan son de índole psicossomático. El presente estudio evidencia el antecedente de que el 51.6% de las adolescentes embarazadas tienen tendencia a trastornos de carácter depresivo; el 15% tendencia a trastornos de carácter agresivo; el 13.3% tendencias a trastorno de carácter pasivo-dependiente; y el 8.3% tendencia a trastornos de carácter pasivo-agresivo. Todo lo anterior tendrá repercusiones tanto en la madre como en el producto de la concepción si no se les brinda el apoyo psicológico durante y después del embarazo.

CONCLUSIONES

1. La morbilidad sexual más frecuente en la adolescente embarazada fue gonorrea y papilomatosis, además se determinó que un buen número ingería drogas, alcohol y fumaban cigarrillos; varias de ellas desconocen los métodos de planificación familiar y salud reproductiva.
2. La edad de la primera relación fue a los 13 años (8.3%), lo cual evidencia la vida premarital extremadamente precoz y la urgencia de atención a este sector poblacional.
3. Que en base a los resultados obtenidos, se puede observar que la mayoría de las pacientes evaluadas poseen tendencia a trastorno de carácter depresivo (51.6%), la cual puede deberse a una mala relación familiar y a un embarazo no deseado o no planificado.
4. Se pudo observar que la imagen valorada en la mayoría de los casos fue la madre, lo que nos indica que existe una ligación materna (madre más afectiva que el padre).

RECOMENDACIONES

1. Crear una política nacional para la atención de los y las adolescentes; con énfasis en la prevención de embarazos y conocimientos de salud reproductiva.
2. Crear una política de fortalecimiento a la familia, ya que del núcleo familiar dependen las prácticas sexuales y los valores de los adolescentes.
3. Crear un centro de atención a la menor adolescente embarazada (con enfoque multidisciplinario) durante el mismo y al tener su bebe.
4. Desarrollar dentro del pènsum de estudio de la carrera de la Facultad de Ciencias Médicas, programas del adolescente dentro del área de salud pública y clínicas familiares.
5. Que se le dé un seguimiento psicológico a las pacientes evaluadas.
6. Se debe trabajar con estas pacientes terapia individual y terapia familiar para ayudar a mejorar la relación de la misma.

RESUMEN

El presente estudio fue realizado con el propósito de identificar la morbilidad, factores de riesgo, trastornos de conducta y los trastornos que contribuyen en el embarazo en niñas adolescentes, así también poder determinar si la madre se encuentra preparada emocionalmente para la atención inmediata del recién nacido.

Para poder determinar el estudio se pasó una encuesta con preguntas sencillas a 60 embarazadas que consultan el Centro de Salud de la Colonia "1o. de Julio" en el periodo comprendido de mayo a junio de 1998 y que además cumplieran con los criterios de inclusión ya descritos en la metodología; conjuntamente se pasó el test proyectivo de la figura humana Louis Corman (Test-psicológico) en dos oportunidades con el fin de poder determinar los trastornos de conducta que se dan en esta población sujeto de estudio que luego fue analizado e interpretado por una Licenciada en Psicología.

Posteriormente se llevó a cabo una revisión de expedientes clínicos para poder establecer la morbilidad en embarazadas adolescentes.

Luego se procedió a la ordenación y tabulación de los datos obteniéndose los siguientes resultados: es de mucha importancia resaltar que al revisar los expedientes clínicos no se encontró ninguna paciente con hipertensión y que un buen porcentaje de la población refirió tener infecciones urinarias a repetición (33.3%), flujo vaginal (46.6%) siendo más frecuente tricomoniasis (30%) que candidiasis vaginal (16.6%) y enfermedades de transmisión sexual (13.3%), lo cual es perjudicial tanto para la madre como para el feto.

También llama mucho la atención que las mujeres adolescentes inician una vida sexual activa a muy temprana edad (13 años) lo cual es muy perjudicial ya que acarrea una serie de problemas obstétricos, neonatales y psicológicos; quizás todo esto se deba a que no tengan un grado de escolaridad aceptable y porque aún persistan problemas de alfabetización; ya que el presente estudio demostró que un buen porcentaje de la mujer gestante es indígena (38.3%) a los cual se debe que desconozcan sobre métodos de planificación familiar o la importancia que tiene el control pre-natal.

EMBARAZO EN NIÑAS ADOLESCENTES

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Actualmente uno de cada 5 ó 6 embarazos es el de una adolescente, por lo que se considera un problema médico, social y económico con consecuencias emocionales para las jóvenes embarazadas. Es por todo esto un problema gineco-obstétrico y neonatal. Las principales consecuencias de un embarazo en mujeres juveniles, principalmente las mujeres que se dedican a la prostitución y entre estos se pueden mencionar: Ruptura prematura de membranas, rasgadura vaginal, infección urinaria, enfermedades de transmisión sexual (papilomatosis) preeclampsia, eclampsia y endometritis.

ADOLESCENCIA

La adolescencia es la edad del cambio, como la etimología de la palabra lo indica: adolescere que en el latín significa "crecer"; la adolescencia es el periodo que transcurre desde la infancia y la edad adulta (de los 11 a 20 años), se caracteriza por un gran brote de desarrollo físico y mayores ajustes sociales y psicológicos, sin embargo como sucede en todos los fenómenos biológicos, resulta a veces muy difícil establecer el límite de comienzo de una etapa y el final de la misma. (1, 2, 6, 7, 9, 11, 14, 15, 20, 23, 27).

La adolescencia normal se caracteriza por múltiples cambios de la personalidad: la pérdida de su infancia por un lado y la búsqueda de un estado adulto estable por el otro, constituye la esencia misma de la "crisis" del "proceso psíquico" que todo adolescente atraviesa. Los cambios pueden resultar demasiado perturbadores para los progenitores, los maestros y los adultos, así los esfuerzos del adolescente hacia la madurez pueden estar caracterizados por desatinos embarazos, a menudo desconcertantes de tipo físico y emocional antes de que alcance una personalidad estable. La mayoría de este tumulto implica los intentos del adolescente para establecerse como individuo independiente, sus esfuerzos son a menudo de una naturaleza rebelde y radical.

El adolescente previamente calmado obediente de buena conducta (8 a 12 años) puede volverse rebelde, desafiante y agresivo; el estudiante previamente concienzudo puede descuidar sus estudios y faltar a clases, el joven cortés de buenos modales se puede volver rudo y sarcástico y el niño honesto que confiaba en sus progenitores puede volverse un fabricante de ficciones y un hombre misterioso acerca de sus actividades (23, 25).

Cuando los diversos autores se refieren al periodo de la vida que va de la infancia a la edad adulta emplean una terminología que puede dar lugar a todo tipo de confusiones, así los términos de pubertad, adolescencia y juventud, se utilizan distinta y confusamente para referirse a un mismo periodo de la vida, pero otros autores le dan significado diferente a estos términos así llaman pubertad a los cambios anatómicos y fisiológicos que tiene lugar entre la infancia y la edad adulta, adolescencia: los cambios y caracteres psicológicos de este periodo de la vida, y juventud: a este mismo periodo de la vida en tanto que socialmente tiene una actividad peculiar (27).

CRECIMIENTO Y DESARROLLO BIOLÓGICO EN LA ADOLESCENCIA

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia se caracteriza por el rápido crecimiento, cambios en la composición corporal, el desarrollo de los sistemas respiratorio y circulatorio, el desarrollo de las gónadas, órganos reproductivos y de caracteres sexuales secundarios, así como el logro de su plena madurez física.

El conocimiento del proceso normal del crecimiento, las secuencias de los hechos madurativos, las grandes variaciones que presentan y la referencia a los patrones normales constituyen el andamiaje básico para la comprensión acabada del adolescente. Si bien es el profesional de salud que tiene a cargo la evaluación de los hechos biológicos, estos tienen implicaciones para todos los sectores interesados en el crecimiento y desarrollo del adolescente.

TENDENCIA SECULAR

A medida que los estudios sobre crecimiento físico se han hecho más frecuentes y numerosos, han permitido comprobar las variaciones del mismo a través del tiempo.

En el último siglo, surge una notable tendencia a una adolescencia más temprana, con una mayor aceleración en crecimiento. En los países desarrollados, como en algunos en vías de desarrollo, se ha ido acrecentando el tamaño corporal, llegando a la madurez en un periodo más corto de tiempo. Este fenómeno recibe el nombre de tendencia secular.

La explicación exacta de este fenómeno resulta dificultosa por la diversidad de factores que inciden en el crecimiento físico. Los estudios realizados otorgan mayor peso a los factores ambientales y al mejoramiento de las condiciones nutricionales de los individuos que a diferencias genéticas. Entre las variables a destacar se encuentran la disminución de la morbilidad y el mayor acercamiento del personal de salud a la comunidad. Asimismo, el rol que han jugado las migraciones poblacionales a las grandes ciudades, provocando la heterosis y un grado creciente de exogamia.

ESTADIOS DE DESARROLLO DE TANNER

Para poder entender el significado de los estadios de desarrollo de Tanner y utilizarlos, es preciso analizar el desarrollo puberal. El término pubertad se usa para designar el componente biológico de la adolescencia que abarca también las transformaciones intelectuales, emocionales, sociales y culturales. Todas esas transformaciones biosociales se producen simultáneamente.

Según Marshal y Tanner, la pubertad comprende los siguientes elementos:

- Aceleración y desaceleración del crecimiento en la mayor parte de las dimensiones óseas y una gran parte de los órganos internos (estirón puberal).
- Modificaciones de la composición corporal que comprenden crecimiento del esqueleto y de los músculos, y de la cantidad y distribución de grasa.
- Desarrollo del sistema cardiovascular y respiratorio, con incremento de la fuerza y resistencia principalmente del sexo masculino.
- Desarrollo de las gónadas, los órganos de reproducción y los caracteres sexuales secundarios (maduración sexual).

Una característica distintiva de la pubertad es la variabilidad con que se manifiestan sus transformaciones en cada persona y en los grupos de población. Esa variabilidad es muy evidente al observar a personas de una misma edad cronológica, sobre todo, en las fases iniciales de la adolescencia y se presenta en diferentes momentos del periodo de aumento de estatura y maduración sexual. Gran parte de esas diferencias radica en variables de la constitución de la persona.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Al producirse la primera menstruación las púberes pueden quedar embarazadas; pero decir que la adolescente tenga la capacidad física de quedar embarazada no significa que tenga la madurez emocional e intelectual adecuada. En la mujer que hace poco empezó a menstruar tendrá una irregularidad en sus ovulaciones y por lo tanto al tener una relación sexual tiene la posibilidad de quedar embarazada. Este embarazo sería un embarazo precoz el cual muchas veces se debe a falta de información sexual sincera y adecuada que los adultos no proporcionan. La adolescencia según la psiquiatría es: UN FENÓMENO PSICO-SOCIAL, UN PERIODO DE TRANSICIÓN EN EL TRANSCURSO DEL CUAL EL SER HUMANO ADQUIERE SUS FUNCIONES DE MIEMBRO ACTIVO DE UNA SOCIEDAD. (6, 7, 11, 18, 20, 34).

En el adolescente no ha terminado el crecimiento físico, psíquico ni tampoco su personalidad; por lo tanto el entorpecer el mismo por un embarazo sería un error; porque el cuerpo tendría un desgaste físico más importante. Los griegos antiguos, opinaban que la edad óptima para la maternidad estaba entre 22 y 42 años. (14 y 15).

Algunas adolescentes llegan a ser madres solteras por lo que no tendrían ocasión de compartir su estado de espera con su compañero de su vida por lo que necesita el afecto de sus familiares, la comprensión de sus amistades y la aceptación social. La futura madre teme el rechazo y el abandono propio y también el que podría sufrir su hijo en el futuro; estos sentimientos la llenan de ansiedad pudiendo esta influir en la gestación y en el parto marcando las relaciones de esta madre con su hijo quizás para siempre. Ya que actualmente esta claro que todo el organismo femenino que está aún no perfectamente desarrollado ni física ni psíquicamente.

Más sin embargo para el impulso sexual algunos retienen que la experiencia sexual precoz es más nociva, porque va en contra de la maternidad, la personalidad y la sexualidad femenina. Así pues el retrasar las relaciones sexuales es causa de tensión, esto no significa que sea preciso resolver directamente esta situación.

En la adolescencia el sujeto experimenta fuertes impulsos eróticos que reclaman imperiosamente una expresión, resultado de esto es el embarazo precoz. (7, 8, 15, 34, 32).

El embarazo en adolescentes es considerado hoy en día como un embarazo de alto riesgo obstétrico por las complicaciones médicas, psicológicas y sociales que conlleva. (2, 9, 11, 15, 24, 34).

La presencia de estas patologías no se deben a la edad sino a otros factores que rodean este hecho y las hace más susceptibles a complicaciones obstétricas como son: inmadurez física y emocional, estrato socioeconómico generalmente bajo, falta de control prenatal. (2).

El embarazo en la adolescencia, como en la mayoría de las circunstancias generadoras de dificultades sociales, acontece sobre todo en aquellas que están menos preparadas para afrontar los problemas y riesgos que este suceso acarrea. A pesar de todo no es posible fijar una edad óptima para que la mujer se inicie en los procesos de la reproducción ya que el resultado favorable depende de factores biológicos, sociales, culturales y algunos más. (14).

En países en vías de desarrollo en grupos sociales, marginales y rurales se ha observado la aparición precoz de la maternidad durante la adolescencia; en países desarrollados como los Estados Unidos de Norteamérica, se observa un creciente aumento de la preñez en mujeres adolescentes, cada vez más jóvenes con los graves problemas de carácter social que esta situación engendra. (9, 14, 20)

Datos de países europeos como Yugoslavia, Hungría, Rumania, Checoslovaquia, Polonia el Este de Austria y en Tennessee EE.UU, reportan una incidencia general del 40% de embarazos en adolescentes. La incidencia general del embarazo varía mucho de una población a otra (10.5 a 40%). (9, 14, 15, 20)

Se podría tratar lo anteriormente citado, debido a la alta incidencia de relaciones sexuales en la mujer adolescente soltera, como se ha demostrado en estudios que hasta en un 70% de este grupo poblacional ha tenido relaciones sexuales antes de los 19 años de edad, observándose como dato importante que de los embarazos resultantes, dos terceras partes finalizan en parto y una tercera parte en aborto. (9, 16)

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS INDUCIDOS POR EL EMBARAZO

Por razones que no son claramente comprendidas, las enfermedades hipertensivas del embarazo parecen ser mucho más comunes en las madres adolescentes; especialmente si son primiparas. La eclampsia es una de las causas comunes de muerte materna y conlleva una alta mortalidad perinatal, (6) madres con eclampsia tienen una incidencia más alta de parto difícil y de cesáreas. (10, 24)

Las adolescentes embarazadas de 17 años tienen riesgo elevado de preclampsia y de tener recién nacidos de bajo peso y prematuros.

Es importante señalar que las madres adolescentes acuden a control prenatal tardíamente y con frecuencia después de la décima segunda semana de embarazo. (8) Esto es de suma importancia porque por medio de un control prenatal apropiado es posible prevenir la eclampsia. (11) Las jóvenes menores de 15 años que han tenido un hijo presentan una mayor frecuencia de embarazos recurrentes dentro de los 18 meses después del último parto. Esto conduce a un estado adverso de salud y tiene consecuencias sociales frecuentemente negativas. (14)

La eclampsia es una emergencia médica que constituye una de las tres principales causas de mortalidad materna. Un estudio realizado en Tanzania (23) encontró una incidencia de 9.9 por mil en menores de 20 años. El 44% de los casos ocurren repentinamente por lo que se insiste que las primigestas jóvenes asistan cada dos semanas a la clínica de control de embarazo para tomar la presión arterial en las últimas seis semanas del embarazo.

Nuevamente concluyen diversos autores que las complicaciones de la madre adolescente suelen ser debidas a diferencias socio-culturales y niveles educacionales. (34) Además los productos tienen el riesgo de ser prematuros, (37) tres veces con mayor frecuencia que el resto, también es el grupo donde más se usa fórceps para el parto en un porcentaje del 31%. (39)

La revisión en orden de averiguar la edad ginecológica de la paciente (E.G. definida como edad cronológica menos la edad de menarquía) se relaciona con el riesgo del bajo peso al nacer del infante. (44)

El embarazo en adolescentes incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones obstétricas y neonatales debido a múltiples factores, tales como: desnutrición, poco o ningún control médico, anemia, infecciones durante el embarazo, características demográficas, raza y estatus socioeconómico y otras.

TEST PSICOLOGICOS

Test Proyectivos: Las técnicas proyectoras son preferidas por muchos psicólogos porque tratan de medir el carácter global de la personalidad en contraste con los inventarios "atomistas" o del punto de vista de los rasgos, que pueden ser consciente o inconscientemente falsificados por el sujeto, lo cual resulta difícil en las técnicas proyectoras.

Test de Garabatos: (Exploración de la Personalidad Profunda). Fueron los grafólogos los primeros que insistieron en el significado de los garabatos, considerándolos con justa razón como la forma primitiva del grafismo infantil.

En la grafología se evalúa la amplitud de los trazos, la fuerza, la forma, la dirección, la localización, la rapidez, el ritmo y la armonía de los mismos y que cada una de estas características tienen, como es sabido un significado GRAFOPSILOGICO determinado.

El presente test tiene como fin poder determinar si el sujeto estudio, al momento de realizar el Garabateo, presenta agresividad reprimida, estado de angustia, ansiedad, depresión, neurosis o aislamiento, represión, etc. en las niñas adolescentes.

Este test se debe realizar en dos oportunidades seguidas, ya que el sujeto titubea ante el carácter tan insólito de la prueba a la que se le somete y produce la marca de una fuerte inhibición. Lo que el test de los garabateos revela, es el punto de equilibrio de las tendencias y las defensas, informándonos con ello sobre la Dinámica de Conflicto, de los trastornos observados.

El test pone en juego fuerzas enteramente inconscientes, aunque se piense que los garabatos son pueriles y anodinos. En apariencia están en relación profunda con los problemas personales del que los traza y nos suministran sobre su ida inconsciente, información valiosa, que no será posible obtener de otra manera y con tan poco esfuerzo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahued, J. R. et al. Atención obstétrica en la adolescencia. Rev. Ginec. Obst. Méx. 1988, enero, vol. 43 (255): 3-8
2. Arecha Valeta, H. et al. Embarazo en adolescentes. Rev. Obst. Ginec. Venez. 1995 oct; vol. 45 (2): 2-30
3. Coy, F. Causas y consecuencia socioeconómicas del embarazo en la adolescencia. (Estudio realizado en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, de noviembre de 1987 a noviembre de 1988) Guatemala: 1995. 11p
4. Dávila R., Marco A. Embarazo en adolescentes y sus complicaciones obstétrico-neonatales: estudio retrospectivo realizado en el Hospital de Amatitlán durante los años 1986-1987. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1988. 52p.
5. Diejomaoh, F.M.E. et al. Pre-eclampsia and eclampsia at the University of Benin Teaching Hospital - a review of 226 cases. Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology 1990; 1 (1): 1-27
6. Dragastin, S. E. and Elder, G. H. Eds. Adolescence in the life cycle: psychological change and the social context/ New York Halsted 1995.
7. Figueredo Onésimo. Complicaciones del Embarazo en Adolescentes. Revista Ginecológica y Obstétrica de Venezuela. Vol 44 No. 1. 1990 pp. 56-79
8. Guerrero Sanguino, A. El riesgo del embarazo en la adolescente. Rev. Ginec. Obst. Mex. 1995 marzo: vol. 37 (221): 35-48
9. Haiek, L. and Laderman, S. S. The relationship between maternal weight in teens and adults women. Journal of adolescent Health Care 1994; 10: 16-22
10. Hathaway, S. R y Mckinley, J. C. Manual inventario multifásico de la personalidad. México. Manuel Moderno. 1993. 26p
11. Hawkins, Critina. Comprender a los Adolescentes. Federación Internacional de Planificación de la familia. Londres 1992. pp. 5-10
12. Herrera Lasco, F. et al. Embarazo en la adolescencia. Rev. Ginec. Obst. Mex. 1991 julio; vol. 48 (245): 59-65

13. Holling Worth, D. R. The pregnant adolescent. In: Kessler A. K. Adolescent Obstetric and Gynecology. 3a. Ed. Chicago; Year Book Medical, 1994. 658p. (pp. 3-21)
14. J. Silver, Thomas Dr. Manual de medicina de la adolescencia. Organización de la Salud, Serie Pactex No. 20. 1992. pp. 47, 61, 66
15. Kiser, Saúl. Frecuencia del Embarazo en Adolescentes. Revista de Ginecología-Obstetricia de Venezuela vol. No. XLV No. 2, 1990. pp. 89-91.
16. López Gómez, J. R. et al. La adolescente embarazada. Rev. Obst. y Ginec. Venez. 1995 agosto; vol 45 (2): 9-20
17. López, Akzel. Embarazo en la adolescencia y sus complicaciones obstétricas y neonatales. Tesis Médico y Cirujano USAC, 1996. pp. 5-11
18. M'Bede, J. Adolescent pregnancy in Africa. Bulletin of the International Pediatric Association 1995; 6 (3): 6-47
19. Marcelli, D. y A. Braconnier. La sexualidad y sus trastornos. En su: Manual de psicopatología del adolescente. Barcelona Masson, 1986. 441p. (pp. 36-54)
20. Marcelli, D. y A. Braconnier. Los modelos de comprensión. En su: Manual de psicopatología del adolescente. Barcelona Masson, 1989. (pp. 7-37)
21. Molina, R. et al. Resultados de un modelo de atención médica para adolescentes embarazadas. Revisión Médica de Chile 1995; 1 (13): 54-61
22. Omu, A. E. et al. Adolescent induced abortion in Benin City, Nigeria. International Journal of Gynaecology and Obstetrics 1991; 49-67
23. Orozco García, L. D. et al. Problemas emocionales de la mujer embarazada. Tesis (Licenciatura en Psicología) - Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Psicológicas. Guatemala, 1987. 72p.
24. Panamerican Health Organization. Adolescentes embarazadas. Boletín oficina sanitaria panamericana, 1995 julio; vol. 105 (1): 77-81
25. Papalia E., Diane. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 5ta. Edición, 1991. Pp. 25-32
26. Populations Referee Bureau. La actividad y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe. Riesgos y Consecuencias proyectos de encuestas demográficas. Atlanta, noviembre de 1992. pp. 45-51
27. Ramón, José. Maternidad en Adolescentes. Revista de Ginecología y Obstetricia de Venezuela. Vol. No. 49, Vol. No. 1, 1990. Pp. 35-68
28. Reyes, H. Embarazo en la mujer adolescente y la madre soltera, su perfil social riesgos. Tesis médico y cirujano USAC. Facultad de Ciencias Médicas 1988. pp. 24-26
29. Rodríguez, Francisco. Complicaciones perinatales en embarazadas adolescentes. Tesis Médico y Cirujano USAC, 1997. Pp.12-14
30. Romero, S. K. I. et al. Embarazo, parto y recién nacido en madres adolescentes. Revista Chilena Pediatría 1993; 23-36
31. Ruano, Allan. Detección y manejo del niño maltratado a nivel hospitalario y en los tribunales de menores. Tesis Médico y Cirujano USAC, 1988. pp-36-37
32. Russel, J. K. Early teenage pregnancy. Maternal and Child Health 1991; Feb: 43-46
33. Septien, J. Embarazo de alto riesgo. Rev. Ginec. Obst. Mex. 1993 mayo; vol. 35(211)
34. Zlatnik, F. J. and Burmeister, L. F. Low "gynecologic age": and obstetric risk factor. American Journal of Obstetrics and Gynaecology 1992; 128(2)

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

ENTREVISTA DIRECTA

EDAD _____
ESTADO CIVIL _____

GRUPO TECNICO _____
ESCOLARIDAD _____

- 1) EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL: _____
- 2) HA TENIDO EMBARAZOS ANTERIORES?
SI NO CUANTOS? _____
- 3) SUS EMBARAZOS ANTERIORES HAN SIDO POR:
A) CESAREA B) VAGINAL
- 4) HA ABORTADO EN ALGUNA OPORTUNIDAD?
SI NO CUANTOS? _____
- 5) FUMA?
SI NO CUANTOS? _____
- 6) TOMA ALGUN TIPO DE MEDICAMENTO ACTUALMENTE?
SI NO CUAL? _____
- 7) HA USADO O USA ALGUN TIPO DE DROGA?
SI NO CUAL? _____
- 8) HA TENIDO O TIENE ALGUN TIPO DE ENFERMEDAD VENEREA?
SI NO CUAL? _____

9) HA TENIDO INFECCIONES URINARIAS DURANTE SU EMBARAZO ACTUAL?

SI NO CUANTAS VECES? _____

10) HA TENIDO O TIENE ALGUN TIPO DE FLUJO VAGINAL?

SI NO

11) PORQUE QUEDO EMBARAZADA?

- a) LA FORZO EL NOVIO
- b) QUERIA RETENER AL NOVIO
- c) FUE ALGO QUE NO PENSO

12) TIENE CONTROL PRENATAL EN SU EMBARAZO ACTUAL?

SI NO

13) TIENE CONOCIMIENTOS SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS?

SI NO

14) QUE METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCE?

- a) PILDORA
- b) ESPERMATICIADAS LOCALES
- c) DIU (T DE COBRE)
- d) RITMO
- e) RETIRO
- f) INYECCION
- g) OTROS _____

15) TIENE TEMOR CON RESPECTO A SU EMBARAZO ACTUAL?

SI NO PORQUE? _____

16) ESTA PREPARADA FISICA Y EMOCIONALMENTE PARA EL EMBARAZO ACTUAL

SI NO

TEST PROYECTIVO: